

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1966/2009

ATAS/263/2011

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 17 mars 2011

En la cause

Madame S _____, domiciliée à Bernex

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane
CORTHAY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____, née en 1949, a déposé en date du 11 janvier 2007 une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en invoquant une omarthrose bilatérale, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale, une gonarthrose gauche et une arthrose des doigts. Dans sa demande de prestations, elle a indiqué avoir exercé la profession d'employée de banque depuis le mois de juin 2001.
2. A été versé à son dossier un rapport médical établi le 6 janvier 2007 par le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie-orthopédique, faisant mention d'une omarthrose prédominante à droite et d'une gonarthrose prédominante à gauche présente depuis 2005 en tout cas et s'aggravant progressivement. Le médecin concluait à une incapacité totale de travail à compter du 24 juin 2006 et se référait pour le surplus à l'avis du médecin-traitant.
3. Le 10 février 2007, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-traitant de l'assurée a établi à son tour un rapport dans lequel il a fait état d'une scapulalgie bilatérale sur omarthrose et tendinopathie de la coiffe des rotateurs depuis 2003, d'une gonarthrose gauche depuis 1999 avec chondrocalcinose et enfin, de métatarsalgies gauches sur trouble de la statique plantaire depuis 2005.

Le médecin a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur l'incapacité de travail de sa patiente : un adénome hypophysaire en 1990, un status post résection partielle du ménisque interne en 1993, une résection de la corne post-ménisque interne en 2003, une colectomie en 1998 et une ovariectomie en 2005.

Il concluait à une totale incapacité de sa patiente à exercer son métier depuis le 24 mai 2006, expliquant que l'activité en question consistait à contrôler les pièces et billets et impliquait le port de charges de manière régulière et répétitive.

Le médecin précisait que l'évolution de l'état de l'assurée était peu satisfaisante malgré l'arrêt de travail : les douleurs étaient toujours présentes et aggravées par les efforts, même légers.

A la question de savoir si l'on pouvait exiger de sa patiente qu'elle exerce une autre activité, le médecin a répondu par la négative, ajoutant que les douleurs permanentes au niveau des épaules et la limitation de la mobilité empêchaient même l'intéressée de vaquer à ses tâches ménagères.

4. Invitée à remplir un questionnaire servant à déterminer son statut, l'assurée a indiqué avoir travaillé à plein temps de 1964 à 1974 puis à temps partiel jusqu'en 1980, date à laquelle elle s'est interrompue avant de reprendre une activité en 2001.

A la question "Pour quelle raison exercez-vous une activité à temps partiel : choix personnel ? obligations familiales ? raison de santé ? réduction imposée par l'employeur ?", l'assurée a répondu "choix personnel".

A la question de savoir si elle avait envisagé d'augmenter ou de diminuer son taux d'activité et si oui, depuis quand et pour quelles raisons, l'assurée a répondu par la négative.

5. Le 6 juin 2007, le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a adressé à son tour à l'OAI un rapport dans lequel il posait les diagnostics d'omarthrose et de tendinopathie du susépineux droit, d'omarthrose gauche modérée, de gonarthrose avec chondrocalcinose, d'arthrose nodulaire des doigts diffuse et d'entorse du ligament latéral interne du genou gauche.

Le médecin concluait à une totale incapacité de travail depuis juin 2006.

Questionné sur les limitations fonctionnelles de sa patiente, il précisait que cette dernière était limitée au niveau des épaules, que les efforts à ce niveau lui étaient impossibles, qu'elle devait se ménager la possibilité de bouger régulièrement, que son périmètre de marche était limité en raison des gonalgies à une distance de 100 m ou à une durée de 10 minutes et qu'elle souffrait également d'une perte de force et de dextérité des mains et des doigts.

Quant à savoir qu'elle serait la capacité de sa patiente à exercer une activité adaptée à son état, le médecin a exprimé sa perplexité. A cet égard, il a relevé que l'intéressée ne disposait d'aucune formation dans l'administration ou le secrétariat, que la microtechnique ou l'horlogerie lui étaient interdites en raison de son défaut de motricité fine et de la position que de telles activités impliquaient et que, même dans une activité théoriquement adaptée, il faudrait compter avec une importante diminution du rendement.

6. Le 15 mai 2008 une enquête économique sur le ménage a été diligentée sur demande de l'OAI. Il ressort du rapport établi à l'issue de cette enquête que l'assurée a suivi une scolarité obligatoire et secondaire mais n'a obtenu aucun certificat professionnel; elle a travaillé successivement en tant qu'ouvrière, sommelière, femme de ménage et employée de banque sans formation.

A la question de savoir si, sans handicap, elle aurait exercé une activité lucrative, l'assurée a répondu par l'affirmative "pour des raisons financières et pour le plaisir".

A la question de savoir de quelle nature et de quelle importance aurait été cette activité, l'assurée a répondu 60 %.

L'enquêtrice a retenu les empêchements suivants :

Travaux	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage	2 %	0 %	0 %
Alimentation (préparation, cuisson, service, nettoyage de la cuisine, provisions)	42 %	30 %	12.6 %
Entretien du logement (poussière, aspirateur, entretien des sols, nettoyage des vitres, entretien des lits, nettoyage de la salle de bains et WC)	20 %	75 %	15 %
Emplettes et courses diverses (poste, assurance, services officiels, administration)	10 %	0 %	0 %
Lessive et entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder)	16 %	60 %	9.6 %
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	0 %	0 %	0%
Divers	10 %	15 %	1.5 %
Total	100 %		38.7 %

L'enquêtrice a conclu à un statut de ménagère à 40 % et à un degré d'invalidité dans la sphère ménagère de 38,7 %.

7. Le dossier de l'assurée a alors été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OAI qui a rendu son rapport en date du 22 décembre 2008 en confirmant le statut mixte : 60 % active et 40 % ménagère.

Le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle a été évalué à 23,1 % après comparaison du revenu que l'assurée réalisait précédemment (**33'156** fr.) à celui que l'on pourrait raisonnablement exiger de sa part dans une activité à 50 %, soit 25'513 fr. (ESS 2006 niv. 4 : 4'019 fr. par mois = 4'190 fr. par mois pour un horaire de 41,7 heures par semaine = 50'278 fr. en 2006 = 51'027 fr. en 2007 = 25'513 fr à 50 %).

Le degré global d'invalidité ainsi obtenu a été fixé à 29,34 %.

8. Le 5 janvier 2009, un projet de décision a été adressé à l'assurée dont il ressortait que l'OAI se proposait de rejeter sa demande mais qu'il examinerait la possibilité de lui accorder une aide au placement sur demande écrite et dûment motivée de sa part.
9. Par courrier du 16 janvier 2008, l'assurée a manifesté son opposition à ce projet en alléguant être dans la totale impossibilité d'exercer une activité professionnelle vu son état.

L'assurée a ajouté que la majorité des tâches ménagères était assumée par son conjoint.

A l'appui de ses dires, elle a produit un courrier de son médecin-traitant daté du 11 janvier 2009, dans lequel ce dernier manifeste son désaccord avec la position de l'OAI. Le médecin y souligne que sa patiente souffre de troubles rhumatologiques multiples, en particulier d'une omarthrose bilatérale invalidante et qu'elle ne peut continuer à exercer la profession qui était la sienne auparavant. Le médecin ajoute qu'à plusieurs reprises, sa patiente a également souffert d'épisodes d'arthrite de l'épaule droite avec douleurs aiguës, œdèmes, chaleur cutanée et impotence totale nécessitant un traitement de sept à dix jours.

10. L'OAI a alors adressé l'assurée au Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin auprès du service médical régional de l'AI (ci-après SMR).

Ce médecin, dans son rapport du 29 avril 2009, a conclu à une capacité de 0 % dans l'activité habituelle, de 40 % dans une activité adaptée et de 60 % dans la sphère ménagère et ce, depuis la mi-août 2006.

L'expert a retenu à titre de diagnostic influençant la capacité de travail : une omarthrose bilatérale modérée prédominant à droite, une gonarthrose gauche cliniquement modérée et une arthrose nodulaire des doigts longs et du pouce.

Il a également fait mention - tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée - d'une pré-obésité, d'un statut post-colectomie, de métatarsalgies gauches sur trouble de la statique plantaire et d'une coxarthrose droite débutante.

Le Dr D_____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

- au niveau des épaules : pas de mouvements répétés d'abduction adduction , pas de travail au-delà de l'horizontale, pas de rendement imposé, pas de travaux de force, pas de soulèvement de charge de plus de deux kg, pas de port de charges bi-manuels au-delà de cinq kg;
- au niveau du genou gauche : périmètre de marche limité à 500 mètres, incapacité à s'agenouiller, incapacité à monter ou descendre de façon répétitive des escaliers ou à rester debout au-delà de quinze minutes sur terrain inégal.

Le médecin a conclu à une incapacité de travail totale dans une activité physique modérément contraignante. Il a expliqué que la capacité résiduelle de travail était déterminée par la tolérance mécanique des épaules, du genou gauche et des mains mais également par la composante inflammatoire s'y surajoutant en relation avec la chondrocalcinose et des épisodes inflammatoires d'arthrose des doigts.

En revanche, selon le Dr D _____, on pourrait théoriquement exiger de l'assurée qu'elle exerce une activité adaptée à 50% (en terme de temps); il faudrait néanmoins compter avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte des épisodes inflammatoires, ce qui conduirait à une exigibilité globale de 40%. En effet, selon le médecin, il serait exagéré, eu égard à la fréquence des poussées inflammatoires, d'exiger de l'assurée qu'elle exerce véritablement à 50%.

Selon lui, cette exigibilité remonte à mi-août 2006, soit au moment où le professeur E _____ a exclu toute intervention chirurgicale et proposé de la physiothérapie en ambulatoire.

S'agissant plus particulièrement de la gonarthrose gauche cliniquement modérée, le Dr D _____ a indiqué qu'elle justifiait des limitations fonctionnelles mais non une incapacité totale à exercer une activité adaptée physiquement, c'est-à-dire légère et sédentaire.

11. Par décision du 18 mai 2009, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée au motif que cette dernière disposait encore, dans une activité adaptée et respectant ses limitations fonctionnelles physiques - c'est-à-dire lui permettant d'éviter les efforts et les mouvements répétés des épaules, de bouger régulièrement, de limiter son périmètre de marche et ne requérant ni force, ni dextérité des mains et des doigts - , d'une capacité de travail de 50 %.

L'OAI a par ailleurs estimé que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué à exercer une activité professionnelle à 60%, les 40 % restants étant dévolus à son ménage.

Se basant sur le rapport d'enquête ménagère, l'OAI a conclu à un empêchement de 38,7 % arrondi à 39% dans la tenue du ménage - correspondant à un degré d'invalidité de 15,60 %.

Dans la sphère professionnelle, l'OAI, se référant aux conclusions de l'examen rhumatologique du 17 mars 2009, a retenu que si l'assurée était totalement incapable d'exercer son activité d'employée de banque dans la mesure où cette dernière impliquait des tâches de manutention, elle disposait en revanche d'une capacité résiduelle de 50% avec possible baisse de rendement dans une activité adaptée. L'OAI a finalement retenu un degré d'invalidité de 13,8 % dans la sphère professionnelle (60 % de taux d'activité x 23 % de handicap).

Pour le reste, l'OAI a estimé que des mesures professionnelles ne seraient ni simples, ni adéquates. Il a cependant proposé une aide au placement.

12. Par pli du 5 juin 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent en reprochant à l'intimé d'avoir confondu son taux d'occupation préalable - 60% - avec sa capacité résiduelle de travail.

13. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 6 juillet 2009, a conclu au rejet du recours.

Il explique qu'il n'a pas retenu une capacité de travail de 60%, mais qu'il est simplement parti de l'hypothèse qu'en l'absence d'atteinte à sa santé, la recourante aurait continué à exercer son activité professionnelle au taux qui était le sien précédemment, à savoir 60%.

En revanche, l'OAI a constaté qu'il avait omis de tenir compte, dans sa décision du 18 mai 2009, du fait qu'une diminution de rendement de 20% était possible, raison pour laquelle il a proposé de revoir le calcul du revenu d'invalidé et de diminuer celui-ci de 10% (puisque son service médical avait conclu à une diminution de 20% sur un plein temps et qu'une capacité résiduelle de travail de 50% a été reconnue à l'assurée). Comparant le revenu que l'assurée pourrait alors espérer, à savoir 20'412 fr., à celui qu'elle réalisait précédemment, l'OAI conclut à une perte de gain de 12'745 fr. équivalant, après comparaison des revenus, à un pourcentage de 38,43 % (en lieu et place de 23,1 %), à un degré d'invalidité de 23,06% dans la sphère professionnelle (en lieu et place de 13,8 %) et à un degré d'invalidité global de 38,66 % (en lieu et place de 29,4%).

14. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue en date du 3 septembre 2009.

A cette occasion, la recourante a allégué qu'en pleine possession de ses moyens, elle aurait travaillé non pas à 60%, mais à 100%. A cet égard, elle a fait remarquer qu'elle avait d'ailleurs travaillé à plein temps jusqu'à la naissance de ses jumelles, en 1980, date à laquelle elle a cessé toute activité lucrative jusqu'en 2001, où elle n'a pu reprendre qu'à 60% parce qu'elle souffrait déjà d'arthrose.

La recourante a expliqué avoir commencé à travailler en Suisse en 1971 en tant que sommelière à plein temps. Ses horaires de travail étant cependant trop lourds, (de 9h à 22h), elle a opté durant plusieurs années pour une activité de patrouilleuse scolaire correspondant plus ou moins à un mi-temps.

La recourante affirme qu'elle aurait pu travailler à plein temps à l'UBS mais qu'elle a négocié un 60% car ses problèmes d'arthrose la gênaient déjà. Par la suite, son état s'est d'ailleurs dégradé car son activité n'était pas adéquate : elle impliquait de porter de lourdes charges (sacs de billets de banque) de 7h à midi. Malgré plusieurs demandes, son poste n'a pu être adapté.

La recourante a indiqué ne pas contester le rapport d'enquête ménagère, hormis le degré d'aide qu'est censé lui apporter son mari, qui lui paraît un peu exagéré, dans la mesure où son activité dans un garage de la place l'occupe de 6h15 à 19h00, cinq jours par semaine. Quant à ses filles, elles ont quitté le domicile familial et travaillent de leur côté.

15. Le Tribunal a demandé un extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assurée qui lui est parvenu en date du 16 septembre 2009. Il en ressort que l'assurée a commencé à travailler en 1971 mais que cette année-là et jusqu'en 1981, son revenu n'a été que très modeste (moins de 12'000 fr. par an). En 2001, l'assurée a commencé à travailler à l'UBS. Son revenu s'est élevé à 32'000 fr. en 2002, 31'645 fr. en 2003, 33'269 fr. en 2004, 33'883 fr. en 2005 et 35'146 fr en 2006.
16. Interrogé par le Tribunal, le Dr B _____, médecin traitant de l'assurée depuis juin 1993, a expliqué qu'en 2001, elle avait également été suivie par le Dr F _____, spécialiste FMH en endocrinologie, pour un adénome hypophysaire à prolactine et avait été opérée en décembre de la même année par le Dr G _____, spécialiste FMH en orthopédie, au niveau du pied droit. Cette opération avait été rendue nécessaire en raison de douleurs récurrentes au 5^{ème} orteil droit dues à un ongle incarné récidivant entraînant une limitation de la marche depuis plus de six mois -soit depuis le mois de mai-juin 2001.

Le médecin a ajouté que, durant l'année 2001, sa patiente avait au surplus souffert du genou gauche bien que ce dernier eût été opéré le 11 janvier 1999 par le Dr H _____, spécialiste FMH en orthopédie (résection d'une partie du ménisque interne déchiré). Cette opération avait permis de constater le début d'une gonarthrose avec chondrocalcinose.

Au surplus, des douleurs étaient présentes entraînant des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule droite depuis 2000, confirmées par radiographies de l'épaule du 7 novembre 2000, laquelle avait mis en évidence des lésions dégénératives.

Ces trois pathologies provoquaient des douleurs récurrentes et chroniques depuis 1999-2000.

S'y ajoutait un état dépressif sévère révélé en avril 1998 et ayant entraîné une incapacité totale de travail de plusieurs mois.

Le médecin en a tiré la conclusion que la capacité de travail de sa patiente était déjà diminuée en 2001, tant sur le plan physique que sur le plan psychique et que l'on n'aurait alors pu exiger d'elle qu'elle exerce une activité à plus de 50 - 60%.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, par écriture du 6 novembre 2009, a relevé que dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations, la recourante avait à plusieurs reprises clairement affirmé que si son état de santé le lui avait permis, elle aurait exercé une activité à temps partiel. L'intimé a souligné qu'au surplus, l'assurée, alors qu'elle ne subissait encore aucune incapacité de travail médicalement attestée, avait pris de son plein gré la décision de quitter son activité de sommelière à plein temps et de réduire son taux d'activité en optant pour un emploi de patrouilleuse scolaire à mi-temps. Il en tire la conclusion qu'il n'a donc pas été démontré au degré de la vraisemblance prépondérante requis que la

recourante aurait exercé une activité lucrative à plein temps si elle en avait eu l'occasion, d'autant que les gains annuels soumis à cotisations AVS correspondaient à un temps partiel bien avant la naissance des enfants et qu'aucun élément ne démontre que l'UBS aurait été prête à proposer un taux d'occupation initial de 100%.

En conclusion et même en admettant que l'assurée ait souffert en 2001 de problèmes de santé, l'intimé considère qu'il n'est pas établi qu'elle aurait effectivement travaillé à plein temps si elle avait été en bonne santé.

18. Par courrier du 19 novembre 2009, la recourante a réaffirmé que si elle n'a repris une activité professionnelle à 60 %, ce n'est que pour des raisons médicales. Elle conteste avoir fait des déclarations contradictoires et allègue que les questions qui lui ont été posées n'étaient parfois pas très claires.
19. Enfin, le Dr B_____, entendu par le Tribunal en date du 19 août 2010 a confirmé que les diagnostics retenus par le Dr D_____ correspondaient à ceux posés par lui-même, tout comme les limitations fonctionnelles retenues.

Il a expliqué qu'il voyait mal quelle activité pourrait être proposée à sa patiente, étant précisé que le simple fait de taper sur un clavier serait préjudiciable à cette dernière.

Sur le plan psychique, le médecin a confirmé que sa patiente avait traversé un épisode dépressif prolongé entre 1998 et 1999, réactionnel à ses problèmes de santé et à des problèmes personnels mais il a ajouté que ce trouble n'était plus d'actualité, en tout cas pas au point de nécessiter un traitement.

EN DROIT

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

3. Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le présent litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son statut et son degré d'invalidité.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 2/3 à 70 %.

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément

utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. a) Pour établir la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est fondé sur une expertise conduite par le Dr D _____, du SMR, qui a conclu à une capacité de travail théorique de 40% dans une activité adaptée.

La recourante conteste cette évaluation, alléguant que son état de santé ne lui permet plus d'exercer la moindre activité et invoquant l'avis de son médecin traitant.

b) Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise du SMR. Celle-ci a été diligentée par un spécialiste en rhumatologie, sur la base d'un dossier complet. Son rapport tient compte des remarques et plaintes de l'assurée et relate de façon précise les constatations cliniques objectives du médecin. Les interactions entre les différentes pathologies, ainsi que les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches (description des limitations fonctionnelles) sont claires. Il en va de même des explications relatives aux motifs ayant conduit l'expert à ne pas retenir l'ensemble des empêchements (et/ou douleurs) allégués par l'intéressée. Les conclusions auxquelles aboutit le médecin, motivées de façon étoffée, sont convaincantes. En de telles circonstances, le Tribunal de céans considère que le rapport du Dr D _____ a pleine valeur probante.

L'avis du Dr B _____ ne saurait suffire à s'écarter de l'évaluation du Dr D _____. En effet, le Dr B _____ n'est pas spécialisé en rhumatologie. Il a par ailleurs reconnu que les diagnostics et limitations retenus par le Dr D _____ correspondaient à ses propres conclusions. Leurs avis ne divergent dès lors que sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Or, sur ce point, les arguments avancés par le médecin-traitant ne relèvent pas de l'assurance-invalidité puisqu'il invoque principalement le manque de formation de sa patiente. Quant à l'incapacité de cette dernière à exercer son ancienne activité, elle n'est contestée ni par le Dr D _____ ni par l'intimé.

c) Il suit de ce qui précède que la recourante doit être considérée apte à exercer à 40% une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr D_____.

a) Se pose à présent la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de personne active à 60% seulement, ce que l'intéressée conteste, alléguant qu'elle aurait travaillé à plein temps si son état le lui avait permis.

b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une.

b) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative à plein temps depuis l'époque où elle était sommelière, laquelle remonte à bien des années avant sa maternité. Depuis lors, elle n'a jamais exercé à plus de 60%.

Qui plus est, ainsi que le relève à juste titre l'intimé, la recourante a à plusieurs reprises confirmé qu'elle aurait continué à travailler à temps partiel "par choix personnel", tant dans le formulaire qu'il lui a été demandé de compléter pour déterminer son statut que lors de l'enquête ménagère.

Les considérations contraires émises par l'intéressée, uniquement après que l'intimé a rendu son projet de décision de refus de prestations, ne sauraient remettre en cause ces conclusions, dans la mesure où elles semblent être le fruit de réflexions ultérieures. En effet, il convient de donner la préférence aux premières déclarations faites par la recourante, alors qu'elle en ignorait vraisemblablement les conséquences juridiques (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

Quant à l'allégation selon laquelle les questions posées n'auraient pas été claires, elle ne convainc pas. Il suffit pour cela de se référer au formulaire rempli par la recourante.

c) En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active à 60%.

7. La recourante conteste également l'empêchement retenu dans la sphère ménagère.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298).

Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne

concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c).

En l'espèce, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère. En effet, le seul des médecins à s'être exprimé sur la capacité de la recourante à assumer son ménage, le Dr D _____, a conclu sur ce plan à une capacité de 60%. Par ailleurs, l'assurée n'a pas amené d'éléments objectifs permettant de contester les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes. Cette dernière a en particulier tenu compte, dans son évaluation, du fait que le mari de l'assurée devait souvent lui apporter son aide, qu'elle devait faire appel à une aide extérieure pour nettoyer la cuisine et repasser, qu'elle ne peut plus laver les vitres ou la baignoire ni passer l'aspirateur, etc. Il convient à cet égard de rappeler qu'il découle de l'obligation de réduire le dommage de tenir compte de l'aide que peuvent apporter les proches à l'assurée.

En conséquence, le Tribunal constate qu'en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité de 38.7% retenu dans la sphère ménagère.

8. a) Reste donc à calculer le taux d'invalidité présenté par la recourante.
- b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement

réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque l'assuré n'exerce une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon la méthode générale qui vient d'être décrite. Quant à l'invalidité dans la part réservée aux travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA - on entend par là l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré -, elle est évaluée selon l'art. 27 RAI. Il faut donc en premier lieu déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). On évaluera ainsi le degré d'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a; RCC 1980 p. 565; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

9. En l'espèce, il a été retenu supra que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 60% et qu'elle aurait ainsi réalisé en 2006 un revenu de 35'146 fr. (cf. rassemblement de ses comptes individuels AVS).

Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que la recourante pourrait exercer à 40% une activité adaptée à ses limitations, il y a lieu, conformément à une

jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2006 TA 1), le salaire mensuel s'élevait pour les femmes à 4'019 en 2006. Dans cette catégorie, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne demandent aucune formation professionnelle. Compte tenu de l'horaire de travail de 41,7 heures habituelles dans les entreprises cette année-là, (la Vie économique 9/2007 p. 99 tableau B10.3), cela équivaut à un revenu mensuel de 4'190 fr., soit 50'278 fr. par année, c'est-à-dire de 20'111 fr. pour un taux d'occupation de 40%.

La Cour de céans constate que l'intimé n'a pas appliqué de réduction supplémentaire à ce revenu. Certes, il a déjà tenu compte des épisodes inflammatoires récurrents en diminuant de 10% le rendement exigible de la recourante, ainsi que le préconisait le Dr D_____. Il convient cependant également de tenir compte de l'âge de l'assurée au moment de la décision litigieuse (57 ans), ainsi que du nombre important de limitations fonctionnelles rencontrées (problèmes de motricité fine notamment). Ces éléments justifient que le revenu d'invalide soit réduit de 10% supplémentaires, ce qui conduit à un montant de 18'100 fr. qui, comparé au revenu avant invalidité, permet de conclure à un degré d'invalidité de 48,5% s'agissant de la sphère professionnelle et à un degré d'invalidité global de 44.6%, ouvrant droit à un quart de rente.

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis en ce sens que le droit à un quart de rente est reconnu à l'assurée à compter du 1^{er} juillet 2007.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le