

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2291/2009

ATAS/291/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 11 mars 2010

En la cause

Madame M _____, domiciliée c/o M. N _____, à
GENEVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée), née en 1955 en Thaïlande, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1976. Naturalisée en 1977, l'assurée a eu deux filles, nées en 1977 et 1980.
2. Le 2 juin 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en invoquant une dépression et une tendinite à l'épaule existant depuis 2006.
3. Le 12 juin 2008, le Dr A_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics de syndrome anxio-dépressif réactionnel avec trouble de l'adaptation présent depuis 2007, de tendinite chronique du sus-épineux gauche depuis 2007 et d'actinomyose pelvienne depuis 2007. Il a également mentionné, en précisant qu'elle était sans effet sur la capacité de travail de sa patiente, une maladie de Basedow depuis 2005. Le médecin a expliqué que sa patiente avait développé au cours des trois années précédentes un syndrome dépressif sévère avec labilité émotionnelle et trouble de l'adaptation, sur fond de tendinite chronique des épaules. Il a émis un mauvais pronostic et souligné n'avoir pu constater aucune amélioration depuis deux ans. Le médecin traitant a conclu à une totale incapacité de travail à compter du 28 septembre 2006, motivée par l'état dépressif de sa patiente et les limitations fonctionnelles rencontrées par cette dernière au niveau du bras. Il a ajouté que ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées par son état dépressif et le trouble de l'adaptation. Le médecin traitant a notamment joint à son rapport un document établi le 28 janvier 2008 par le Dr Jalal B_____, spécialiste FMH en radiologie, dont il ressort que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée ce jour-là a révélé une tendinopathie du sus-épineux avec dégénérescence kystique ainsi qu'une image d'allure kystique au niveau de la tête humérale dans sa partie postérieure.
4. Par courrier du 22 août 2008, l'OAI a demandé au Dr A_____ des précisions quant au status psychiatrique et aux limitations fonctionnelles psychiatriques de l'assurée. Il lui a également demandé de se référer, pour ses diagnostics, à la CIM-10.
5. Le Dr A_____ a répondu que sa patiente souffrait d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel, d'un trouble de l'adaptation et d'un repli sur elle-même.
6. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, diabétologie et endocrinologie et médecin auprès du service médical régional AI (SMR) qui, en date du 15 octobre 2008, a émis l'avis que les diagnostics somatiques mentionnés par le médecin traitant (status post urétérolyse et réimplantation urétérale droite pour actinomyose pelvienne, status post

appendicectomie, omentectomie et annexectomie droite, status post thrombose profonde du membre inférieur droit et maladie de Basedow) n'étaient clairement pas invalidants. Il a en outre relevé que si le médecin traitant considérait le syndrome anxio-dépressif avec trouble de l'adaptation comme invalidant, il n'avait cependant pas fourni le status psychiatrique ; il n'y avait pas de suivi spécialisé et le traitement semblait peu cohérent par rapport à l'importance des symptômes, compte tenu des répercussions sur la capacité de travail de la patiente. En conséquence de quoi, le Dr C_____ a préconisé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

7. L'OAI a mandaté le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
8. Le 22 octobre 2008, le Dr C_____ a encore émis l'opinion que le syndrome anxio-dépressif réactionnel avec trouble de l'adaptation n'entraînait certainement pas d'empêchement important dans la tenue du ménage. Quant à la tendinite chronique de l'épaule, il a estimé, au vu de la description de l'atteinte et du traitement prescrits que les empêchements dans le ménage étaient certainement mineurs. Il a néanmoins suggéré qu'il soit procédé à une enquête ménagère.
9. Le Dr D_____ a rendu son rapport en date du 26 février 2009. Il en ressort qu'il n'a pu diagnostiquer aucun trouble psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Le médecin a en effet considéré que le seul diagnostic retenu - à savoir celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) présent depuis 2007 - n'avait aucune incidence sur la capacité de travail de l'assurée.

L'anamnèse révèle que cette dernière a travaillé comme domestique dès l'âge de 12 ans, puis comme portière dans un bar à Bangkok. Arrivée en Suisse en 1976, elle s'y est mariée et a eu deux filles. En 1994-1995, ses enfants étant devenus plus autonomes, elle a décidé de reprendre un emploi. Elle a alors travaillé comme aide de cuisine pendant environ 2 ans puis a traversé une période de chômage. Pendant près de 3 ans, l'assurée n'a plus travaillé. Séparée de son 2^{ème} mari, elle a ensuite tenu un salon de prostitution pendant environ 1 an avant de renoncer à cette activité, qu'elle n'estimait pas rentable. Elle a alors vendu des mets thaïlandais à des particuliers et fait des nettoyages, pendant environ 1 an avant de devoir cesser le travail en raison de problèmes de santé : en 2005, elle avait souffert d'une hyperthyroïdie (maladie de Basedow), affection désormais stabilisée ; en 2006, outre une actinomyose pelvienne ayant nécessité un traitement chirurgical, l'assurée avait souffert d'une thrombose veineuse profonde ; en 2007, elle avait présenté une tendinite à l'épaule gauche à laquelle le traitement médicamenteux n'avait pu remédier.

Au moment de l'expertise, l'assurée ne se sentait pas apte à travailler en raison d'une fatigue et de douleurs aux membres supérieurs. Elle décrivait également une nervosité, une angoisse, une panique, une crainte de tout et se plaignait de ne pouvoir marcher longtemps en raison de douleurs aux pieds.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée a dit s'être adressée à trois psychiatres. Selon ses dires, le psychiatre de l'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE (ci-après HUG) l'aurait adressée au Centre de thérapies brèves (ci-après CTB) en raison d'hallucinations visuelles ; il aurait cependant été mis un terme à sa prise en charge après deux entretiens en raison de la médiocrité du contact établi avec les soignants. Le psychiatre des HUG l'aurait alors adressée à un psychiatre exerçant dans le privé qui l'aurait reçue à deux reprises. Puis, elle aurait été suivie pendant environ deux ans par le psychiatre des HUG. Ce suivi aurait pris fin 2 à 4 ans avant l'expertise, en raison d'une amélioration de l'état de l'assurée.

Le Dr D_____ a émis l'avis que le développement psychoaffectif précoce et tardif de l'assurée avait été affecté par des événements et des conditions défavorables (maltraitements continus jusqu'à l'âge de 15-16 ans, viol à l'âge de 17 ans) mais qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour que le seuil diagnostique de personnalité pathologique soit atteint. Selon lui, l'assurée présente cependant une fragilité, c'est-à-dire une vulnérabilité psychique à la manifestation de symptômes dépressifs et anxieux. En 2007, dans le contexte d'ennuis somatiques multiples, l'assurée a développé une symptomatologie dépressive, consistant vraisemblablement en une tristesse. A cette tristesse s'est ajoutée l'intensification d'une anxiété présente déjà depuis l'enfance, ce qui a rendu nécessaire une prise en charge spécialisée, mais non continue, jusqu'à 2 à 4 ans avant l'expertise.

Le Dr D_____ a relaté que, selon l'assurée, son état est globalement identique sur le plan psychique, à celui qu'il était alors, hormis une accentuation des troubles de la mémoire. Or, il a considéré qu'au moment de son examen, la symptomatologie dépressive et anxieuse était réduite, compatible avec le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ; la tristesse était fluctuante et l'humeur n'était pas anormalement déprimée en permanence ; il n'y avait ni anhédonie - l'assurée a décrit la lecture et le fait d'être avec ses filles comme sources de plaisir - , ni retrait social - l'assurée avait indiqué entretenir des contacts quotidiens avec ses filles et voir ses amis régulièrement. L'assurée se plaignait certes d'une diminution de son énergie (elle disait n'avoir envie de rien faire), mais cela ne s'était vérifié ni à l'observation clinique directe ni à l'analyse du déroulement du quotidien - la plupart des tâches étaient maintenues et les périodes d'inactivité étaient en partie dues au désintérêt de l'intéressée. Le Dr D_____ en a tiré la conclusion que la diminution de l'énergie était discrète et non incapacitante. Quant à une éventuelle diminution de la confiance en soi, le médecin a considéré qu'elle n'était pas limitative pour les activités exercées. S'agissant des troubles de la concentration évoqués par l'assurée, le Dr D_____ a relevé qu'ils ne l'empêchaient pas de

s'adonner à la lecture et de fréquenter des cours de français deux fois par semaine ; il en a tiré la conclusion que ces troubles n'étaient pas significatifs. Enfin, le Dr D_____ a dit n'avoir pu trouver d'arguments en faveur de troubles formels de la mémoire à long terme ou à court terme ; à cet égard, il a souligné que si le discours de l'assurée était certes flou pour certains aspects, elle n'en était pas moins capable de décrire précisément des événements se rapportant à la même époque ; le Dr D_____ a ajouté qu'en tout état de cause, de tels troubles ne seraient pas incapacitants dans les activités telles que celles précédemment exercées par l'intéressée (nettoyage, travaux agricoles, aide de cuisine).

Selon lui, les éléments dépressifs sont accompagnés de moments d'anxiété. Il n'apparaît cependant pas que cette anxiété soit psychiquement destructurante.

Le Dr D_____ a noté une discordance entre les plaintes de l'assurée et ses propres observations, à savoir une symptomatologie dépressive et anxieuse disparate, réduite et non incapacitante. D'une manière générale, il a émis l'avis que l'absence de suivi spécialisé parlait contre la présence d'une atteinte psychique marquée.

En conclusion, le Dr D_____ a conclu à un trouble anxieux et dépressif mixte présent depuis 2007, affection dont il a précisé que les éléments constitutifs étaient réduits dans leur intensité et qu'elle n'entraînait pas de diminution de l'aptitude à exercer des activités telles que celles de nettoyage, travaux agricoles ou aide de cuisine.

10. Le 6 avril 2009, le Dr C_____, se référant à l'avis du Dr D_____, a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante et à une capacité de travail conservée dans l'activité habituelle. Il a émis l'avis qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique, ajoutant que cette assurée n'avait probablement jamais travaillé en Suisse.
11. Le 9 avril 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision qu'il a confirmé par décision formelle du 8 juin 2009. L'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'y avait ni atteinte entraînant une diminution de sa capacité de travail ni empêchement l'empêchant d'assumer ses tâches ménagères.
12. Par acte du 30 juin 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, par l'intermédiaire de sa fille.

Cette dernière allègue que sa mère est trop faible pour travailler, qu'elle l'accompagne chaque semaine pour faire les courses, les lui porte car elle s'épuise très vite, que les médicaments qu'elle prend la font dormir, qu'elle a constamment des douleurs dans les bras et les jambes et que lorsqu'elle ne peut marcher longtemps car l'état de ses pieds est catastrophique. La fille de la recourante

soutient que celle-ci n'est pas en état de faire des ménages. Quant au sien propre, elle ne peut le faire que très lentement, à son rythme ; son état lui impose de se reposer après le moindre effort physique.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 28 juillet 2009, a conclu au rejet du recours. Il souligne l'absence d'atteinte psychique incapacitante.
14. Le 16 septembre 2009, le Dr A_____ a établi un rapport dans lequel il conteste la décision de l'intimé. Il allègue que sa patiente souffre d'un état dépressif important, avec difficultés d'adaptation, que son état psychique est ainsi plus que précaire et ne lui permet plus aucune activité. Il ajoute qu'il faut également tenir compte de son repli sur soi, de son asthénie, de ses troubles de la mémoire et de sa labilité émotionnelle. Il rappelle qu'au surplus, l'assurée souffre d'une tendinite chronique de l'épaule gauche lui interdisant le port de charges et les mouvements répétitifs du bras gauche, que, depuis son actinomyose pelvienne en 2006, elle est atteinte d'une fatigue chronique importante et qu'enfin, un suivi psychiatrique lui est indispensable.
15. Par écriture du 7 octobre 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis rendu le 6 octobre 2009 par le Dr E_____, médecin auprès du SMR, qui estime que le médecin traitant n'apporte aucun élément nouveau permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise psychiatrique.
16. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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). 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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit

éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 8 juin 2009, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et à celle du 1^{er} janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer

des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

7. En l'occurrence, l'intimé est d'avis que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé entraînant des répercussions sur sa capacité de travail ou des empêchements dans le ménage, ce que la recourante conteste.

a) Sur le plan psychique, le Dr D_____, expert psychiatre, a retenu que la recourante souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2007, disparate et non incapacitant.

Le Tribunal de céans considère cependant que l'on ne saurait se fonder, sans autres, sur les conclusions de cette expertise, car le Dr D_____ ne s'est pas prononcé en pleine connaissance du dossier médical de la recourante.

En effet, cette dernière dit avoir notamment bénéficié d'une prise en charge d'une durée approximative de deux ans par un psychiatre des HUG. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans est d'avis que l'on ne saurait statuer sur la question des troubles psychiques dont souffre la recourante sans, à tout le moins, demander confirmation aux HUG et, cas échéant, communication d'un rapport complet qui sera ensuite soumis à l'expert. Ce rapport devra mentionner les diagnostics posés, leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail et/ou sur la capacité d'accomplir les travaux habituels (en précisant la date et à quel taux), ainsi que les raisons pour lesquelles la prise en charge a pris fin. Cette démarche apparaît nécessaire dans la mesure où, s'il est vrai que la recourante allègue que son état de santé psychique se serait amélioré, son médecin traitant, lui, fait état d'un refus de la part de sa patiente d'être suivie sur ce plan (rapport du 12 juin 2008). On ne saurait dès lors, sans autres, tirer la conclusion du fait que la prise en charge a pris fin que c'est parce que l'état de l'assurée s'est amélioré.

b) Par ailleurs, s'agissant des troubles somatiques, les rapports médicaux versés à la procédure font état d'une tendinite chronique du sus-épineux gauche depuis 2007, objectivée en outre par une IRM du 28 janvier 2008 (rapport du Dr B_____ du 28 janvier 2008 et rapport du Dr A_____ du 12 juin 2008). Selon le médecin traitant, cette atteinte entraînerait une limitation fonctionnelle du bras gauche dans le port de charges et les mouvements répétitifs du bras (rapports des 12 juin 2008 et 16 septembre 2009).

Or, et malgré le fait que le SMR ait préconisé la mise en œuvre d'une enquête ménagère pour évaluer les répercussions de la tendinite chronique sur la capacité de l'assurée à se livrer à ses activités habituelles (Dr C_____, avis du 22 octobre 2008), il y a été renoncé par l'intimé, sans que l'on sache pour quelles raisons.

Il apparaît pourtant nécessaire, à la lecture des explications fournies par le médecin traitant, des constatations radiologiques et des considérations du SMR, de soumettre

la recourante à un examen orthopédique, afin de déterminer les répercussions et les limitations fonctionnelles engendrées par cette atteinte sur ses activités ménagères et/ou sur sa capacité de travail.

Il ressort de ce qui précède que la question des conséquences des atteintes physiques et psychiques de la recourante n'est pas suffisamment éclaircie. En l'état, le Tribunal de céans considère que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé et doit être renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sur ces points.

8. Enfin, le Tribunal de céans rappellera que, lors de l'examen initial du droit à la rente, il appartient à l'administration de déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité doit être appliquée (art. 28a LAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que la question de savoir quelle méthode doit être retenue ne ressort pas clairement de la décision litigieuse. Qui plus est, les pièces transmises par l'intimé au SMR font état d'un statut de ménagère (document 15 page 1), alors qu'il résulte des explications fournies par la recourante à l'expert, que suite à la séparation de son deuxième mari, elle a notamment vendu des mets thaïlandais à des particuliers et fait des nettoyages pendant environ un an, activités qu'elle dit avoir interrompues en raison de ses problèmes de santé.

Compte tenu de ce qui précède, il incombera également à l'intimé de vérifier notamment si la recourante a effectivement exercé ces activités (le cas échéant, à quel taux). L'intimé invitera en outre la recourante à répondre au questionnaire servant à déterminer le statut des assurés, lequel ne figure pas au dossier. Cela fait, l'intimé se prononcera sur le statut de la recourante et mettra en œuvre, le cas échéant, une enquête ménagère.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la décision du 8 juin 2009 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sujette à recours. L'intimé, qui succombe, sera condamné à un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 8 juin 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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