

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2356/2008

ATAS/648/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 22 mai 2009

En la cause

Madame S _____, domiciliée à Genève

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1961, a quitté la Turquie - où elle a provisoirement laissé ses deux fils aînés, nés en 1994 - pour rejoindre son époux à Genève en 1985. De 1987 à 1992, l'assurée a travaillé dans le restaurant d'entreprise X_____ avant d'être mise en arrêt de travail durant un an et demi en raison de lombalgies apparues suite à son troisième accouchement, en février 1992. Les deux enfants aînés de l'assurée l'ont rejoint en Suisse à la fin de l'année 1993. Son employeur ayant résilié son contrat de travail, l'assurée s'est retrouvée au chômage. Une occupation temporaire lui a été trouvée dans un établissement médico-social (EMS) où elle a exercé la fonction d'aide-soignante durant 24 jours avant d'être victime, en date du 18 janvier 1998, d'un accident (elle est tombée alors qu'elle soulevait une vieille dame) qui a eu pour conséquence d'augmenter encore ses douleurs dorsales. En avril 1999, l'assurée a accouché de son quatrième enfant.
2. En décembre 2005, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI). Elle a notamment indiqué être femme au foyer depuis 1992.
3. A été versé au dossier un courrier rédigé le 21 septembre 1992 par le Dr A_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, dont il ressort que l'assurée lui a été adressée pour des douleurs lombaires invalidantes apparues suite à son accouchement au mois de février 1992 et en raison desquelles elle n'a pu reprendre son travail depuis lors. Il ressort de l'anamnèse que l'assurée avait déjà souffert de lombalgies épisodiques par le passé. Par ailleurs, son mari l'a décrite comme fortement dépressive, pleurant beaucoup et dormant très mal. A l'examen clinique, le Dr A_____ a constaté une hyperlordose lombaire, un syndrome lombaire modéré et un status neurologique normal. Les radiographies lombaires ont confirmé une forte accentuation de la lordose. Le CT-scan lombaire s'est révélé normal. Le médecin a conclu qu'il n'y avait aucune sanction chirurgicale à proposer. Il a conseillé à la patiente de perdre du poids et d'essayer d'améliorer la statique lombaire par des exercices de correction posturale et de renforcement de la sangle musculaire abdominale et de la musculature lombo-pelvienne en général.
4. Dans un rapport médical daté du 6 mars 2006, la Dresse B_____, de la Permanence de Vermont-Grand-Pré, a posé les diagnostics suivants : dorso-lombosciatalgies bilatérales et état dépressif avec probable psychosomatisme apparus une vingtaine d'années plus tôt, migraines existant depuis 2004 et surcharge pondérale. Ont également été mentionnées, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée : une hypothyroïdie substituée, une gastrite et une hypercholestérolémie. La Dresse B_____ a mentionné une incapacité totale à exercer l'activité d'aide-soignante depuis 1995 environ. Le

médecin a encore précisé que l'état de santé de la patiente s'aggravait et qu'aucune autre activité ne pouvait être exigée de sa part, car le contexte psychosocial ne permettait pas d'envisager une réinsertion. Il a été mentionné que les douleurs empêchaient les actes de la vie quotidienne (ménage, courses, etc.), et que les problèmes linguistiques rendaient un autre apprentissage très ardu, d'autant que la patiente n'était absolument pas motivée pour cela.

5. Interpelée par l'OCAI, la Dresse B _____ a fait parvenir à ce dernier un CT-scan et les rapports radiographiques. Elle a par ailleurs ajouté qu'un CT-scan thoraco-lombaire avait été effectué aux HUG, qui n'avait montré ni signe de compression radiculaire, ni hernie discale, et que l'état psychique de sa patiente avait été évalué par l'équipe multidisciplinaire de la Consultation de la douleur des HUG, et une thérapie cognitivo-comportementale envisagée, qui était cependant limitée par les difficultés de compréhension et d'expression de la patiente. Elle a décrit cette dernière comme une mère de famille sortant très peu de chez elle, rencontrant de grosses difficultés de socialisation dues d'une part, à son caractère renfermé et négatif, d'autre part, à ses problèmes linguistiques. Elle a ajouté que de nombreux essais de thérapie manuelle, alternative ou psychiatrique avaient débouché sur un échec.
6. L'assurée a été adressée pour expertise au Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi qu'en médecine psychosociale et psychosomatique. L'expert a rendu son rapport en date du 20 septembre 2007, sur la base d'un concilium auprès du Dr A _____, d'une expertise du Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne (qui avait vu l'assurée en date du 5 octobre 1992), des différents rapports versés au dossier, et de l'examen de l'assurée.

L'expert s'est livré à une anamnèse détaillée. S'agissant des tâches ménagères, il a rapporté que la patiente affirme s'occuper quotidiennement de la vaisselle, récupérer le sol une fois par semaine, mais qu'elle a dû confier le soin de passer l'aspirateur à son conjoint, et celui de s'occuper du repassage à sa fille. En revanche, elle fait la lessive elle-même, bien qu'elle doive s'asseoir pour ranger le linge dans la machine, et étend le linge à l'extérieur. Elle a également cessé de s'occuper du nettoyage des vitres.

Sur le plan rhumatologique, le Dr C _____ a indiqué que l'examen clinique ne lui avait pas permis de retenir le diagnostic de syndrome fibromyalgique. Au niveau cervical, il a constaté que la musculature des trapèzes était contractée et qu'il existait un syndrome cervical du côté gauche. L'expert a retenu les diagnostics suivants : cervicalgies sur troubles dégénératifs importants, dorso-lombalgies persistantes sur troubles statiques, hyperlordose lombaire naissante avec arthrose inter-apophysaire pluri-étagée, lombalgies basses sur sclérose des deux sacro-iliaques - étant précisé qu'une spondylarthrite ne pouvait être exclue -, syndrome du

tunnel carpien gauche, trouble dépressif récurrent épisode moyen et hypercholestérolémie. L'expert a précisé que la patiente était affectée de dorso-lombalgies depuis l'âge de 22 ans, et que ces douleurs s'étaient aggravées suite à son troisième accouchement, en février 1992. Il a rappelé que le Dr A _____, en septembre 2002, avait mis en évidence une hyperlordose lombaire et un syndrome vertébral lombaire modéré. Par la suite, les algies ont évolué sous un mode chronique.

Eu égard au trouble dépressif récurrent et aux lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, l'expert a conclu à un degré d'invalidité de 40% au moins en raison des limitations fonctionnelles dues aux cervicalgies et lombalgies basses, auxquelles il a rappelé que s'ajoutaient des céphalées de type migraineuses, une hypothyroïdie et une gastrite chronique sur anti-inflammatoires.

En définitive, l'expert a conclu à une capacité de travail de 40% dans une profession légère, n'impliquant pas le port de charges, tout en précisant qu'il était plus difficile de se prononcer sur les limitations entraînées par l'état dépressif. Le Dr C _____ a cependant émis l'avis qu'avec une perte pondérale, une tonification de la musculature abdominale et du rachis lombaire et une augmentation des antalgiques, l'assurée pourrait atteindre un taux d'activité plus élevé que les 40% auxquels il avait conclu.

7. Interpellé par le médecin-conseil de l'OCAI, le Dr C _____ a précisé dans un courrier du 15 novembre 2007 que la capacité de travail de l'assurée ne dépassait pas 40%, même dans une profession plus légère, en raison des cervicalgies sur troubles dégénératifs importants, associées à une hyperlordose lombaire, avec une arthrose inter-apophysaire postérieure, se doublant de lombalgies basses, sur une sclérose des deux sacro-iliaques, étant précisé qu'une spondylarthrite séronégative ne pouvait être exclue et que s'y ajoutait un trouble dépressif récurrent, épisode moyen.
8. Dans un avis daté du 14 janvier 2008, le Dr E _____, médecin auprès du SMR, a déploré la confusion faite par l'expert entre l'octroi d'un quart de rente et l'évaluation de la capacité de travail. Il a par ailleurs relevé que selon l'examen du Dr A _____, pratiqué en septembre 2002 (recte : 1992), le syndrome lombaire était modéré, que la situation était restée chronique depuis lors et qu'il y avait très peu de signes cliniques objectifs, puisque le Dr C _____ avait indiqué qu'il n'y avait pas de syndrome vertébral lombaire en position érigée. Le Dr E _____ a admis que le syndrome algique cervical paraissait plus prononcé, puisque la radiographie montrait à ce niveau une arthrose importante, mais a souligné l'absence de limitation notable de la mobilité. Le Dr E _____ a émis l'avis que l'argumentation de l'expert pour conclure à une limitation de la capacité de travail à 40% seulement n'était pas convaincante, si l'on se basait sur les limitations fonctionnelles objectives du rachis, seul élément relevant de l'AI en principe. En

raison de l'atteinte dégénérative du rachis, le Dr E. _____ a émis l'avis qu'on pouvait admettre au plus une diminution de la capacité de travail de 40%, dans un poste ne sollicitant pas exagérément la colonne cervicale.

9. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée en date du 12 février 2008. Il a été relevé que l'assurée avait assez bien compris les questions qui lui étaient posées, y avait répondu et que son mari était présent pour donner certaines précisions. Il ressort du rapport d'enquête que l'assurée a cessé son activité lucrative à la naissance de sa fille, en 1992. Le revenu du mari a été qualifié de difficile à évaluer ; il se situerait entre 30'000 et 40'000 fr. par année. Quant aux charges, elles s'élèvent à 31'476 fr. (19'308 [loyer] + 4'992 [primes d'assurance-maladie pour l'assurée] + 4'752 [primes d'assurance-maladie pour son époux] + 2'424 [primes d'assurance-maladie des enfants]). Il a été précisé qu'une fois par semaine, l'assurée accompagnait son mari à l'épicerie où il travaille pour progresser en français et maintenir des contacts. L'enquête a conclu à un degré d'empêchement de 16.6%. L'enquêtrice a brièvement motivé que malgré les dires de l'assurée, son statut devait être qualifié de 100% ménagère, puisqu'en 1992, après la naissance de sa fille, ses deux enfants aînés sont venus la rejoindre en Suisse et qu'elle s'est alors consacrée à l'éducation de ses enfants. Ses empêchements dans la sphère ménagère ont été qualifiés de modérés, seuls les travaux physiques lourds étant difficiles à réaliser. A été pris en compte le fait que ses enfants peuvent l'aider, mais également le fait que son mari travaille tard le soir et ne peut donc l'aider qu'à hauteur de 20%.
10. Le 22 avril 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
11. Par courrier du 12 mai 2008, l'assurée a contesté ce projet, en faisant valoir que l'enquête à son domicile avait été mal faite, dans la mesure où elle n'avait tenu compte ni de ses allégations, ni de sa situation physique et psychique.
12. Par décision du 28 mai 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations aux motifs que selon l'enquête économique sur le ménage qui avait été effectuée, l'état de santé de l'assurée, s'il la limitait effectivement durablement dans l'accomplissement de ses travaux habituels, ne le faisait qu'à hauteur de 17%, ce qui conduisait à un degré d'invalidité du même ordre, n'ouvrant pas le droit à des prestations.
13. Par courrier du 30 juin 2008, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière et d'un moyen auxiliaire, à savoir un lit adapté à son état de santé.

En substance, l'assurée allègue qu'elle ne maîtrise pas bien le français et que cela l'a empêchée de répondre avec précision aux questions qui lui ont été posées dans le cadre de l'enquête ménagère. Son mari a apporté certaines précisions qui ont, selon elle, été mal interprétées par la collaboratrice de l'Office. A titre d'exemple, elle indique que, contrairement à ce qui a été mentionné dans l'enquête, son mari

n'a pas acheté de petite épicerie à Nyon; il ne fait que la gérer et n'y travaille qu'à 50%; c'est son fils qui la détient. Elle conteste par ailleurs être capable de parler avec les clients de l'épicerie. L'assurée allègue n'être plus capable de tenir son ménage, lequel est entièrement pris en charge par son mari et ses enfants. Elle assure au surplus constituer une charge très importante pour sa famille.

Elle fait grief à l'intimé de s'être écarté sans raison de conclusions du Dr C _____ auquel elle reproche, quoi qu'il en soit, d'avoir qualifié l'activité de serveuse - la seule qu'elle ait vraiment exercée durablement - de profession légère.

Enfin, l'assurée conteste le statut de personne sans activité lucrative qui lui a été reconnu, alléguant qu'elle a travaillé par le passé et aurait continué si sa santé le lui avait permis.

14. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 25 août 2008, a conclu à l'irrecevabilité du recours s'agissant de la demande d'octroi d'un moyen auxiliaire, faisant remarquer que la décision litigieuse ne portait pas sur ce point et que ce dernier sort donc du cadre de l'objet du litige. Quant au statut de l'assurée, l'OCAI a maintenu que cette dernière doit être considérée comme non active puisque qu'elle a cessé toute activité professionnelle en 1992 déjà, à la naissance de son troisième enfant et à la venue en Suisse de ses deux aînés. Il considère qu'au moment du dépôt de la demande de prestations, treize années plus tard, aucun élément ne permet de considérer comme plausible l'hypothèse que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait repris une activité professionnelle. L'intimé en tire la conclusion que c'est donc à juste titre que le degré d'invalidité a été apprécié exclusivement en fonction des empêchements rencontrés dans la sphère ménagère et relève à cet égard que les limitations décrites tant dans le cadre de l'expertise médicale que dans le cadre de l'enquête ménagère concordent parfaitement puisque toutes deux arrivent à la conclusion que l'assurée est à même de réaliser l'essentiel des tâches ménagères quotidiennes, même si certaines ne sont possibles qu'avec l'aide de son entourage. En effet, seules les tâches particulièrement lourdes physiquement lui sont impossibles, les autres peuvent être effectuées au rythme désiré par l'assurée, le cas échéant, peuvent être interrompues puis reprises plus tard.
15. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 15 janvier 2009. A cette occasion, la recourante a expliqué avoir dû mettre un terme à son activité pour le restaurant d'entreprise X _____ pour des raisons de santé. Elle était alors enceinte, ce qui a accentué les douleurs dorsales dont elle souffrait déjà. Elle a ensuite tenté de reprendre le travail à 50%, mais ses douleurs étaient telles qu'elle a dû s'interrompre à nouveau. Son contrat de travail a alors été résilié. Elle s'est alors annoncée au chômage qui lui a trouvé une place dans un EMS, où elle a été victime d'un accident après quelques semaines.

La recourante a expliqué qu'elle accompagne de temps en temps son mari à l'épicerie qu'il a reprise il y trois ans où il travaille de 10h00 à 19h30, mais qu'elle ne peut rester longtemps debout à la caisse. A l'heure actuelle, il lui paraît impossible d'exercer une activité vu son état. En revanche, elle a affirmé que, sans problèmes de santé, elle aurait continué à travailler à plein temps, ce que ne lui permettent plus ses maux de dos. Ceux-ci l'empêchent de conserver longtemps la position assise, debout ou couchée et entraînent des troubles du sommeil. L'assurée a expliqué que si elle accompagne son mari à son commerce, c'est pour essayer de garder le moral en entretenant des contacts.

L'intimé a pour sa part fait remarquer que l'assurée a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage, qui l'a donc considérée comme apte au placement et que, par ailleurs, l'assurée, dans sa demande de prestations, a indiqué être femme au foyer.

La recourante a précisé que ses deux aînés ne sont venus en Suisse qu'en 1993. Actuellement, ses enfants sont âgés de 26, 25, 16 et 9 ans.

16. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable, à l'exception de la conclusion visant à l'octroi d'un moyen auxiliaire (lit). En effet, dans la mesure où la décision litigieuse n'a pas porté sur ce point, ce dernier sort du cadre de l'objet du litige. Il appartiendra à la recourante, cas échéant, de déposer une demande de moyen auxiliaire en bonne et due forme devant l'intimé.
3. 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).

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

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

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 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).

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 ⅔ à 70 %.

b) 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).

c) 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.).

d) Au sujet 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.

e) 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'OCAI a demandé au Dr C _____ de procéder à une expertise, mais s'est finalement écarté des conclusions de cette dernière en se basant sur l'avis du Dr E _____, médecin auprès du SMR, et sur les résultats de l'enquête ménagère.

b) Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise du Dr C _____. Ainsi que le fait remarquer à juste titre le Dr E _____, ce médecin ne motive guère la capacité de travail de 40% qu'il reconnaît en définitive à l'assurée. En particulier, les limitations fonctionnelles entraînées par ses atteintes cervicale et lombaire ne sont pas énumérées précisément.

L'avis du Dr E _____ - dont il convient de rappeler qu'il n'a pas personnellement examiné la recourante - n'est pas plus étayé sur ce point. Il se contente de mettre en doute l'évaluation du Dr C _____ et d'émettre l'avis que

la diminution de la capacité de travail atteint 40% tout au plus, dans un poste ne sollicitant pas exagérément la colonne cervicale. Par ailleurs, le Dr E_____ tire argument du fait que le Dr A_____ avait qualifié le syndrome lombaire de modéré en 2002. Or le rapport du Dr A_____ remonte non pas à 2002 mais à 1992, soit près de quatorze ans plus tôt. On ne saurait dès lors en tirer la moindre conclusion dans le cas présent.

Le rapport d'expertise du Dr C_____ n'explique pas de manière suffisamment précise les interactions entre les différentes pathologies et les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches. Il en découle en définitive que ses conclusions ne sauraient être qualifiées de convaincantes, car insuffisamment motivées. Enfin, le Dr C_____ semble faire une confusion entre les notions de degré d'invalidité et de capacité de travail, ce qui ajoute à l'ambiguïté de ses conclusions. Il fait par ailleurs allusion à un trouble dépressif récurrent épisode moyen, qu'il n'étaye pas véritablement, et qu'il semble ensuite prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, sans que cela soit tout à fait clair.

A cet égard, le Dr E_____, lui, subodore que cet état dépressif serait la conséquence de difficultés d'intégration, mais cela n'est pas confirmé par un spécialiste.

c) Il suit de ce qui précède que le rapport du Dr C_____ ne saurait suffire au Tribunal de céans pour se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée, d'autant que l'état dépressif diagnostiqué tant par le Dr C_____ que par la Dresse B_____ n'a fait l'objet d'aucune investigation supplémentaire par un spécialiste. Il conviendrait dès lors de soumettre la recourante à une nouvelle expertise pluridisciplinaire, tant sur le plan rhumatologique que psychique, afin de pouvoir déterminer clairement quelles sont les atteintes à la santé et, surtout, leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail.

7. a) Se pose par ailleurs la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de personne non active, ce que l'intéressée conteste dans son mémoire de recours. Elle allègue qu'en bonne santé, elle aurait travaillé.

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. 301ss 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 depuis de nombreuses années.

Auparavant, elle a cependant travaillé durant une longue période - de 1987 à 1992 - pour X_____. On ignore toutefois à quel taux d'occupation.

Il ressort par ailleurs clairement de plusieurs rapports médicaux, et en particulier de celui du Dr A_____, établi quelques mois après le début de l'incapacité de travail, que l'assurée a cessé le travail principalement pour des raisons de santé et non par convenance personnelle.

Certes, l'assurée a indiqué dans sa demande de prestation être « femme au foyer ». On ne saurait toutefois en tirer de conclusions péremptoires dans la mesure où elle maîtrise mal la langue française et où l'ensemble des circonstances donne plutôt à penser qu'elle entendait sans doute indiquer par là qu'elle n'exerçait plus d'activité lucrative, de facto. Force est cependant de constater qu'elle a été inscrite au chômage, qu'elle a donc été considérée comme apte au placement et ayant la volonté de retrouver un poste, et qu'elle a ensuite obtenu une occupation temporaire en 1998. Là encore, on ignore quel statut lui a reconnu l'assurance-chômage, à quel taux d'occupation l'assurée recherchait un emploi et à quel taux d'occupation elle a exercé son emploi temporaire.

Enfin, le fait que l'assurée soit mère de quatre enfants ne suffit pas non plus à tirer la conclusion qu'elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. En effet, en 2005, ses enfants étaient âgés de 21, 13 et 6 ans. Seul l'un d'eux était donc encore en bas âge. Le fait que les ressources du couple soient limitées au point de vue financier (selon l'enquête ménagère, qui n'est d'ailleurs pas très précise sur ce point, les ressources du couple suffiraient tout juste à couvrir le loyer et les primes d'assurance-maladie de la famille) plaide au contraire pour la thèse défendue par la recourante, à savoir qu'elle aurait travaillé si son état le lui avait permis.

Les informations contenues au dossier apparaissent là encore cependant trop lacunaires pour déterminer à quel taux d'occupation il est vraisemblable que la recourante aurait travaillé.

8. Eu égard aux nombreuses zones d'ombre qui demeurent en l'espèce et qui ont été mises en évidence supra, le Tribunal de céans constate qu'il est dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée et sur le taux d'occupation qui aurait été le sien sans atteinte à la santé.

Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

En l'espèce, il apparaît que des investigations complémentaires sont nécessaires pour déterminer, notamment, si l'assurée présente une atteinte psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail et dans quelle mesure, quelles sont précisément les limitations induites par ses atteintes rhumatologiques et leur répercussions sur sa capacité de travail, quel était le taux d'occupation de l'assurée durant les années où elle a travaillé pour X_____ et à quel taux recherchait-elle un emploi lorsqu'elle était au chômage.

La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de la renvoyer à

l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique par des médecins spécialisés indépendants et avoir investigué sur le passé professionnel de l'assurée, se détermine sur le statut de cette dernière, son état de santé, ses répercussions sur sa capacité de travail, enfin sur son droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il porte sur la demande d'un moyen auxiliaire.
2. Le déclare recevable pour le reste.

Au fond :

3. L'admet partiellement au sens des considérants.
4. Annule la décision du 28 mai 2008.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
6. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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); 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

Florence SCHMUTZ

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