

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2905/2010

ATAS/611/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 juin 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame G _____, domiciliée à Carouge, représentée par
ASSISTA TCS SA Services Juridiques

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G _____ (ci-après l'assurée ou la reourante), née en 1965, mariée, a effectué son école primaire au Portugal. En Suisse depuis 1985, l'intéressée travaille en qualité de gouvernante dans un ménage privé depuis le 1^{er} janvier 2003, à raison de 12 heures 30 par semaine pour un salaire mensuel de 1'000 fr. par mois.
2. Le 4 mai 2008, l'assurée a subi une piqûre par épine de rose au dos de la troisième articulation métacarpo-phalangienne de la main droite. En raison de l'apparition d'une tuméfaction et de douleurs importantes, la patiente a consulté en urgence aux HUG, le soir même. Les médecins ont diagnostiqué une arthrite septique de la troisième métacarpo-phalangienne de la main droite qui a été traitée chirurgicalement le 5 mai 2008. Hospitalisée durant cinq jours, l'assurée a bénéficié d'une antibiothérapie intraveineuse ainsi que de rinçages quotidiens de la plaie. L'assurée a été mise en arrêt de travail à 100% à compter du 4 mai 2008.
3. La VAUDOISE ASSURANCES SA, assureur-accidents, a pris en charge le cas.
4. Le 28 mai 2009, l'assurée a subi une cure chirurgicale de syndrome du tunnel carpien à gauche dont l'évolution postopératoire a été favorable.
5. Le 21 janvier 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) visant à une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et un placement.
6. L'OAI a requis l'apport du dossier de l'assureur-accidents. Une IRM métacarpo-phalangienne de la main droite pratiquée le 26 août 2009 a mis en évidence une érosion marginale du versant radial de la tête du deuxième métacarpien, non spécifique, un mini œdème des tissus cellulo-graisseux du dos de la main et une lame liquidienne péritendineuse au niveau de l'appareil fléchisseur du troisième doigt d'aspect quasi physiologique. A la demande de l'assureur-accidents, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne, a examiné la patiente en date du 26 août 2009. Dans son rapport du 28 août 2009, il relève que l'assurée est en arrêt de travail à 100% depuis le 4 mai 2008, suite à une arthrite septique au niveau de la troisième articulation métacarpo-phalangienne droite, compliquée probablement d'une algodystrophie. Depuis l'accident, la patiente se plaint toujours d'avoir des douleurs au niveau de sa main droite qui présente des œdèmes récurrents à ce niveau. Elle a fait beaucoup de physiothérapie sans beaucoup de succès. Actuellement, elle se plaint essentiellement de douleurs à la main droite, qui irradiant la face antérieure de l'avant-bras et remontent jusqu'à l'épaule. Elle dit ne pas pouvoir garder les bras levés en position moyenne longtemps, la lecture d'un journal est impossible et elle ne peut pas effectuer des tâches ménagères normalement. Elle dit être déprimée par son état et prend du Xanax trois fois par

jour. Selon le médecin, l'absence de renseignements médicaux malgré les différentes demandes ne permet pas de statuer définitivement sur ce cas, d'autant plus qu'il existe un problème de l'épaule droite (périarthrite ?) qu'il sera difficile de mettre en relation avec le problème de départ, quoi que l'on soit en droit de la considérer comme complication. Pour l'instant, le Dr L_____ proposait de suspendre les prestations jusqu'à ce qu'il y ait des précisions de la part des HUG quant à l'évolution. Il sera certainement nécessaire d'effectuer une expertise rhumatologique.

7. La Dresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du Centre de chirurgie - main et esthétique de Lausanne, a expertisé l'assurée pour le compte de l'assureur-accidents. Dans son rapport du 30 avril 2010, l'experte relève qu'après l'ablation de l'épine, incision et drainage de l'articulation métacarpo-phalangienne de la main droite, le 5 mai 2008, l'assurée a été hospitalisée pendant cinq jours et a bénéficié d'une antibiothérapie intraveineuse. Par la suite, la patiente a semblé-t-il développé une algoneurodystrophie de la main droite qui a été traitée par physiothérapie, ergothérapie anti-inflammatoires per os et Miacalcic spray nasal. De surcroît, le 28 mai 2009, l'assurée a bénéficié d'une cure chirurgicale du syndrome du tunnel carpien gauche dont l'évolution postopératoire a été favorable. Les incapacités de travail émises par les HUG ont été les suivantes : incapacité de travail à 100% depuis le 5 mai 2008, 75% depuis le 1^{er} septembre 2008, 50% depuis le 23 octobre 2008, 25% depuis le 16 janvier 2009, 100% depuis le 29 mai 2009 et 75% depuis le 1^{er} octobre 2009. Selon l'experte, l'échographie de l'articulation du troisième rayon de la main droite effectuée le 1^{er} octobre 2008 conclut à l'absence d'épanchement significatif intra-articulaire ou d'hypertrophie synoviale ainsi qu'à l'absence d'érosion décelable au niveau des surfaces articulaires. Les radiographies de la main droite effectuées le 1^{er} octobre 2008 sont dans les normes. Les examens vont donc tous dans le sens d'une évolution locale favorable compte tenu de la gravité de la lésion. S'agissant du syndrome douloureux présenté par la patiente suite à cet accident, le traitement de Miacalcic qui lui a été prescrit parle effectivement pour une algoneurodystrophie secondaire dont il n'y a pas de trace dans le dossier. Il n'y a par ailleurs pas d'examen paraclinique qui a été effectué chez cette patiente. Par conséquent, l'évolution clinique de l'arthrite septique de la main droite au sens strict n'explique pas la longueur de l'évolution, sauf dans le cadre d'une complication par algoneurodystrophie secondaire, ce qui semble avoir été le cas. Actuellement, la patiente se plaint d'une sensation de membre supérieur droit lourd et globalement douloureux. Elle mentionne une difficulté à garder les bras levés en position moyenne longtemps, se plaint de douleurs chroniques de la troisième articulation métacarpo-phalangienne de la main droite. Les douleurs semblent être plus importantes le soir, elles irradient dans l'avant-bras et le bras et s'accompagnent en fin de journée d'une tuméfaction de la main ainsi que de changement de couleur aux alentours de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième rayon. A l'examen clinique de la main droite, l'experte a noté une très

discrète tuméfaction du dos de la main, une très légère diminution des plis dorsaux des zones articulaires, une hydratation cutanée correcte et une consistance normale. La palpation ciblée est diffusément douloureuse. Sur un plan strictement local, l'évolution est dans un sens satisfaisante, puisque la récupération fonctionnelle des articulations de la main est complète et que les bilans radiologiques ne mettent pas en évidence de destruction articulaire au niveau de la troisième articulation métacarpo-phalangienne ni d'altération de la trame osseuse au niveau de l'ensemble de la main. Malgré tout, la patiente présente un symptôme douloureux non seulement local mais touchant diffusément la main et tout le membre supérieur droit, ce syndrome douloureux représentant l'essentiel du problème actuel de l'assurée. Bien qu'une partie des douleurs exprimées puisse être attribuée aux suites évolutives de l'algoneurodystrophie, les signes cliniques restent pauvres et semblent insuffisants pour expliquer un tel syndrome douloureux. Cela étant, l'assurée a bénéficié en 2003 d'une intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite et elle présente actuellement une épaule douloureuse et limitée fonctionnellement qui contribue certainement à une part du syndrome douloureux. Par ailleurs, l'anamnèse et l'examen clinique sont évocateurs d'un TOS (*Thoracic Outlet Syndrome* - syndrome du défilé thoracique, code CIM 10 G54.0) qui peut lui aussi occasionner des brachialgies mal définies. L'experte a posé les diagnostics de status post-arthrite septique de la troisième articulation métacarpo-phalangienne de la main droite le 4 mai 2008 compliquée d'un syndrome algoneurodystrophique, et un syndrome douloureux du membre supérieur droit d'étiologie multifactorielle, à savoir un status post-algoneurodystrophie du membre supérieur droit, pathologie orthopédique de l'épaule droite et probable TOS. Selon l'experte, l'accident du 4 mai 2008, même s'il a été suivi d'une algoneurodystrophie du membre supérieur droit, n'explique pas à lui seul toutes les plaintes de la patiente, en particulier les douleurs de l'épaule qui sont vraisemblablement attribuables à une pathologie orthopédique et une part des brachialgies et de troubles mal définis qui peuvent être attribuables à un TOS. Selon l'experte, l'assurée devrait être réexaminée par un spécialiste en orthopédie pour évaluer la pathologie de son épaule droite. Par ailleurs, concernant le TOS, elle devrait être prise en charge en physiothérapie et suivre le programme de rééducation spécifique pour TOS. A l'heure actuelle, en tant que gouvernante, si l'on ne tient compte que de l'étiologie accidentelle, l'assurée devrait pouvoir reprendre progressivement son activité jusqu'à un taux de 100%.

8. Dans un rapport reçu à l'OAI le 26 février 2010, le Dr N _____, du Département de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a diagnostiqué une allodynie post-orthoséptique (??) de la main droite depuis mai 2008 et attesté que l'incapacité de travail actuelle est de 75%. Concernant la reprise éventuelle d'une activité lucrative, elle est à évaluer. S'agissant des limitations fonctionnelles, la patiente doit éviter le travail avec les bras au-dessus de la tête, de soulever et de porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage.

9. Dans un avis rédigé en date du 10 mai 2010, le SMR Suisse romande (ci-après SMR) a retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 5 mai 2008 et proposé de suivre les conclusions de l'expertise du Dr M _____ du 30 avril 2010. Il convenait de voir avec la réadaptation pour la reprise d'une activité. Enfin, dans l'activité de ménagère, la capacité de travail était entière.
10. Par décision du 25 mai 2010, l'OAI a informé l'assurée que le droit à la rente ne pouvait prendre naissance, dès lors que la demande avait été déposée le 21 janvier 2010 et que la rente pourrait être versée au plus tôt dès le 1^{er} juillet 2010. L'OAI a retenu que depuis le 5 mai 2008, l'assurée présentait une capacité de travail considérablement restreinte, mais que dès le 1^{er} mai 2010, la capacité de travail était de 100% en tant que gouvernante. Ce taux étant supérieur à son taux d'activité, il n'y avait pas de perte de gain dans l'activité professionnelle. En outre, selon le service médical, dans la part ménagère, il n'y avait pas de baisse de la capacité de travail. Par conséquent, le degré d'invalidité est de 0% n'ouvrant droit ni à des mesures professionnelles, ni à une rente d'invalidité.
11. L'assurée a interjeté recours en date du 28 mai 2010, contestant la capacité de travail retenue par l'intimé. Elle indique que depuis le 5 mai 2008, elle souffre des deux mains malgré un traitement chirurgical et un suivi régulier. Elle a joint un rapport médical établi en date du 23 juillet 2010 par les Drs O _____ et P _____, de l'Unité de Chirurgie de la Main, des HUG, aux termes duquel la patiente est suivie depuis le 5 mai 2008 pour une arthrite septique métacarpo-phalangienne D3 à droite. Actuellement, elle présente toujours un syndrome douloureux. Au status, les médecins ont constaté une persistance des douleurs neuropathiques, des sensations de brûlure, de piqûre pénétrante et une douleur du bras avec irradiation au niveau du coude ainsi que de l'épaule droite. La patiente est suivie en ergothérapie pour cette allodynie mécanique avec une évolution très lente, raison pour laquelle elle est en incapacité de travail de 50 % depuis le 23 avril 2010. Au vu de la symptomatologie, une incapacité de travail de 50 % est retenue dans son activité de gouvernante. La recourante conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente AI compensatoire.
12. Dans sa réponse du 14 octobre 2010, l'OAI déclare s'être fondé sur l'expertise médicale effectuée par les spécialistes du Centre de chirurgie de la main de Lausanne en avril 2010 qui revêt pleine valeur probante. L'évaluation à 50% de la capacité de travail retenue par les Drs P _____ et O _____ dans leur rapport daté du 23 juillet 2010 ne constitue qu'une appréciation différente qui ne saurait être relevante. Cela étant, même en ne tenant compte que d'une incapacité résiduelle de 50% dans l'activité habituelle, l'assurée ne travaillant qu'à un taux de 31%, il ne saurait en résulter une quelconque invalidité. S'agissant par ailleurs de l'épaule droite, le rapport de scintigraphie osseuse du 28 mai 2010 permet de constater que l'examen est dans les limites de la norme, avec absence d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie du membre supérieur droit. L'OAI rappelle

que la recourante doit se voir reconnaître un statut mixte, c'est-à-dire active à raison de 31% et ménagère pour les 69% restant. L'OAI admet n'avoir pas procédé à une enquête ménagère, estimant qu'une telle mesure d'instruction ne s'avère ni utile ni nécessaire dans le cas d'espèce, dès lors que la capacité de travail de la recourante est complète dans son activité habituelle d'aide-ménagère. L'OAI conclut au rejet du recours.

13. Lors de l'audience de comparution personnelle qui s'est tenue en date du 8 décembre 2010, la recourante expose que selon la Dresse P _____, l'incapacité de travail est de 50% dans sa profession actuelle. Elle a donc repris son activité à 50%, à savoir la moitié des heures qu'elle effectuait auparavant, étant donné que selon elle, le 50% préconisé par la Dresse P _____ est un 50% de son temps de travail effectif. L'assurée a indiqué qu'elle était toujours suivie aux HUG pour le problème de la main. L'assurance-accidents à quant à elle cessé de verser des indemnités journalières et n'a pas pris d'autre décision en l'état. L'OAI pour sa part indique avoir retenu une capacité de travail de 100% sur la base de l'expertise du mois d'avril 2010. Cela étant, même en tenant compte d'une capacité de travail de 50% par rapport à un plein temps, compte tenu du taux d'activité de la recourante, cela n'entraînerait aucune incapacité de travail invalidante.
14. Le 9 décembre 2010, le TCAS a interrogé les Drs O _____ et P _____, de l'Unité de chirurgie de la main des HUG, aux fins de savoir si l'incapacité de travail de 50% est à comprendre comme une limitation de 50% par rapport à une activité à 100%. Dans le cas contraire, les médecins étaient invités à préciser à quoi correspondait ce 50%, en termes de temps de travail.
15. Le Tribunal a par ailleurs sollicité de la VAUDOISE ASSURANCES l'envoi de la dernière page du rapport d'expertise de la Dresse M _____. Elle mentionne que le pronostic reste réservé.
16. Par courrier daté du 1^{er} février 2011, reçu par la Cour de céans le 10 février 2011, le Dr O _____, médecin adjoint aux HUG, indique qu'il s'agit bien d'une limitation de 50% par rapport à une activité de 100%.
17. Après avoir pris connaissance de ce document, la mandataire de la recourante a informé la Cour de céans par courrier du 25 février 2011 que sa mandante retirait son recours.
18. Ce courrier a été communiqué à l'OAI en date du 28 février 2011 avec mention que l'arrêt de la Cour suivra.
19. Par courrier daté du 24 février 2011, posté le 1^{er} mars 2011 et reçu le 2 mars 2011, le Dr O _____ a indiqué à la Cour, concernant la limitation de travail de la recourante, qu'il fallait comprendre que la limitation de 50% par rapport à une activité à 100 % devait se comprendre par rapport à son contrat de travail. Or, la

patiente travaillant 12 heures par semaine, elle ne peut, à l'heure actuelle, dépasser 6 heures de travail par semaine.

20. Par courrier daté du 2 mars 2011, l'OAI relève que le Dr O _____ venait confirmer son appréciation du dossier et a persisté dans ses conclusions.
21. Le 8 mars 2011, la recourante, suite au nouveau courrier des HUG, informe la Cour de céans que son courrier de retrait daté du 25 février 2011 est sans objet et qu'elle persistait dans ses conclusions dans le cadre de la présente procédure.
22. Quant à l'OAI, dans ses écritures du 16 mars 2011, il a maintenu intégralement sa position et pris bonne note du courrier de la recourante du 25 février par lequel elle déclarait retirer son recours.
23. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (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).

Dès 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 26 septembre 2010).

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 et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de

l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343).

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 28 juin 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 (4^{ème} et 5^{ème} révisions), les faits pertinents remontant à 2008. 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} et la 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).

En revanche, en ce qui concerne les règles de procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. A titre liminaire, il convient de relever que si la recourante avait dans un premier temps déclaré retirer son recours après avoir pris connaissance de la réponse du Dr O _____ du 1er février 2011, tel n'a plus été le cas à réception du dernier courrier des HUG daté du 24 février 2011, reçu par la Cour de céans le 2 mars 2011, dans la mesure où le Dr O _____ revenait sur ses précédentes explications. Par conséquent, la Cour de céans entrera en matière sur le présent recours.
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
6. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

L'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir

droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

c) La 5^{ème} révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente. En effet, selon l'art. 29 al. 1 LPGA, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Cette disposition s'applique si le cas d'assurance survient postérieurement au 1^{er} janvier 2008. Si le cas d'assurance se produit avant le 1^{er} janvier 2008, c'est l'ancien droit qui s'applique. L'article 29 al. 1 nLAI ne s'applique toutefois pas si le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 et a échu dans l'année 2008, ce pour autant que la demande de prestations a été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 au plus tard (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007 : La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 et art. 28a al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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 384 consid. 3.4, 128 V 30

consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

En vertu de l'art. 28a al. 3 LAI, teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 3 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. 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 pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références).

8. a) 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 261 consid. 4 et les références).

b) 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, 351 consid. 3). 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 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le TF a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Aussi, 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 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante a été victime d'une arthrite septique suite à une piqûre par épine de rose au dos de la 3^{ème} articulation métacarpo-phalangienne de la main droite, ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 5 mai 2008. L'évolution post opératoire à court terme a été défavorable et marquée par des complications, avec suspicion d'une algoneurodystrophie et installation d'un syndrome douloureux du membre supérieur droit. La recourante a été opérée en 2003 à l'épaule droite et présente une épaule douloureuse, limitée fonctionnellement. La Dresse M_____ a diagnostiqué encore un probable TOS. Enfin, le 28 mai 2009, la recourante a été opérée d'un

tunnel carpien à gauche. S'agissant des limitations fonctionnelles, la recourante doit éviter tout travail avec les bras au-dessus de la tête, de soulever et de porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage.

Concernant la capacité de travail, la Dresse M _____ indique qu'au moment de son expertise, elle devrait être progressivement de 100 % dans l'activité de gouvernante, en ne tenant compte que de l'étiologie accidentelle. Selon le Dr N _____, l'incapacité de travail est de 75 % (cf. rapport du 26 février 2010), de 50 % par rapport à un plein temps, voire un 50 % du taux d'activité effectif dans l'activité de gouvernante (cf. rapports contradictoires des Drs O _____ et P _____, des 23 juillet 2010, 1^{er} février 2011 et 24 février 2011).

Le SMR s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse M _____ pour conclure à une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de gouvernante, dès le 1^{er} mai 2010. Or, d'une part, la capacité de travail de 100 % n'est que progressive, d'autre part, l'évaluation de la capacité de travail faite par l'experte ne tient compte que de la problématique liée à l'accident, comme elle le dit expressément. Elle ne tient pas compte des autres atteintes présentées par la recourante, tel que l'épaule douloureuse pour laquelle l'avis d'un orthopédiste est indispensable et le probable TOS, qui contribuent certainement au syndrome douloureux. Enfin, le pronostic reste réservé. L'intimé ne pouvait par conséquent pas se fonder sur la seule appréciation faite par la Dresse M _____, qui n'est pertinente que pour l'assureur-accidents.

Pour le surplus, les avis médicaux concernant la capacité de travail de la recourante sont contradictoires et une appréciation fondée sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante fait défaut. Il convient en particulier d'investiguer le problème de l'épaule et le TOS, afin de déterminer quelles sont les conséquences de l'ensemble des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante. Enfin, si l'atteinte à la santé implique des limitations fonctionnelles, une enquête ménagère s'avère indispensable, dans la mesure où la part d'activité ménagère représente 69 %.

Il s'ensuit qu'en l'état actuel du dossier, la Cour de céans n'est pas à même de se prononcer de manière définitive sur la capacité de travail dès le 1^{er} mai 2010. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire, le cas échéant d'une enquête ménagère, et nouvelle décision.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.
11. La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'800 fr. (art. 89H al. 3 LPA).

12. L'émolument, arrêté à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al.1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 25 mai 2010.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 1'700 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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