RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3599/2006 **ATAS/254/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 7 mars 2007

En la cause

Madame V_____, représentée par CAP Protection juridique, Mme Valérie RUFFIEUX	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Mme V_____, née en 1968, est mère de deux filles, nées en 1985 et décembre 2001. Elle a travaillé dès 1998 en tant que serveuse. De 1999 au 31 octobre 2000, elle était employée au Bar X_____ à mi-temps (20 heures par semaine), en dernier lieu pour un revenu brut de 2'000 fr. par mois. Elle a bénéficié d'indemnités de chômage du 1er novembre 2000 au 31 octobre 2002.

2. Une scanographie lombaire pratiquée le 12 mars 2002 a révélé une discopathie modérée en L4-L5 et une discopathie débutante en L5-S1 ainsi qu'une protrusion-hernie discale postéro-médiane en L4-L5, compressive sur le fourreau dural.

3. En raison de bronchites à répétition, l'assurée a subi, le 23 juillet 2002, une radiographie du thorax qui a montré un remaniement parenchymateux pulmonaire diffus et bilatéral évoquant une fibrose.

4. Un scanner thoracique et un parenchyme pulmonaire pratiqués le 8 août 2002 ont révélé des infiltrats mixtes lobaires associés à des adénopathies hilaires bilatérales. Le radiologue a estimé que le diagnostic le plus vraisemblable était celui de tuberculose pulmonaire. Il a également posé un diagnostic différentiel de sarcoïdose. lequel lui paraissait toutefois moins vraisemblable.

5. Dans un rapport médical du 14 août 2002, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et maladies des poumons, a estimé que le scanner montrait des infiltrats bilatéraux fortement évocateurs d'une atteinte tuberculeuse probablement ancienne avec des petits infiltrats pouvant signer une maladie active. Il a instauré un traitement à base de quadrithérapie pendant deux mois, puis de bithérapie pendant quatre mois supplémentaires.

6. Le 17 janvier 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi tant d'un reclassement dans une nouvelle profession que de mesures médicales spéciales de réadaptation.

7. Dans un rapport médical du 3 mars 2003, le Dr B_____, rhumatologue, a diagnostiqué d'une part, avec répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses à prédominance lombaire consécutives aux troubles statiques, des discopathies L4-L5 et L5-S1, une protrusion-hernie discale postéro-médiane en L4-L5 compressive sur le fourreau dural, un état dépressivo-anxieux chronique, une sarcoïdose probable, et d'autre part, sans répercussion sur la capacité travail, des épigastralgies sur gastrite chronique. L'état de santé était stationnaire et des mesures professionnelles étaient indiquées. Il suivait la patiente depuis mars 2002. Elle souffrait depuis 1999 de douleurs rachidiennes à prédominance lombaire avec irradiation intermittente dans les membres inférieurs. Des radiographies du rachis datant de mars 2002 avaient mis en évidence des troubles statiques sous la forme d'une

scoliose dorsale modérée à convexité droite. La patiente avait été prise en charge à partir de mars 2002 par la Dresse C_____, psychiatre, qui avait diagnostiqué un état dépressif consécutif à un épuisement post-partum et avait instauré un traitement à base d'antidépresseurs. Depuis début février 2003, elle était suivie par le Dr D_____ en raison d'un état dépressivo-anxieux toujours présent. Elle souffrait également d'une anémie qui s'était progressivement corrigée. L'état de fatigue consécutive, associé à une toux et à une dyspnée d'effort, persistait cependant. La patiente s'estimait capable d'effectuer un travail léger à 50 % et ne pouvait pas reprendre son ancien métier en raison de ses problèmes de dos. Son incapacité de travail en tant que serveuse était de 100 % depuis le 16 avril 2002 et on pouvait exiger d'elle qu'elle exerçât une autre activité telle qu'un travail léger en position assise avec un fréquent changement de position dans une mesure de 50 %, après un stage d'observation professionnelle. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, le Dr B_____ a précisé que l'assurée, d'une part, pouvait être en position assise/debout et maintenir la même position du corps durant quatre heures par jour, d'autre part, ne pouvait pas s'agenouiller, incliner le buste, s'accroupir, parcourir à pied plus d'un kilomètre, lever, porter ou déplacer des charges supérieures à trois ou quatre kilos, se baisser, effectuer des mouvements du dos, suivre un horaire de travail irrégulier/de nuit/matin, travailler en hauteur ou sur une échelle, se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente, enfin qu'elle devait éviter le bruit et les poussières.

8. Dans un rapport médical du 24 octobre 2003, le Dr A_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une sarcoïdose avec atteinte pulmonaire et symptômes généraux, un état dépressif, des antécédents de hernie discale avec sciatique, des antécédents de gastrite à helicobacter pylori et d'anémie hypochrome. Il a estimé que l'état de santé était stationnaire et que des mesures professionnelles étaient indiquées. Puisqu' il n'y avait eu aucune amélioration après deux mois de traitement antituberculeux, il avait diagnostiqué une sarcoïdose, sans toutefois avoir de preuve histologique. La symptomatologie pulmonaire était peu importante. La fatigue restait au premier plan et pouvait être partiellement liée à la sarcoïdose. Toutefois, l'évolution semblait plutôt favorable. L'activité exercée jusqu'ici de serveuse n'était plus exigible et il y avait une diminution de rendement en raison d'une fatigabilité importante. Il a considéré qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité sous réserve d'une amélioration de l'état dépressif, à savoir une activité à 50 %, sédentaire, dans un environnement sans irritant respiratoire.

9. Du 9 au 26 février 2004, l'assurée a séjourné à la clinique genevoise de Montana pour éloignement du contexte et soutien psychologique. Dans le rapport de sortie, la Dresse E_____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation (F 33.11) et des comorbidités de trouble de la personnalité mixte [évitante et dépendante (F 60.9)], un syndrome lombo-vertébral (M 54.5), du tabagisme chronique (F 17.24) et un statut post-tuberculose pulmonaire en 2002. L'éloignement de Genève et le soutien médi-

co-infirmier de la clinique avaient permis une rapide amélioration de la symptomatologie dépressive. Le traitement relatif au syndrome lombo-vertébral avait apporté une bonne diminution des douleurs et des tensions.

10. Dans un rapport médical du 11 juin 2004, le Dr D_____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué d'une part, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) depuis 2001, des problèmes somatiques (rhumatologiques) depuis 1999, d'autre part, sans répercussion sur la capacité travail, des traits de personnalité dépendante et évitante (F 61.0). Il a attesté une incapacité de travail dans l'activité de serveuse de 100 % du 23 janvier 2003 au 30 avril 2004 et de 50 % dès le 1er mai 2004. L'état de santé était stationnaire, la capacité travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées. La patiente avait eu une enfance difficile au Kosovo avec une mère soumise, un père alcoolique ainsi que violent et n'arrivait pas à faire face à sa nouvelle situation familiale (arrivée à Genève en 1996, mariage, naissance d'une deuxième fille en décembre 2001, séparation, nouvelle relation sentimentale, arrivée de sa première fille à Genève au début janvier 2003, enfin, arrivée de son frère avec sa famille en 2000). Dans ce contexte assez agité, son état psychique s'était aggravé au début de 2004 sur le terrain de douleurs chroniques ainsi que rhumatologiques et sous traitement psychothérapeutique, ce qui avait motivé une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana. A part des douleurs au dos et aux membres inférieurs, la patiente se plaignait surtout d'insomnie, de cauchemar, de fatigabilité diurne, de troubles de la mémoire et de la concentration, enfin d'une tendance à se dissiper. Il a constaté une humeur subdépressive, une faible estime de soi, de l'optimisme pour un avenir socioprofessionnel positif, enfin, des meilleures capacités d'introspection et d'intégration psycho-cognitive. La patiente pouvait reprendre une activité professionnelle à 50 %, mais le pronostic était réservé pour une plus grande capacité de travail à cause de sa fragilité psychique et des problèmes somatiques. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée présentait actuellement un trouble psychique sous forme d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) depuis 2001 et un trouble de la personnalité sous forme de traits de personnalité évitante et dépendante. Il a ajouté que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection actuelle et que les troubles psychiques de l'assurée étaient réactionnaires à des événements de vie adverse tels qu'une enfance difficile et surtout sa grossesse ainsi que son accouchement difficiles qui influençaient légèrement à moyennement l'affection actuelle.

11. Dans un rapport médical du 24 juin 2004, le Dr B_____ a indiqué que l'affection rachidienne ainsi que l'affection psychiatrique entraînaient une incapacité de travail de 100 % et que l'évolution continuait à être défavorable sur le plan rhumatologique. L'état de santé était stationnaire. Il a noté une amélioration discrète de la sarcoïdose et a précisé que, sur le plan somatique, la patiente était capable d'accom-

plir un travail léger à 50 %. Dans le poste de serveuse, l'incapacité de travail était totale et définitive en raison de douleurs rachidiennes s'exacerbant à l'effort lors de mouvements du tronc, mais la patiente serait capable d'exercer n'importe quel travail léger sans port de charges et mouvements fréquents du tronc.

12. Le 1er octobre 2004, l'Office cantonal de l'emploi a indiqué que l'assurée avait perçu des indemnités de chômage du 1er novembre 2000 au 31 octobre 2002.

13. Dans un avis médical du 15 mars 2005, le Dr F_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que l'atteinte ostéoarticulaire limitait vraisemblablement l'activité comme serveuse, mais devait permettre un taux d'activité supérieure à 50 % dans une activité adaptée. L'atteinte pulmonaire n'entraînait aucune limitation fonctionnelle et n'était, de ce fait, pas invalidante. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne correspondait pas au statut psychiatrique décrit dans le rapport du Dr D_____ (humeur subdépressive) et l'invalidité psychique restait donc à démontrer. Afin de clarifier l'exigibilité médico-théorique, il a requis un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR.

14. Le 15 novembre 2005, l'assurée a été examinée par les Drs G_____, rhumatologue, et H_____, psychiatre, auxquels elle a déclaré que les douleurs dorsales basses s'étaient développées vers les années 90 lorsqu'elle faisait la lessive et qu'en avril 1999, elle avait présenté pour la première fois des douleurs lombaires, suite à un long blocage lombaire apparu sans facteur déclenchant net, avec des douleurs de la face externe du membre inférieur droit jusqu'au gros orteil. Par la suite, les douleurs lombaires avaient persisté et étaient accompagnées, lors de la grossesse, de douleurs à la face antérieure de la cuisse droite. Dans leur examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 18 janvier 2006, les médecins du SMR ont posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de dorso-lombocruralgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et, sans répercussion sur la capacité de travail, de probable sarcoïdose pulmonaire, de gastrite anamnestique, de troubles dépressifs et récurrents actuellement en rémission (F 30.4), enfin, de traits de personnalité anxieuse et dépendante (F 60.6 et F 60). Ils ont conclu, d'une part, à une incapacité de travail de 50 % à partir du 16 avril 2002 dans l'activité de serveuse devant lever des caisses de bouteilles et faire la vaisselle, d'autre part, à une capacité de travail complète dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, à savoir : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, absence de soulèvement régulier de charge d'un poids excédant cinq kilos, absence de port régulier de charge d'un poids excédant douze kilos, absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Ils ont relevé qu'il existait des postes de travail de serveuse tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées et que la probable sarcoïdose s'accompagnait de fonctions pulmonaires qui étaient encore dans les limites de la norme de sorte que cette pathologie ne pouvait pas être considérée comme invalidante.

15. Par décision du 6 avril 2006, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) a rejeté la demande de mesures professionnelles étant donné que l'activité habituelle de serveuse était compatible avec les limitations fonctionnelles.

16. Le 18 mai 2006, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a contesté l'appréciation faite par les médecins du SMR quant à sa capacité résiduelle de travail. Elle a également reproché à l'OCAI de ne pas avoir statué sur le droit à une rente d'invalidité et de ne pas avoir procédé à une enquête ménagère dès lors que, sans ses problèmes de santé, elle travaillerait à 50 % en qualité de serveuse et à 50 % en qualité de femme au foyer.

17. Dans son complément d'opposition du 3 juillet 2006, l'assurée a conclu également à la mise sur pied d'un stage d'observation professionnelle. À l'appui de son opposition, elle a produit les prises de position des Drs D_____ et B_____ sur le rapport des médecins du SMR.

18. Dans son rapport médical du 23 juin 2006, le psychiatre précité a estimé que la dépression n'était pas complètement en rémission dès lors que le statut psychiatrique mentionnait certains symptômes de la lignée dépressive comme une diminution d'estime de soi, une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. De plus il a relevé que l'état d'humeur n'était pas mentionné alors que l'entretien psychiatrique parlait en faveur d'une anhédonie et en tout cas d'un léger abaissement de l'humeur. Par ailleurs, à la lumière des derniers événements de vie (nouvelle grossesse au début novembre 2005), il devenait évident que les traits de la personnalité retenus tant par lui-même que par les médecins du SMR étaient un véritable trouble de la personnalité. Quant à la capacité résiduelle de travail de 100 %, cette évaluation était trop optimiste et théorique dès lors qu'elle ne tenait pas assez compte des antécédents psychiatriques personnels et familiaux. En exigeant une occupation professionnelle à 100 %, on courait le risque d'épuiser rapidement les ressources psychiques déjà affaiblies de la patiente et de retomber à l'incapacité de travail totale.

19. Quant au rhumatologue, dans son rapport médical du 27 juin 2006, il a contesté qu'il existât des activités de serveuse permettant de tenir compte des limitations fonctionnelles de la patiente concernant son rachis lombaire. Il a exposé qu'il partageait entièrement l'avis du psychiatre quant à une reprise d'activité professionnelle à 100 % et qu'il estimait que la décision de l'OCAI avait été prise sans qu'on soit sûr et certain de ses capacités de travail résiduelles réelles, raison pour laquelle il maintenait sa proposition de stage d'observation professionnelle. De plus, il a ajouté que, concernant les activités de la vie quotidienne, il était certain que la patiente n'était pas capable d'effectuer tous les travaux d'une ménagère puisqu'elle devait éviter la forte sollicitation de sa colonne lombaire et les efforts physiques intenses.

20. Par décision sur opposition du 4 septembre 2006, l'OCAI a rejeté celle-ci. Il a considéré que le rapport des médecins du SMR revêtait une pleine valeur probante. Quant aux rapports des médecins-traitant produits en procédure d'opposition, leurs avis n'étaient pas contraires aux considérations retenues par le SMR relatives aux limitations fonctionnelles et ils ne faisaient pas état de diagnostic nouveau inconnu jusqu'ici. Il a relevé que l'assurée avait un statut mixte (50 % active-50 % ménagère) et que l'évaluation de l'empêchement dans la sphère lucrative, basée sur la comparaison des revenus statistiques dans une activité adaptée à 100 % après abattement de 10 %, aboutissait à une perte de gain de 10 %, alors que l'évaluation de l'empêchement dans la sphère ménagère était en tout cas inférieure à 10 % ce qui, au total, permettait de retenir un taux d'invalidité global de 5 %. Sur ce dernier point, il a expliqué qu'une enquête économique ménagère était exceptionnellement superflue au vu des limitations fonctionnelles retenues par les médecins.

21. Par acte du 4 octobre 2006, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition auprès du Tribunal de céans. Elle conclut, préalablement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire (mise sur pied d'une enquête ménagère et investigation de la sarcoïdose) et, principalement, à la reconnaissance de son droit à des prestations d'invalidité. Elle précise qu'elle admet les constatations médicales figurant dans le rapport du SMR ainsi que les limitations fonctionnelles retenues mais qu'elle le considère comme incomplet en tant qu'il n'a pas pris en compte la sarcoïdose. Enfin, elle n'accepte pas les conclusions relatives à sa capacité de travail compte tenu de ses limitations. Elle conteste qu'une serveuse puisse exercer son activité professionnelle en alternant les positions assis et debout, en évitant le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ainsi que le port de charges. Sa capacité de travail est nulle en qualité de serveuse et fortement limitée dans l'accomplissement de ses travaux habituels en raison de la sollicitation de sa colonne lombaire et des efforts physiques nécessités, en particulier, par les travaux de nettoyage ainsi que de repassage.

22. Dans sa réponse du 20 octobre 2006, l'intimé conclut au rejet de l'ensemble des conclusions formées par la recourante. Il relève que le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire était mentionné par les médecins du SMR et considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail. De plus, la recourante n'est plus suivie par un spécialiste pour cette affection. Enfin, concernant l'opportunité d'une enquête ménagère, il estime que celle-ci est superflue dès lors que ses résultats ne permettraient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de modifier le droit de la recourante aux prestations de l'assurance invalidité.

23. Dans sa réplique du 15 novembre 2006, la recourante persiste intégralement dans ses conclusions. Elle soutient que, même si elle ne suivait plus de traitement pour la sarcoïdose pulmonaire depuis 2003, cette pathologie rend impossible la reprise d'un travail dans un milieu enfumé ou poussiéreux et engendrait une fatigabilité accrue. En outre, elle requiert une investigation complémentaire portant sur sa sarcoïdose

puisque les médecins du SMR n'ont pratiqué aucun examen pulmonaire. Elle allègue qu'au regard des rapports du médecin-traitant, du Dr B_____ et des médecins du SMR, l'intimé ne pouvait pas renoncer à mettre sur pied une enquête ménagère en appréciant de façon anticipée son empêchement dans ce domaine à moins de 10%.

24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de mon juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. Selon l'art. 60 al. 1 de la loi fédérale sur partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition a été reçue par la recourante le 5 septembre 2006 et que le délai de recours ne commence à courir que le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA), le recours du 4 octobre 2006 a été formé en temps utile. Il respecte également la forme prévue par la loi, de sorte qu'il doit être déclaré recevable.

4. Le litige porte sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante ainsi que sur le calcul du 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). 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (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 non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

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, 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 affinités et des talents personnels. 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 faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

7. Dans son opposition du 18 mai 2005, la recourante a précisé que, sans ses problèmes de santé, elle aurait travaillé à 50 % en tant que serveuse et à 50 % en tant que femme au foyer. Elle n'a pas non plus contesté l'application de la méthode mixte par l'intimé. Par ailleurs, avant le début de son incapacité de travail, elle travaillait à 50 % en tant que serveuse et s'occupait pour l'autre 50 % de l'éducation de sa fille, ainsi que de la tenue de son ménage. Néanmoins, il paraît peu vraisemblable qu'elle aurait travaillé à temps partiel, si elle s'estimait en bonne santé, dans la mesure où elle est divorcée, élève seule sa fille, née en 2001, et a pour seule ressource finan-

cière une contribution d'entretien de la part de son ex-mari de 200 fr. par mois. Dans ces circonstances, il appert que la recourante serait obligée de travailler à 100 %, si son état de santé le permettait, le salaire provenant d'une activité lucrative à 50 % dans son domaine d'activité étant insuffisant pour subvenir à l'entretien de sa famille, sans avoir recours à l'aide social. Il est à cet égard à rappeler que la recourante réalisait en dernier lieu un revenu de seulement 2'000 fr. en tant serveuse à mi-temps. En conséquence, le Tribunal de céans considère que la recourante, sans atteinte à la santé, aurait selon toute vraisemblance exercé une activité lucrative à 100 %. Il convient ainsi d'évaluer sa capacité de travail sur la base du statut d' une assurée active, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé.

8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6) qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

9. a) 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).

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

c) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 351 consid. 3a).

d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances 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 soient 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. Etant 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 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. La recourante conteste la valeur probante du rapport du SMR du 18 janvier 2006, le jugeant incomplet au sujet de la sarcoïdose, et met en cause l'appréciation selon laquelle elle présente une capacité résiduelle de travail entière alors qu'elle l'estime à 50 %. En revanche, la recourante ne critique pas les constatations médicales et les limitations retenues par les médecins du SMR. De plus, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une enquête ménagère. Quant à l'intimé, il soutient que ledit rapport du SMR a pleine valeur probante puisqu'il discute de la sarcoïdose et que les experts ont considéré que cette problématique était sans répercussion sur la capacité de travail. Sur la base de ce rapport, il estime que la capacité de travail de la recourante est de 100 % dans l'activité habituelle de serveuse de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité. Au sujet de l'enquête ménagère, il considère qu'on peut exceptionnellement y renoncer par appréciation anticipée des preuves.

    Dans leur rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 18 janvier 2006, les Drs G_____ et H_____ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, uniquement des dorso-lombocruralgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et, sans répercussion sur la capacité de travail, une probable sarcoïdose pulmonaire, une gastrite anamnestique, des troubles dépressifs et récurrents actuellement en rémission (F 30.4), enfin, des traits de personnalité anxieuse et dépendante (F 60. 6 et F 60). Ils ont précisé que la recourante se plaignait de dorsalgies basses, d'une augmentation des douleurs lombaires en position assise et debout immobile, d'une limitation à une heure du maintien de la position debout et à 30 minutes pour la position assise, de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes deux fois par nuit, d'une limitation du périmètre de marche à 30-45 minutes. Lors de son examen, le Dr G_____ a constaté que l'accroupissement était légèrement limité en raison de lombalgies, que la marche sur la pointe du pied et sur le talon était possible, qu'une hypoesthésie algotactile était présente au gros orteil droit, qu'il existait une déviation scoliotique dorsale droite, des douleurs à la palpation des apophyses épineuses de D6 à D10 et de L3 au sacrum ainsi que des masses musculaires et fessières droites, enfin, que la rétroflexion du tronc à 15° entraînait des douleurs de la charnière dorso-lombaire, alors que la latéroflexion du tronc à 20° provoquait des douleurs à la fesse droite. Quant au statut psychiatrique, le Dr H_____ n'a pas mis en évidence de troubles de la pensée, d'idées délirantes, d'hallucination auditive, de troubles de l'orientation temporo-spatiale, de troubles de la concentration, mais il a constaté un sentiment de tension et d'appréhension ainsi que la présence d'idées de mort sans idée suicidaire. Lors de leur examen, les médecins du SMR ont également constaté que la patiente pouvait rester assise consécutivement durant 1 heure 45. De plus, ils ont expliqué qu'au statut, ils avaient noté des troubles statiques du rachis, que la mobilité lombaire était un peu diminuée, enfin, que les douleurs étaient localisées au niveau de la colonne dorsale moyenne et de la partie inférieure de la colonne lombaire ainsi que de la région sacrée. Le statut clinique et les examens radiologiques étaient concordants. La probable sarcoïdose s'accompagnait de fonctions pulmonaires qui

étaient encore dans les limites de la norme de sorte que cette pathologie ne pouvait pas être considérée comme invalidante. Ils ont conclu, d'une part, à une incapacité de travail de 50 % à partir du 16 avril 2002 dans l'activité de serveuse devant lever des caisses de bouteilles et faire la vaisselle, d'autre part, à une capacité de travail complète dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles

Le rapport des Drs G_____ et H_____ repose sur une étude du dossier médical et radiologique. Il se fonde tant sur un examen clinique complet que sur une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, ainsi que générale et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes.

La recourante prétend que ce rapport médical est incomplet en tant que les experts n'ont effectué aucun examen pulmonaire. Or, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En conséquence, le fait que les experts n'aient pas procédé à un examen pulmonaire ne diminue pas obligatoirement la valeur probante d'une expertise médicale. En l'espèce, dans leur expertise du 18 janvier 2006, les Drs G_____ et H_____ ont, sur cette question, statué sur la base des divers rapports médicaux du Dr A_____ figurant au dossier de l'assurée qui, eux, se fondent sur un examen personnel de la recourante de sorte que leur expertise a pleine valeur probante. Au surplus, dans son rapport du 24 octobre 2003, le pneumologue n'explique pas en quoi et dans quelle mesure la sarcoïdose justifie une incapacité de travail dans une activité adaptée. Il se borne à relever que la symptomatologie pulmonaire est peu importante, que l'évolution semble plutôt favorable et que la fatigue, qui pourrait être partiellement liée à la sarcoïdose, reste au premier plan. Puis, dans un rapport du 28 octobre 2003, il note, à l'examen, un stridor respiratoire, une auscultation pulmonaire normale et une saturation en oxygène à 87 %. Il précise que la radiographie de contrôle est légèrement améliorée avec une petite diminution des infiltrats et que les fonctions pulmonaires sont stables. Les tests respiratoires confirment également des volumes et une spirométrie dans les limites de la norme. Il conclut à une amélioration discrète de la sarcoïdose. Dans son rapport du 24 juin 2004, le Dr B_____ note une certaine amélioration de l'affection pulmonaire. En définitive, il ressort de ces divers rapports médicaux, antérieurs à l'expertise du SMR, que l'affection pulmonaire a connu une certaine amélioration et que les test respiratoires sont dans les limites de la norme de sorte que l'éventuelle incapacité de travail dans l'activité de serveuse ne peut être que minime. Par ailleurs, le Dr A_____ retient une incidence possible de cette affection sur la fatigue, ce qui ne saurait suffire au regard du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante exigé en la matière (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les ré-

férences; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Par la suite, manifestement en raison de l'amélioration de la sarcoïdose, la recourante a arrêté de consulter son pneumologue et, lors des examens du 15 novembre 2005 dans le cadre de l'expertise du SMR, le Dr G_____ a constaté que cette pathologie ne pouvait pas être considérée comme invalidante. L'appréciation des experts est convaincante au regard de l'évolution favorable de cette affection depuis octobre 2003 il n'appert pas pourquoi cette légère sarcoïdose aurait une incidence sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, à savoir exercée dans un milieu sans poussières et fumée. Enfin, la recourante ne prétend pas que cette affection aurait été aggravée dans l'intervalle et aucun rapport médical n'établit une telle hypothèse. En conséquence, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire sur cette question.

La recourante critique également les médecins du SMR en ce qu'ils ont considéré qu'il existait des postes de travail de serveuse tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées, à savoir nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, absence de soulèvement régulier de charge d'un poids excédant cinq kilos, absence de port régulier de charge d'un poids excédant douze kilos, absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Sur ce point, il convient de donner raison à la recourante, car il est difficilement envisageable que, dans la profession de serveuse, une employée puisse s'asseoir pendant les heures de pointe du service. Toutefois, même si on ne saurait suivre l'appréciation des experts à ce sujet, cela n'enlève pas pour autant une pleine valeur probante à leur rapport d'expertise dans la mesure où il existe bon nombre d'autres activités adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante.

Il s'ensuit que le rapport d'expertise remplit en principe toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

11. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions des médecins du SMR.

Dans son rapport du 23 juin 2006, le Dr D_____ estime que la dépression n'est pas complètement en rémission, que la recourante souffre de troubles de la personnalité et non pas de traits de la personnalité, enfin, qu'en exigeant une occupation professionnelle à 100 %, il existe un risque d'épuiser rapidement ses ressources physiques déjà affaiblies et de retomber à l'incapacité de travail totale. Dans son rapport du 27 juin 2006, le Dr B_____ mentionne également le grand risque qu'une reprise d'activité professionnelle à 100 % entraînât un épuisement et une nouvelle décompensation psychophysique.

L'hypothèse d'une possible aggravation future de l'état de santé de la recourante, si elle devait travailler à 100 %, n'est cependant pas pertinente, car il s'agit d'un élé-

ment hypothétique futur qui ne peut pas être pris en considération pour évaluer la capacité de travail résiduelle actuelle de la recourante. En effet, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, d'une part, sur les faits existants au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), d'autre part, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

12. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

    Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, qui équivaut normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 129 V 222 consid. 4; ATFA non publié du 10 décembre 2001, I 320/01, consid 2b). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (ATFA non publié du 23 mai 2000, U 243/99, consid. 2b) ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que

personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (ATFA non publié du 4 septembre 2002, I 774/01) ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié du 14 juillet 2006, I 201/06, consid. 5.2.3).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

13. En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en l'espèce en 2003 puisque l'incapacité de travail est attestée depuis 2002 et que la demande de prestations date du 17 janvier 2003.

    La recourante a exercé son activité de serveuse au Bar X_____ jusqu'au 30 octobre 2000, puis elle a bénéficié d'indemnités de chômage, du 1er novembre 2000 au 31 octobre 2002. Dans ces circonstances, il sied de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb), en particulier, au salaire moyen auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2003 puisque ces secteurs recouvrent un large éventail d'activités ainsi qu'un nombre significatif d'activités légères ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières et donc adaptées au handicap de la recourante (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV no 24 p. 76 consid. 3; ATFA non

publiés du 16 juillet 2004, I 719/03, consid. 4.2 et du 10 avril 2006, U 12/05, consid. 5).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publié du 15 avril 2003, I 1/03, consid. 5.2).

En l'occurrence, il se justifie de procéder à un abattement de 10 % sur le revenu d'invalide pour tenir compte des handicaps de la recourante (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Etant donné qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, il s'ensuit que le taux d'invalidité doit être fixé à 10 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

14. Au demeurant, même en calculant la rente selon un statut mixte, le résultat serait identique, au vu de ce qui suit.

a) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28 al. 2 ter LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA). 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. 16 LPGA); 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, 104 V 136 consid. 2a).

b) De même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Dans le cadre de la méthode mixte, il y a

lieu de se fonder, par analogie à l'évaluation du degré d'invalidité, sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux secteurs d'activités (ATF 130 V 97).

Selon les critères posés par le supplément 1 à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, spécialement ch. 3095), dans sa teneur en vigueur en 2003, la tenue du foyer familial recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATFA non publié du 17 janvier 2006, I 735/04, consid. 6.4).

Les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage étant tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant précisément à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222); elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié du 14 janvier 2005, I 308/04 et I 309/04, et ATFA non publié du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

Dans le cas d'une assurée qui, d'une part, exerçait une activité de nettoyeuse à 50 % et de ménagère à 50 %, d'autre part, souffrait de limitations fonctionnelles telles qu'absence de station debout prolongée et port de lourdes charges en relation avec un syndrome douloureux somatoforme persistant et des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé l'exactitude du résultat de l'enquête ménagère concluant à des empêchements de 10 % dans l'activité ménagère (ATFA non publié du 17 janvier 2006, I 735/04).

Dans un autre cas concernant une assurée qui, d'une part, exerçait à 50 % une activité de femme de ménage et pour l'autre 50 % de ménagère, d'autre part souffrait de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne vertébrale lombaire, suspicion de fibromyalgie, état anxio-dépressif, douleurs bilatérales aux mains et aux poignets sur rhizarthrose bilatérale ainsi que de gonalgies chroniques sur gonarthrose, le médecin a admis une capacité fonctionnelle en position assise (3-4 heures/jour) et debout (2-3 heures/jour), avec alternance des positions assis/debout et alternance assis/debout/marche, les positions à genoux ou accroupie étant toutefois contre-indiquées. Il a nié toute capacité dans les domaines suivants : parcours à pied, utilisation des 2 bras - mains complète (limitations dues à la rhizarthrose bilatérale), lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, horaire de travail irrégulier/de nuit/matin, travail en hauteur/sur une échelle, déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Dans ce cas de limitations fonctionnelles bien plus importantes que celles présentées par la recourante, le Tribunal fédéral des assurances a admis que l'incapacité dans le ménage était de 30 % (ATFA non publié du 17 mars 2005, I 257/04).

15. En l'occurrence, selon le rapport d'examen du SMR, la recourante prépare les repas, éventuellement avec l'aide de sa fille ainée, habille sa fille cadette, fait les lits, range la vaisselle, promène sa fille ou, en cas de douleurs, la fait promener par sa fille aînée. La recourant déclare ne pas pouvoir laver la vaisselle, aspirer et repasser, tâches qui sont effectuées par la fille aînée. Dans son rapport du 27 juin 2006, le Dr B_____ estime que la recourante est incapable d'exécuter tous les travaux de nettoyage de son appartement ainsi que le repassage. Cependant, selon l'évaluation du SMR, les limitations fonctionnelles de la recourante sont compatibles avec une activité lucrative légère, même celle de serveuse, pour autant qu'elle ne doive pas porter de lourdes charges.

Les limitations retenues par le SMR et non contestées par les médecins traitants, à savoir la nécessité d'alterner les positions, l'évitement des positions de porte-à-faux et port de lourdes charges, paraissent, de l'avis du Tribunal de céans, tout à fait compatibles avec l'accomplissement du ménage, dès lors que la tenue d'un ménage permet d'organiser les tâches et de fractionner le travail pour tenir compte des handicaps, sans l'exigence d'un rendement comme dans le monde du travail. De surcroît, la recourante est assistée dans le ménage par sa fille aînée, dont l'aide peut être attendue, en vertu de l'obligation de diminuer le dommage. Au vu de ces faits

et de la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral des assurances dans des cas similaires, voire plus graves, il y a lieu de retenir que, avec un degré de vraisemblance prépondérant, les empêchements dans le ménage s'élèvent au maximum à 30 %.

Cela étant, le taux d'invalidité globale doit être fixé à 20 % [(30 % x 0.5) + (10 % x 0.5) = 20 %], soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, il ne paraît ainsi pas nécessaire de compléter l'instruction par une enquête économique sur le ménage, dans l'hypothèse d'un statut mixte de l'assurée.

16. La recourante n'étant en principe plus capable de travailler dans la précédente activité de serveuse, il y a lieu d'examiner si elle pourrait bénéficier de mesures de reclassement professionnel. En effet, selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit à de telles mesures, si son invalidité les rend nécessaires et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). Cependant, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). La recourante ne subissant qu'une perte de gain de 10 %, elle ne peut non plus prétendre à cette prestation.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

18. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumis à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. La recourante étant déboutée, elle sera par conséquent condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Condamne la recourante à un émolument de 200 fr.

4. 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.

Le greffier — La présidente

Claire CHAVANNES — Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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