

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4120/2010

ATAS/30/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 janvier 2013

3<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-  
DORET

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1956, d'origine italienne, vivant en Suisse depuis 1969, mère de deux enfants nés en 1980 et 1982, a travaillé en qualité de vendeuse de 1993 au 11 septembre 2006, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail (pièces 1 et 7 intimé).
2. Le 2 juillet 2007, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) en invoquant une hernie discale présente depuis septembre 2006 et de fortes douleurs dorsales (pièce 7 intimé).
3. Dans un rapport du 10 juillet 2007, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu le diagnostic de syndrome radiculaire L5-S1 gauche, existant depuis le mois de septembre 2006. Le médecin a conclu à l'incapacité totale de l'assurée à exercer son activité habituelle depuis le 9 septembre 2006. Il a en revanche admis, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007, une capacité de 50 à 60% dans une activité adaptée, c'est-à-dire s'exerçant en position assise et permettant d'éviter les fréquents changements de positions, comme celle de caissière, par exemple. A son rapport, le médecin a joint :
  - un compte-rendu opératoire du 30 janvier 2007 établi par le Dr B\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), attestant que l'assurée avait subi une discotomie par voie interlaminaire en raison d'une hernie discale L5-S1 gauche ;
  - un résumé d'observation du 5 février 2007 établi par le même médecin, dont il ressort que la hernie discale L5-S1 gauche avait été mise en évidence par une IRM rachidienne lombaire effectuée le 19 décembre 2006 et que l'évolution était favorable (l'assurée avait repris la marche et la douleur, nettement moins importante qu'avant l'opération, ne la gênait pas pendant la journée ; pièce 14 intimé).
4. En date du 8 mars 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté de la persistance de quelques troubles séquellaires de type S1 au niveau du membre inférieur gauche, résultant d'une irritation chronique déjà préopératoire. Il a précisé que l'amélioration pouvait néanmoins être qualifiée de bonne. Il n'a fait aucune proposition neurochirurgicale, mais a conseillé à l'assurée de reprendre progressivement ses activités quotidiennes, accompagnées de physiothérapie (pièce 25 intimé, p. 9).
5. Interrogé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée, X\_\_\_\_\_, a confirmé que cette dernière avait travaillé pour lui comme vendeuse du 1<sup>er</sup> mai au 10 septembre 2006, date à compter de laquelle elle avait été en arrêt de travail ; elle avait repris en mai 2006 à 60% avant de réduire son taux d'activité à 50% (soit

---

21 h./sem.) en raison de son état de santé. Elle avait alors réalisé un revenu mensuel de 1'850 fr., lequel incluait les « provisions ». En 2007, l'assurée aurait perçu un revenu de 3'700 fr., si elle avait continué à travailler à 100% (pièce 21 intimé).

6. Une IRM a été pratiquée le 11 décembre 2007, qui a montré un léger remaniement inflammatoire en regard de l'espace inter-somatique L5-S1, siège d'une cure chirurgicale - jugée satisfaisante -, et une discopathie L4-L5 s'accompagnant d'une protrusion discale focale foraminale gauche pouvant expliquer une symptomatologie radiculaire L4 gauche (pièce 69 intimé).
7. Le 12 février 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié depuis le 10 juillet 2007 : elle souffrait d'une raideur douloureuse du rachis lombaire empêchant les mouvements de flexion du tronc et ralentissant la marche ; sa capacité de travail était nulle en tant que vendeuse, mais de 50% dans une activité s'exerçant en position assise. Selon le médecin, la reprise d'une telle activité pouvait intervenir quelques mois plus tard. Il a joint à son rapport :
  - celui établi le 5 décembre 2007 par le Dr C\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du Service de rhumatologie des HUG, expliquant que l'assurée souffrait de lombosciatiques S1 gauches chroniques et évoquant l'éventuelle présence d'une spondylodiscite aseptique ou Modic I et l'existence de signes compatibles avec un syndrome radiculaire ;
  - celui du 4 février 2008 établi par le même médecin suite à l'IRM du 11 décembre 2007, faisant mention d'un petit manchon inflammatoire autour de la racine S1 gauche, concluant à une lombosciatique S1 gauche chronique post-herniectomy et constatant l'existence de douleurs prédominant nettement au niveau lombaire par rapport au membre inférieur gauche (pièce 31 intimé).
8. Le 14 mars 2008, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a émis l'opinion que la situation n'était pas encore stabilisée et que l'activité de vendeuse de chaussures n'était plus exigible de l'assurée. Selon lui, il était possible, au vu du manchon inflammatoire autour de la racine S1 gauche, que la capacité de travail reste limitée à 50%, même dans une activité adaptée et après la prise d'un traitement adéquat. Il était également possible que le traitement permette une amélioration suffisante pour recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, raison pour laquelle le médecin a suggéré de refaire un point de la situation avec les Drs C\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_ trois mois plus tard (pièce 33 intimé).
9. Le 6 août 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué n'avoir constaté aucune évolution de l'état de santé de l'assurée depuis février 2008 : l'intéressée rencontrait toujours des

difficultés importantes à la marche et sa capacité de travail était nulle, quelle que soit l'activité envisagée, vu ses douleurs.

Le médecin a produit à l'appui de son rapport celui rédigé le 18 juillet 2008 par le Dr C \_\_\_\_\_, confirmant le diagnostic de lombosciatique S1 gauche chronique post-herniectomy et expliquant que l'évolution clinique n'avait pas été très favorable, le traitement n'ayant permis qu'une diminution de 10 à 20% des douleurs du membre inférieur. Le Dr C \_\_\_\_\_ disait avoir notamment proposé à l'assurée une physiothérapie à base d'étirements neuro-méningés et de mobilisation progressive, une évaluation en psychiatrie de liaison, afin de déterminer quel était le traitement le plus approprié pour soutenir son moral ainsi qu'un antidépresseur à propriétés antalgiques vu le contexte de douleurs neurogènes. L'assurée refusait toutefois toujours une infiltration péri-radiculaire S1 (pièce 36 intimé).

10. Le 19 septembre 2008, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré au vu de ces rapports que la situation n'était toujours pas stabilisée (pièce 38 intimé).
11. En juin 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport faisant mention des diagnostics suivants : syndrome radiculaire S1 gauche chronique persistant après herniectomy L5-S1 et état dépressif majeur léger depuis le 11 août 2008.

Il a précisé que l'assurée souffrait toujours de douleurs aux niveaux du dos et du membre inférieur gauche ; les douleurs prédominaient au niveau du mollet et avaient une importante répercussion sur l'état émotionnel. L'examen mettait en exergue un syndrome lomboveutébrol modéré, mais aucun trouble statique. Au vu de l'examen clinique, de la description par l'assurée de son état de santé et des retentissements physiques du problème médical, le médecin a émis l'avis qu'une activité professionnelle, même à temps partiel, n'était pas exigible. Il a expliqué que les traitements récemment introduits ne seraient vraisemblablement pas suffisamment efficaces pour modifier la capacité de travail. Toutefois, l'assurée restait capable de pratiquer les activités s'exerçant dans différentes positions à condition qu'elles ne soient pas statiques et n'impliquent ni travail bras au dessus de la tête ni port de charges de poids supérieures à 5 kg.

A son rapport, le médecin a joint celui d'intervention psychiatrique établi le 24 septembre 2008 par l'Unité de psychiatrie de liaison des HUG. Il en résulte que l'assurée a été reçue en consultation le 11 août 2008 et qu'il a été constaté qu'elle souffrait alors d'une thymie légèrement abaissée, d'une baisse d'élan vital et de capacité d'intérêt en lien avec ses douleurs, de troubles du sommeil avec réveils multiples également en lien avec les douleurs, mais pas d'idées suicidaires. Ce rapport concluait à un état dépressif léger prolongé sans « facteurs de gravité », survenu à la suite d'un traumatisme accidentel avec séquelles physiques. Tant la

---

prise d'un antidépresseur qu'un suivi psychothérapeutique ont été proposés à l'assurée (pièce 44 intimé).

12. Le 17 juillet 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a émis l'avis que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ était convainquant et qu'il y avait lieu de conclure à une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée (permettant d'épargner le rachis et d'éviter les positions statiques plus de 4 heures d'affilée, la marche prolongée et le port de charges de plus de 5 kg). Le médecin a fait remonter l'aptitude à la réadaptation à la fin de l'année 2006 (pièce 47 intimé).
13. Interpellé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée a indiqué en date du 25 août 2009 que l'intéressée avait travaillé à 80% du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2006 (pour un salaire mensuel de 2'560 fr.), puis à 50% du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2006 (pour un salaire de 1'600 fr.). Il a été précisé qu'une activité à 100% aurait été rémunérée 3'200 fr., que le 13<sup>ème</sup> salaire s'élevait à 2'133 fr. et que les provisions devaient y être « ajoutées » (cf. contrat de travail de l'assurée du 28 février 2006 et nouvelles conditions de travail dès le 1<sup>er</sup> juin 2006 produites par l'employeur ; pièces 51 et 52 intimé).
14. En date du 23 septembre 2009, une enquête économique sur le ménage a été effectuée. Il résulte du rapport d'enquête rédigé le même jour que l'assurée a notamment déclaré qu'elle n'avait pas le moral à cause de ses douleurs chroniques, qu'elle se déplaçait avec difficulté et qu'elle dormait mal, même avec des médicaments. L'enquêtrice a remarqué qu'après une heure d'entretien, l'assurée, qui s'était levée pour la raccompagner, ne marchait qu'avec beaucoup de difficultés.

S'agissant de son parcours professionnel, l'assurée a expliqué avoir travaillé dans une boulangerie à plein temps durant 12 ans (de 1992 à 2004). Ayant perdu son emploi suite à la vente de la boulangerie, elle avait retrouvé une activité de vendeuse à plein temps auprès de Y\_\_\_\_\_ ; son employeur ayant décidé de diminuer son taux d'activité et elle avait pris la décision de démissionner. Après une période de chômage, elle avait été engagée début 2006 comme vendeuse à 80% avant de réduire son taux d'occupation à 50% sans toutefois s'annoncer au chômage pour la part correspondant à la différence de taux d'occupation. En raison de son état de santé, l'assurée a cessé toute activité, assurant qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 80%. A cet égard, l'enquêtrice, relevant que l'intéressée, au moment de son atteinte à la santé, se contentait déjà d'un emploi à 50% et qu'aucun changement n'était intervenu par ailleurs, a jugé qu'il convenait de la considérer comme active à 50% malgré ses allégations.

Par ailleurs, l'enquêtrice a précisé que l'assurée vivait avec son époux, vendeur, et l'un de leurs fils, actif auprès de la FONDATION PRO ; ils ne rentraient pas à la maison durant la pause déjeuner.

L'enquêtrice a retenu les empêchements suivants, prenant en compte l'aide exigible des membres de la famille :

- 0% dans la conduite du ménage (pondération 5%), attendu que l'assurée n'avait pas de problèmes particuliers pour l'organisation ;
- 30% dans l'alimentation (pondération 45%) ; en effet, désormais, l'assurée ne pouvait plus ni cuisiner de pâtes fraîches, ni faire de conserves ; son fils (malentendant) l'aidait à préparer les repas du soir et du weekend, car il avait fait un apprentissage de cuisinier ; à midi, l'assurée était seule et n'avait pas faim, de sorte qu'elle grignotait ; elle ne pouvait plus non plus se charger du nettoyage des placards à fond ; l'enquêtrice a tenu compte d'une aide de 30% des membres de la famille ;
- 60% pour l'entretien du logement (pondération 20%), l'assurée ne pouvant plus que se charger d'enlever la poussière et ce par étapes et en répartissant le travail sur plusieurs jours ; son époux et son fils se partageaient toutes les autres tâches (aspirateur, nettoyage des sols, de la salle de bains et des vitres et changement de literie) ; personne ne faisait les grands nettoyages ; l'aide de la famille a été évaluée à 30% ;
- 0% pour les emplettes et courses diverses (pondération 10%), étant précisé que le fils et l'époux de l'assurée se chargeaient des grandes courses, l'assurée se contentant de se rendre au supermarché une fois par semaine avec un chariot pour acheter de petites choses ; l'époux s'était toujours chargé du travail administratif ;
- 50% pour la lessive et l'entretien des vêtements (pondération 20%) ; l'époux de l'assurée se chargeait désormais de trier le linge, puis lui ou leur fils le mettait en machine, le sortait et le suspendait ; l'époux de l'assurée s'occupait également du repassage lorsqu'il était en congé ou le week-end ; l'assurée ne pouvait plus désormais qu'aider à plier le linge ; l'aide des membres de la famille a été évaluée à 30% ;
- 0% dans les soins aux enfants (pondération 0%) ;
- 0% pour le poste « divers » (pondération 0%).

L'enquêtrice a souligné que les empêchements rencontrés par l'assurée dans la sphère ménagère étaient importants, en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles : les travaux physiques lourds et les activités nécessitant des flexions du tronc et la position debout prolongée ne pouvaient plus être effectués.

Le degré d'invalidité dans la sphère ménagère a ainsi été évalué à 35.5% pour un statut mixte de 50% (pièce 54 intimé).

15. En date du 20 octobre 2009, un réadaptateur de l'OAI a quant à lui évalué le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle à 0% (pièce 56 intimé).
16. Le même jour, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit aux prestations au motif que son degré d'invalidité global ne s'élevait qu'à 18% (pièce 57 intimé).
17. Le 2 décembre 2009, l'assurée, représentée par un conseil, a contesté ce projet en invoquant l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ et en demandant que lui soit reconnu un statut mixte (active à 80%). A cet égard, elle a allégué avoir toujours travaillé à 80%, voire 100%, jusqu'à ce que son taux d'activité soit réduit par son employeur. L'assurée a également contesté le revenu d'invalidité retenu par l'OAI, lui reprochant de ne tenir compte ni du revenu effectivement réalisé avant l'invalidité ni d'un abattement. Enfin, s'agissant des conclusions de l'enquête ménagère, l'assurée a allégué qu'il n'était pas admissible de fixer l'aide exigible des membres de sa famille à 30% dans la mesure où son époux travaillait à plein temps. Elle a ajouté que les empêchements retenus lui paraissaient largement sous-estimés (pièce 62 intimé).
18. En date du 16 décembre 2009, le dossier de l'assurée a été réexaminé par l'OAI qui a constaté que lorsque le taux d'occupation de l'assurée avait été diminué de 80% à 50%, l'intéressée n'avait effectué aucune démarche concrète (recherches d'emploi ou inscription au chômage) permettant de conclure qu'elle ne se serait pas contentée d'un poste à 50%. Il en a tiré la conclusion que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité à 80%. Quant à l'aide exigible des membres de la famille, il a été relevé qu'elle comprenait celle que pouvait apporter l'époux mais également le fils de l'assurée (pièce 65 intimé).
19. L'OAI a par ailleurs mis en œuvre un examen rhumatologique qu'il a confié au Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation, médecin auprès du SMR.

Dans son rapport du 3 mars 2010, suite à l'examen de l'assurée en février 2010, le médecin a retenu les diagnostics suivants : lombosciatalgies gauches persistantes dans un status post-cure de hernie discale L5-S1, protrusion discale foraminale gauche en L4-L5 et troubles dégénératifs postérieurs étagés. Le Dr F \_\_\_\_\_ a également fait mention d'une amplification des symptômes tout en précisant qu'il s'agissait d'un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée.

Le médecin a dit avoir constaté lors de l'examen un comportement algique très marqué et spontané, une vitesse de marche très ralentie, avec une importante boiterie, et des troubles de la marche amplifiés au moment où celle-ci était spécifiquement analysée. L'examen articulaire avait montré une composante de fond de fibromyalgie avec 8 points de Smythe positifs sur 18. Il n'y avait pas d'arthrite.

Au niveau du rachis, l'assurée, en station debout, déchargeait partiellement son membre inférieur gauche, de sorte qu'il existait une attitude scoliothique dorsale à convexité gauche et lombaire à convexité droite. La mobilité lombaire était limitée d'un tiers en flexion, en extension et en flexion latérale gauche, douloureuse dans ces trois directions et il existait une contracture lombaire para-vertébrale droite. La palpation était douloureuse de façon multi-étagée de D12 jusqu'au sacrum, de façon prédominante en L5. Au vu de la mobilité mesurée, l'examineur a conclu à un syndrome rachidien léger, précisant que la mobilité mesurée au niveau lombaire était en faible corrélation avec la mobilité spontanée de l'assurée et qu'au surplus, la manœuvre de Lasègue - effectuée couchée, puis assise - ne permettait pas de confirmer une radiculalgie irritative. Il n'y avait pas non plus de cruralgies irritatives. Enfin, le score de Waddell était positif de manière très claire, avec 7 signes de non-organicité sur 8.

Le Dr F\_\_\_\_\_ a jugé les allégations de l'assurée (sous-estimation de ses capacités et importance des douleurs) disproportionnées par rapport aux éléments radio-cliniques objectivables. Il a rappelé à cet égard que le Dr A\_\_\_\_\_ avait initialement retenu une possibilité de travailler de 4 à 5 heures par jour dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, avant de conclure ultérieurement, eu égard à la composante algique persistante, à une totale incapacité de travail et ce, bien que l'état de santé ne se soit pas aggravé. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé qu'il ne s'était pas prononcé, dans son rapport du 10 juin 2009, sur le degré de corrélation entre les plaintes de l'assurée et l'atteinte clinique objectivée. Le Dr F\_\_\_\_\_ a jugé que la reproduction de la douleur à 60° d'élévation dans le mollet n'était pas suffisante pour retenir une sciatalgie irritative et qu'il pouvait s'agir d'une douleur musculaire. En effet, lors de la manœuvre de Lasègue en station assise, l'assurée n'avait pas de sciatalgie. Enfin, le syndrome lombovertébral était actuellement léger, la mobilité mesurée s'étant améliorée par rapport à celle décrite en novembre 2007.

Finalement, le Dr F\_\_\_\_\_ a préconisé d'éviter les mouvements répétés de flexion-extension, la position en porte-à-faux, le port de charges de plus de 10 kg (charges légères), la position statique assise au-delà de 60 mn et la position debout au-delà de 30 mn. Dans une activité respectant ces conditions, il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 100% depuis mi-décembre 2007 (date de l'IRM excluant une complication postopératoire conséquente). Le médecin a admis une diminution de rendement de 20% eu égard à la persistance d'un léger syndrome lombo-vertébral et de douleurs au niveau du membre inférieur gauche (pièce 70 intimé).

20. Le 29 octobre 2010, l'OAI a rendu une décision formelle aux termes de laquelle il a reconnu à l'assurée le droit à un trois-quarts de rente limité dans le temps à la période du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 29 février 2008.

L'OAI a confirmé le statut mixte de l'assurée (active à 50%).

Il a jugé qu'à compter de décembre 2007, le degré d'invalidité ne s'était plus élevé qu'à 18%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles n'avaient pas lieu d'être vu l'absence de perte de gain, l'assurée ayant recouvré une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (pièce 75 intimé).

21. Par acte du 1<sup>er</sup> décembre 2010, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique.

La recourante fait tout d'abord valoir que l'examen rhumatologique du 12 février 2010 ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle lui reproche d'être contradictoire dans la mesure où l'examineur lui reconnaît une capacité de travail en dépit des limitations fonctionnelles retenues. Selon elle, il y avait lieu de suivre les conclusions de ses médecins traitants et du Dr E\_\_\_\_\_. Elle fait grief à l'OAI de ne pas avoir pris en compte son état dépressif majeur léger.

En outre, la recourante s'oppose au statut d'active à 50% retenu par l'OAI. A cet égard, elle fait remarquer qu'elle n'a travaillé que quatre mois à 50% avant son arrêt de travail en septembre 2006 et que son taux d'activité a été diminué indépendamment de sa volonté. Elle soutient que c'est en raison de son état de santé qu'elle s'est contentée de ce taux mais qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité à 80%, voire à 100%. Elle ajoute qu'elle ignorait qu'il était possible de s'inscrire au chômage pour cette différence de 30%.

Par ailleurs, la recourante conteste les conclusions de l'enquête ménagère. En substance, elle soutient que les empêchements ont été largement sous-estimés au vu de ses limitations fonctionnelles, dont l'importance a au demeurant été soulignée par l'enquêtrice. Elle s'interroge enfin sur l'évaluation qui a été faite de l'aide des membres de la famille.

22. Invité à se déterminer, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Il maintient que, dans la mesure où l'assurée n'était déjà plus active qu'à 50% au moment de l'atteinte à sa santé et où elle ne s'est pas annoncée au chômage lorsque son taux d'activité a été réduit, il n'a pas été prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle aurait exercé une activité à 80%.

Quant aux troubles psychiques, l'intimé relève qu'ils sont légers, que la recourante ne suit aucun traitement spécialisé et en tire la conclusion qu'ils ne sauraient être considérés comme incapacitants.

Enfin, s'agissant de l'enquête ménagère, l'OAI estime que les critiques de la recourante ne sont pas fondées sur des éléments objectifs concrets et ne permettent dès lors pas de douter du bien-fondé de l'évaluation. Il rappelle le large pouvoir d'appréciation dont il bénéficie dans ce domaine.

23. Le 9 février 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions.
24. Par ordonnance du 1<sup>er</sup> septembre 2011, la Cour de céans a ordonné une expertise rhumatologique, qu'elle a confiée au Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne. La Cour a en effet jugé le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ non convaincant et a constaté que les autres éléments du dossier ne lui permettaient pas de statuer de manière définitive sur l'état de santé somatique de la recourante. En revanche, la Cour a considéré qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique.
25. Le Dr G\_\_\_\_\_ a examiné la recourante en date du 21 octobre 2011 et a fait procéder à une IRM lombaire le 9 novembre 2011 par le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie.

L'expert a retenu les diagnostics suivants : lombosciatalgies gauches chroniques, présentes depuis le mois de septembre 2006, et status après une opération pour une hernie discale L5-S1 gauche (le 30 janvier 2007), ayant entraîné un remaniement fibreux engainant la racine S1 gauche. L'expert a également mentionné un status post-ablation de la cataracte à droite en mai 2007, dont il a indiqué qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail.

La nouvelle IRM montrait une disparition de l'atteinte inflammatoire, remplacée par un manchon fibreux, qui était un signe de cicatrisation, toutefois, ce manchon fibreux avait également un rôle pathologique, car en engainant la racine nerveuse, il produisait une compression qui entraînait une irritation chronique, laquelle déclenchait des douleurs le long du trajet du nerf, telles que décrites par la recourante. D'après l'expert, un traitement par analgésiques et kinésithérapie aurait dû soulager la recourante et une nouvelle intervention chirurgicale était exclue, attendu qu'elle pouvait aggraver la fibrose post-opératoire.

L'expert a dit avoir été frappé, lors de l'examen clinique, par de multiples signes de non-organicité - déjà signalés par le Dr F\_\_\_\_\_ - et par une majoration des plaintes. Il a précisé que la recourante retenait volontairement ses mouvements, se déplaçait très lentement, en boitant de la jambe gauche et en poussant de forts gémissements, ne pouvait pas se pencher en avant, alors même qu'elle avait pu se relever de la table d'examen, en faisant sans problème un mouvement de flexion du rachis, et qu'elle marchait dans la rue normalement sans boiter. Il a également remarqué que le diamètre des deux cuisses et mollets était le même des deux côtés, alors qu'en cas de non-utilisation ou de décharge chronique, une nette amyotrophie est constatée du côté atteint. L'expert a conclu à une majoration des symptômes.

Les limitations fonctionnelles de la recourante étaient les suivantes : obligation d'éviter le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements répétés du rachis et la position debout statique, les montées ou descentes d'escaliers, échelle ou escabeau, et nécessité de pouvoir changer de position toutes les 45 mn. La recourante devait ainsi pouvoir exercer un travail en position assise.

D'après l'expert, la capacité de travail était nulle depuis le mois de septembre 2006 dans l'activité de vendeuse, activité requérant une position debout prolongée, de nombreux mouvements du rachis, en flexion et en rotation ainsi que des ports de charges répétés. En revanche, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées et pouvant s'exercer en position assise, la capacité de travail était de 50% depuis le 1<sup>er</sup> août 2007 - soit six mois après l'intervention - et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 12 février 2010 - date de l'examen du SMR. L'expert a remarqué que l'examen clinique du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 février 2010 était comparable au sien et a dit partager ses conclusions.

Pour le surplus, l'expert a suggéré de demander un avis psychiatrique afin de déterminer les raisons de la majoration des symptômes constatée.

26. Invitée à se prononcer, la recourante a persisté dans ses conclusions et, se référant aux conclusions de l'expert, a demandé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

Elle soutient tout d'abord qu'en tenant compte des aspects somatiques et psychiques, la capacité de travail raisonnablement exigible de sa part est nulle. Elle fait remarquer que le Dr G\_\_\_\_\_ retient une plus longue période d'incapacité de travail que l'OAI et requiert, au vu de l'importance des limitations fonctionnelles mises en exergue, que l'OAI évalue son revenu d'invalidé aussi concrètement que possible et non en se référant simplement aux statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), qui, selon elle, ne reflètent pas le revenu qu'elle pourrait réaliser.

Par ailleurs, s'agissant de la comparaison des revenus, il convient, d'après elle, de tenir compte d'un abattement de 25% dans le cadre de la détermination du gain d'invalidé, eu égard à ses très importantes limitations fonctionnelles, à son âge et à son manque de formation. Elle ajoute que le revenu qu'elle réalisait en travaillant à 80% était de 2'560 fr., versé treize fois l'an, et qu'il y a lieu d'y ajouter les primes et autres avantages dont l'OAI n'a pas tenu compte.

27. Dans ses écritures du 6 mars 2012, l'OAI s'est référé à l'avis émis le 21 février 2012 par la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin au SMR.

Celle-ci relève que l'expert retient les mêmes diagnostics que le Dr F\_\_\_\_\_ mais s'écarte de ses conclusions concernant la capacité de travail. En effet, alors que le Dr F\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail de 80% dès le milieu du

mois de décembre 2007, le Dr G\_\_\_\_\_ s'en écarte sans explication. En outre, la Dresse I\_\_\_\_\_ souligne la majoration des symptômes mise en évidence alors qu'aucune maladie psychiatrique n'a été mentionnée par les médecins traitants.

Suivant en cela l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, l'OAI a sollicité que l'expert soit questionné sur les motifs le conduisant à conclure à une amélioration de l'état de santé en février 2010 (date de l'examen SMR), alors qu'aucune modification notable de l'état de santé n'a été rapportée, et sur les raisons lui permettant de s'écarter de la capacité de travail de 80% retenue par le Dr F\_\_\_\_\_ dès le mois de décembre 2007 (date de l'IRM excluant des complications postopératoires).

28. Sur requête de la Cour de céans, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué, par courrier du 14 août 2012, que selon lui, la capacité de la recourante à exercer une activité adaptée doit être fixée à 100% dès le 12 février 2012, date de l'examen clinique effectué par le SMR ; en effet, le dossier ne contient pas d'indications cliniques aussi précises que cet examen, lequel correspondait du reste au sien. Le Dr G\_\_\_\_\_ a ajouté que s'il a conclu à une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2007, c'est qu'il a compté un délai de six mois après l'intervention chirurgicale, suivant à cet égard l'avis du Dr A\_\_\_\_\_. Enfin, il a indiqué ne pas partager l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ selon lequel l'assurée aurait recouvré une capacité de travail de 80% dès le milieu du mois de décembre 2007, car l'IRM de 2007 n'était pas normale : un manchon inflammatoire existant autour de la racine S1 gauche. En revanche, l'IRM du 9 novembre 2011 a montré que ce manchon inflammatoire avait disparu et avait été remplacé par un remaniement fibreux (cicatrice). L'expert précise avoir suivi l'avis du Dr C\_\_\_\_\_, lequel avait estimé que la situation médicale n'était stabilisée ni en 2007, ni en 2008, ni en 2009.
29. Le 27 août 2012, la recourante a persisté intégralement dans ses observations et conclusions.
30. Par pli du 13 septembre 2012, l'OAI a indiqué se rallier entièrement à l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, laquelle a estimé que les explications du Dr G\_\_\_\_\_ n'étaient pas convaincantes s'agissant de sa divergence d'appréciation avec le Dr F\_\_\_\_\_ sur la question de la capacité de travail ; en effet, les médecins traitants ne mentionnaient pas de véritable amélioration entre 2007 et 2010.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La Cour de céans s'étant déjà prononcée sur sa compétence et sur la recevabilité du recours dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 1<sup>er</sup> septembre 2011, il n'y a pas lieu de revenir sur ces questions.

- 
2. Il sera rappelé que les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits pertinents remontant à septembre 2006, le droit éventuel aux prestations dès le mois de septembre 2007 doit être examiné au regard des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, respectivement après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007 et sur celle de savoir si son état de santé s'est amélioré en décembre 2007 au point de justifier la suppression des prestations trois mois plus tard.
4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

- 
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

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

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

7. a) En l'occurrence, considérant que le rapport d'examen du Dr F \_\_\_\_\_, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision litigieuse, ne pouvait se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence, la Cour a ordonné une expertise rhumatologique, qu'elle a confiée au Dr G \_\_\_\_\_.

Cet expert a établi son rapport après avoir examiné la recourante le 21 octobre 2011 et fait procéder à une IRM lombaire le 9 novembre 2011. Il s'est fondé sur le dossier médical de la recourante, les précédentes imageries médicales et une anamnèse médicale, personnelle et familiale. Il a également exposé les plaintes de la recourante, ses constatations objectives et posé des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, lesquels étaient les suivants : des lombosciatalgies gauches chroniques, présentes depuis le mois de septembre 2006,

et un status après une opération pour une hernie discale L5-S1 gauche (le 30 janvier 2007), ayant entraîné un remaniement fibreux engainant la racine S1 gauche. En outre, ses conclusions sont suffisamment motivées. En effet, on comprend que les limitations fonctionnelles retenues concernant notamment le port de charges, les mouvements du rachis et les positions statiques étaient dues à ses atteintes du rachis lombaire. L'expert expose également clairement les raisons qui l'ont conduit à retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de vendeuse de chaussures ou en boulangerie. En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante dans une profession respectant ses limitations fonctionnelles et pouvant être effectuée en position assise, le Dr G\_\_\_\_\_ estime qu'elle est de 50% depuis le 1<sup>er</sup> août 2007, soit six mois après l'intervention du 30 janvier 2007, eu égard notamment à l'appréciation du Dr A\_\_\_\_\_. De plus, la capacité de travail est à nouveau entière, sans diminution de rendement, dès le 12 février 2010, date de l'examen du Dr F\_\_\_\_\_, étant précisé que cet examen était comparable au sien.

L'OAI conteste essentiellement les conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, au motif que l'expert s'est écarté sans justification de l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_, qui retenait des diagnostics similaires à ceux de l'expert, mais estimait que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière dès le milieu du mois de décembre 2007, avec une diminution de rendement de 20%, en raison de la persistance d'un léger syndrome lombovertébral et de douleurs au niveau du membre inférieur gauche.

A cet égard, il sera relevé que les constatations des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ sont effectivement similaires en ce qui concerne les diagnostics, les limitations fonctionnelles ou encore la capacité de travail dans une activité adaptée, mais qu'ils divergent essentiellement sur le début de cette capacité de travail à 50% et de celle à plein temps.

La Cour de céans estime que c'est à juste titre que le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> août 2007 déjà, soit six mois après l'opération de discotomie du 30 janvier 2007, attendu que le Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, a retenu une telle capacité de travail dans son rapport du 10 juillet 2007. En effet, rien ne justifie de s'écarter de l'avis du médecin traitant, ce d'autant moins qu'il aurait plutôt tendance, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (cf. la jurisprudence rappelée supra).

Par ailleurs, le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il a fait remonter le début de cette capacité au 12 février 2010 - date de l'examen du Dr F\_\_\_\_\_ - et non à l'IRM du 11 décembre 2007. A cet égard, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué, dans la synthèse de son expertise, que l'IRM du 11 décembre 2007 montrait la présence d'un petit manchon inflammatoire

autour de la racine S1 et que ce manchon inflammatoire pouvait expliquer, selon lui, les douleurs de la recourante. Il a par la suite précisé qu'au vu de ce manchon inflammatoire, il ne pouvait pas considérer cette IRM comme normale, contrairement à celle de novembre 2011, qui montrait la disparition de l'atteinte inflammatoire, remplacée par un manchon fibreux, signe de cicatrisation. La Cour de céans considère, eu égard à l'IRM de 2007, qu'il existait à l'époque une raison objective permettant d'expliquer les douleurs et la diminution de la capacité de travail de la recourante, ce qui n'était plus le cas lors de la mise en œuvre de l'IRM en 2011 par le Dr G\_\_\_\_\_. Qui plus est, cet expert a expliqué que les résultats de l'examen du Dr F\_\_\_\_\_ correspondaient à ses propres constatations et qu'aucun examen antérieur n'était assez précis pour conclure à une pleine capacité de travail. Dès lors, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité lucrative adaptée dès l'examen du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 février 2010, de sorte qu'on peut conclure que l'amélioration effective de l'état de santé de la recourante n'est intervenue qu'à ce moment-là.

Il convient encore de relever que les rapports des médecins au dossier entre 2007 et 2009 ne permettent pas de tenir compte d'une capacité de travail supérieure à 50% dans une activité adaptée, ce qui avait d'ailleurs conduit le Dr E\_\_\_\_\_, médecin au SMR, à retenir une telle capacité de travail en date du 17 juillet 2009. De plus, aucun élément ne permet d'établir que l'atteinte inflammatoire avait disparu avant l'examen du Dr F\_\_\_\_\_.

Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans estime que le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et son complément sont motivés et convaincants et doivent se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Il convient ainsi de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une totale incapacité de travail dès le mois de septembre 2006, puis à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> août 2007 et de 100% dès le 12 février 2010.

b) S'agissant de l'expertise psychiatrique requise par la recourante - qui se fonde sur l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, selon lequel un avis psychiatrique serait utile pour expliquer la majoration des symptômes déjà constatée par le Dr F\_\_\_\_\_, la Cour de céans relève que s'il serait certes intéressant de connaître la cause de cette majoration des symptômes, cela n'aurait d'incidence que sur la prise en considération et l'appréciation des plaintes et gestes de la recourante par les médecins qui l'ont examinée. Elucider les raisons de la majoration des symptômes ne conduirait en revanche pas à conclure à une diminution objective de la capacité de travail. On ajoutera qu'aucun document au dossier (avis d'un médecin psychiatre ou traitant ou encore attestation d'un suivi psychiatrique) ne vient étayer l'hypothèse que la capacité de travail de l'assurée pourrait être influencée par son état psychique. Comme déjà indiqué dans l'ordonnance d'expertise du 1<sup>er</sup> septembre 2011, le seul rapport de spécialiste au dossier (pièce 44 intimé, p. 6ss), met uniquement en évidence un état dépressif sans facteur de gravité.

Partant, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire sur ce plan.

8. Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité de la recourante et son droit à la rente, en fonction des diverses périodes d'incapacité de travail.
9. a) Préalablement se pose toutefois la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à la recourante un statut mixte de personne active à 50% seulement.

b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss 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 exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

c) En l'espèce, la recourante soutient qu'elle a toujours travaillé à 80%, voire à 100%, et qu'elle aurait continué à travailler à 80% si elle était en bonne santé.

D'après les déclarations du dernier employeur de la recourante et le contrat de travail de celle-ci, l'assurée a débuté son activité de vendeuse de chaussures à un taux de 80% en date du 1<sup>er</sup> mai 2006 ; son taux d'activité a été baissé à 50%, en raison d'une maladie, du 1<sup>er</sup> juin 2006 jusqu'au début de son incapacité totale de travail en septembre 2006. En outre, la recourante a en substance expliqué à l'enquêtrice de l'OAI, en date du 23 septembre 2009, qu'elle avait travaillé à plein

temps durant 12 ans (1992 à 2004) dans une boulangerie, qu'elle avait retrouvé du travail à 100%, puis bénéficié du chômage à 80% entre 2005 et 2006, avant d'être engagée à 80% dans un magasin de chaussures, taux qui a été diminué à 50% par la suite, en raison de l'engagement d'un membre de la famille. Elle a précisé qu'elle aurait travaillé à 80%, si elle avait été en bonne santé. Ses déclarations quant aux taux d'activité sont toujours restées constantes. Qui plus est, le fait que la recourante ne se soit pas inscrite au chômage, lorsque son taux d'activité a été baissé par son employeur de 80% à 50%, ne suffit pas à conclure qu'elle se serait contentée d'un poste à 50% dans la mesure où l'employeur a indiqué que c'est en raison d'une maladie que le taux d'activité a été baissé. Il y a également lieu de tenir compte du fait que la période d'activité à 50% n'a duré qu'un peu plus de trois mois avant que l'assurée ne se retrouve en totale incapacité de travail. Enfin, la recourante n'a pas d'enfants en bas âge, mais vit avec son époux ainsi qu'avec son fils âgé d'une trentaine d'années.

Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère qu'il est établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis, que si sa santé le lui avait permis, l'assurée aurait continué à travailler à 80%. Il convient dès lors de lui reconnaître un statut mixte de personne active à 80%.

Reste à calculer le degré d'invalidité de la recourante.

10. a) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008), 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.

b) D'après l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

c) De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut

s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1<sup>er</sup>).

11. a) Lorsqu'on évalue l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, il convient d'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. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier 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 fixée 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 (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). 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 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement

exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 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 consid. 3b/bb). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

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 75 consid. 5b/aa-cc).

c) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 al. 2bis en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, et 28a al. 2 LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). 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 (ATF non publié du 13 avril 2005, I 593/03, consid. 5.3).

A ces éléments s'ajoute également le fait que les assurés qui s'occupent du ménage doivent satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références) en répartissant mieux leur travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), en adoptant une méthode de

---

travail adéquate et en recourant, dans une mesure convenable, à l'aide de leurs proches (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). 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 qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés du 8 novembre 1993, I 407/92 et 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).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

12. a) En l'occurrence, la recourante a été dans l'incapacité totale de travailler - quelle que soit l'activité envisagée - de septembre 2006 au 31 juillet 2007. Du 1<sup>er</sup> août 2007 au 11 février 2010, elle a recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé.

Le délai de carence d'une année arrivant à échéance en septembre 2007, force est de constater qu'à ce moment-là, la capacité de travail de la recourante était de 50% dans une activité adaptée et que le degré d'invalidité doit ainsi être évalué, en 2007 et suivant la méthode mixte, étant rappelé que la part consacrée à une activité lucrative est de 80% et celle consacrée aux travaux habituels de 20%.

b) En ce qui concerne d'abord l'empêchement dans la sphère lucrative, le revenu sans invalidité sera déterminé en se fondant sur les déclarations du dernier

---

employeur de la recourante et sur son contrat de travail. Il en résulte que son revenu mensuel de base à 80% était de 2'560 fr. Toutefois, l'employeur a précisé, en date des 12 octobre 2007 et 25 août 2009, qu'il convenait d'y ajouter un treizième salaire ainsi que des « provisions ». Le 12 octobre 2007, l'employeur a indiqué que si la recourante avait travaillé à 100% en 2007, son revenu mensuel aurait été de 3'700 fr. environ (salaire incluant les « provisions »). Partant, si on tient compte d'un taux d'activité de 80% ainsi que d'un treizième salaire, le revenu sans invalidité 2007 est de 38'480 fr. ( $3'700 \times 80\% \times 13$ ).

La recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé, pour fixer le revenu d'invalidé, sur les salaires statistiques (ESS 2006), soit sur le Tableau TA1, ligne total, femme, niveau 4, lequel prévoit un salaire correspondant à celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit un salaire mensuel de 4'019 francs. Eu égard aux limitations fonctionnelles de la recourante dues à ses atteintes au rachis lombaire, il convient d'admettre, conformément à la jurisprudence précitée, que le marché du travail lui offre un éventail suffisamment large d'activités légères adaptées et ne nécessitant pas de formation particulière. Les filières de la production ou encore des services peuvent par exemple être envisagées. En outre, le salaire hypothétique précité, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2007, lequel est de 41.7 heures (cf. tableau de la durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique établi par l'Office fédéral de la statistique) et à l'indice des salaires nominaux (ISS en 2006 : 2417 et en 2007 : 2454). Il en résulte un revenu annuel brut de 25'523 fr. 70 pour un taux d'activité de 50%.

La recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas réduit le revenu d'invalidé. La Cour de céans estime qu'au vu de l'âge de l'assurée (51 ans en 2007) et de ses limitations fonctionnelles (nécessité d'éviter le port de charges de plus de 5 kg et les mouvements répétés du rachis et de pouvoir changer de position toutes les 45 minutes) une réduction de 15 % se justifie, ce qui conduit à un revenu d'invalidé de 21'695 fr. 15.

Partant, l'empêchement dans la sphère lucrative est de 44% ( $[38'480 - 21'695.15] \times 100 / 38'480$ ).

c) Pour ce qui est de l'empêchement dans la sphère ménagère, la recourante conteste de manière générale le rapport d'enquête, puis les différents postes, hormis le poste de la conduite du ménage.

Il convient de relever tout d'abord que l'exigibilité retenue de 30% dans les postes « alimentation », « emplettes et courses diverses » et « lessive et entretien des vêtements », est celle retenue pour le fils et/ ou l'époux de la recourante. Par ailleurs, l'enquêtrice a indiqué les raisons pour lesquelles elle retenait une certaine

exigibilité pour les membres de la famille : elle a précisé, pour chaque poste, quelles étaient les tâches effectuées par le fils, par l'époux ainsi que par l'assurée elle-même, lesquelles expliquent d'ailleurs les divers empêchements retenus.

En ce qui concerne en particulier le poste « alimentation », la pondération de 45% peut certes paraître un peu élevée ; toutefois, compte tenu du fait que la recourante préparait notamment des pâtes fraîches, faisait du pain maison ou encore des conserves, ce qui prend effectivement beaucoup de temps, cette pondération ne saurait être modifiée. Quant à l'exigibilité retenue de 40% pour la recourante et de 30% pour les membres de la famille, elle est justifiée par le fait que la recourante est visiblement toujours apte à faire la cuisine, même si elle ne cuisine plus des pâtes fraîches ou ne fait plus de conserves, et par le fait que son fils, ayant effectué un apprentissage de cuisinier, l'aide à préparer les repas du soir et du week-end.

Pour ce qui est des postes « entretien du logement » et « lessive et entretien des vêtements », rien ne permet de remettre en cause d'une part, la pondération des champs d'activités, laquelle a déjà été fixée au maximum admissible conformément à la CIIAI (ch. 3086), et d'autre part, les empêchements, dans la mesure où les exigences retenues tiennent compte tant de ce que la recourante est susceptible d'effectuer que de l'aide conséquente apportée effectivement par son époux et son fils, ceux-ci étant en mesure et prenant le temps de faire le ménage et la lessive.

Enfin, attendu que la recourante sort une fois par semaine pour faire quelques courses et que son époux et son fils s'occupent des grandes courses, il n'y a pas lieu, comme déterminé par l'enquêtrice, de retenir d'empêchement dans le cadre du poste « emplettes et courses diverses ».

On ajoutera que l'enquête a été exécutée au domicile de la recourante par une personne ayant connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des différentes limitations fonctionnelles de l'assurée. De plus, la recourante ne fait pas valoir que les tâches retenues par l'enquêtrice dans son rapport et effectuées par elle-même ou par son époux ou son fils seraient erronées ou que l'enquêtrice aurait omis de tenir compte de certaines de ses déclarations, de sorte qu'on ne saurait remettre en cause les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes.

Partant, eu égard aux éléments précédemment exposés, le rapport d'enquête doit se voir reconnaître valeur probante, de sorte que l'empêchement global de 35.5% retenu dans la sphère ménagère doit être confirmé.

d) Il convient ainsi de conclure que le degré d'invalidité global de 42% ( $44 \times 0.8 + 35.5 \times 0.2$ ) entre le 1<sup>er</sup> août 2007 et le 11 février 2010, taux qui ouvre droit à un quart de rente d'invalidité.

---

13. a) S'agissant de la période postérieure au 11 février 2010, la Cour de céans rappelle que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée et qu'un statut mixte (80/20) doit être pris en considération.

b) L'empêchement dans la sphère lucrative peut être déterminé en reprenant le revenu sans invalidité 2007 déterminé précédemment, soit 38'480 fr., et en l'adaptant à l'indice des salaires nominaux (ISS en 2007 : 2454 et en 2010 : 2579), de sorte qu'on arrive à un revenu sans invalidité 2010 de 40'440 fr. 05.

Quant au revenu avec invalidité, il convient de se référer à l'ESS 2010 (TA1, ligne total, femme, niveau 4) et de retenir un revenu mensuel brut de 4'225 fr., qu'il convient d'adapter à l'horaire de travail en 2010 (41.6 h./sem. selon tableau durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique établi par l'Office fédéral de la statistique). Il en résulte, compte tenu d'un abattement de 15%, un revenu annuel brut 2010 de 35'855 fr. 05 pour un taux d'activité à 80%.

La comparaison des revenus précités met en exergue un empêchement de 11%  $(40'440.05 - 35'855.05) \times 100 / 40'440.05$  dans la sphère lucrative.

c) Enfin, l'empêchement dans la sphère ménagère est toujours de 35.5%, les éléments exposés au considérant 12c) restent valables.

d) Dès lors, le degré d'invalidité de la recourante dès le 12 février 2010 est de 16%  $(11 \times 0.8 + 35.5 \times 0.2)$ , taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

14. La recourante ne sollicite pas de mesure d'ordre professionnel, mais, dans la mesure où il a été établi qu'elle est désormais incapable d'exercer les activités qui ont été les siennes par le passé, elle pourra requérir de l'OAI une mesure d'aide au placement, si elle souhaite reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé (art. 18 LAI).

15. Au vu de tout ce qui précède, il y a lieu de conclure que la recourante a droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2007 (issue du délai de d'attente d'un an [art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2009]) au 31 mai 2010, soit trois mois après l'augmentation de la capacité de travail constatée en février 2010 (art. 88a al. 1 RAI) et ayant conduit à la réduction du degré d'invalidité à 16%, degré n'ouvrant plus depuis lors de droit à une rente d'invalidité.

Le recours doit ainsi être partiellement admis et la décision de l'OAI du 29 octobre 2010 annulée.

La recourante représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus

de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'OAI.

**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 29 octobre 2010 de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE.
3. Reconnaît à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 mai 2010.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à l'assurée une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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