

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4189/2008

ATAS/914/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 13 juillet 2009

En la cause

Madame **D_____**, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître NERFIN Corinne

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après la recourante), née en 1952, de nationalité espagnole, sans formation professionnelle, a travaillé en tant qu'employée de maison chez Monsieur E_____, de 1981 à juin 1998.
2. La recourante a déposé le 6 décembre 1999 une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), en raison, depuis juin 1998, d'une hernie discale, de douleurs lombaires, ainsi que des douleurs dans la jambe droite, avec une perte de la sensibilité et de la force due à un canal lombaire étroit.
3. Dans un rapport médical du 6 mars 2000, le médecin traitant de la recourante, le Dr L_____, spécialiste FMH en endocrinologie et médecine interne, a diagnostiqué une lombosciatalgie L3-L4 avec un canal lombaire étroit, et une hernie discale L3-L4, une hypertension artérielle, une obésité, ainsi qu'une thyroïdite auto-immune. Selon lui, une reconversion professionnelle semblait pratiquement impossible, tout comme la reprise de son ancienne activité de femme de ménage à cause de sa maladie lombaire et de son obésité massive. L'incapacité de travail s'élevait à 100% depuis le 13 juin 1998.
4. Dans un questionnaire pour l'employeur du 13 mars 2000, Monsieur E_____ a indiqué que le contrat de travail de la recourante avait débuté le 30 octobre 1981 et s'était terminé le 31 mars 1999. Le dernier jour de travail effectif avait été le 13 juin 1998. Elle travaillait environ dix-huit heures par semaine ("horaire variable"), pour un salaire de 1'080 fr. par mois. L'ex-employeur a ajouté que sans atteinte à la santé, la recourante gagnerait, aujourd'hui, entre 20 et 25 fr. de l'heure.
5. Le 12 juin 2002, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. A cette occasion, la recourante a indiqué souffrir de douleurs et de blocage du dos depuis plusieurs années. Parfois sa jambe lâchait, entraînant des chutes à son travail ou dans le bus. Elle avait été hospitalisée à la suite d'une de ses chutes. Depuis qu'elle avait cessé son activité professionnelle, ses douleurs lombaires avaient diminué, mais elles étaient toujours présentes et irradiaient la jambe droite. Elle ne pouvait pas prendre complètement appui sur cette jambe au risque qu'elle se dérobe. Chez elle, la recourante pouvait se reposer entre deux activités ménagères, mais elle devait être prudente et éviter tout effort physique. De plus, elle a indiqué souffrir, depuis deux ans, d'incontinence urinaire importante. Elle faisait de nombreux régimes pour lutter contre son obésité, mais sans succès.

A la question de savoir si sans handicap, une activité lucrative serait exercée à ce jour, la recourante a répondu que oui, et cela pour des raisons financières. Elle aurait continué à travailler chez Monsieur E_____, tantôt le matin, tantôt l'après-midi, cinq jours sur sept, entretenant le logement, assurant le repassage et

préparant à la demande les repas pour cette famille de quatre personnes. Elle regrettait, tout comme son ancien employeur, d'avoir été contrainte d'arrêter de travailler. Depuis la fin des rapports de travail avec Monsieur E_____, la recourante n'avait plus aucun gain. Le mari de la recourante était maçon indépendant. La recourante n'avait jamais collaboré dans l'activité de son mari. La fille de la recourante était financièrement indépendante, elle avait quitté la maison deux ans auparavant.

L'enquêtrice a retenu un empêchement de 32% dans les travaux ménagers habituels. Ce dernier a été évalué comme suit, en scindant les travaux en sept catégories et en pondérant les champs d'activités correspondant :

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage	5%	0%	0%
Alimentation	45%	35%	15%
Entretien du logement	20%	50%	10%
Emplettes et courses diverses	10%	30%	3%
Lessive et entretien des vêtements	20%	20%	4%
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	0%	0%	0%
Divers	0%	0%	0%
Total	100%		32%

Un statut mixte, 55% pour la tenue du ménage et 45% pour l'activité d'employée de maison, a été retenu par l'enquêtrice. Selon l'enquête, l'activité de salariée de la recourante était de 18 heures par semaine, alors que l'horaire de travail usuel était de 40 heures dans la même branche. De plus, 22 heures de ménage, par semaine, ont été retenu.

Le degré d'invalidité s'élevait donc à 17,6% (32% de 55%), dans le cadre de la tenue du ménage.

6. Dans un rapport médical intermédiaire du 10 juillet 2002, le Dr L._____ a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire, sa compliance médicalement bonne, et qu'une reprise du travail était impossible, actuellement.
7. Une expertise multidisciplinaire a été effectuée le 16 octobre 2003 par le CENTRE D'OBSERVATION MEDICALE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après le COMAI).

La recourante se plaignait d'une lombosciatalgie droite continue, dont l'intensité variait entre 5 et 8 sur l'échelle de l'algométrie analogique qui comptait 10 graduations (EVA). La recourante définissait ces symptômes comme des brûlures ou encore comme des piqûres. Ils augmentaient lors de l'antéflexion du tronc, lors des positions prolongées ou encore à la marche. Par ailleurs, il n'existait ni lâchage, ni faiblesse des membres inférieurs. La prise d'anti-inflammatoire per os n'entraînait que peu d'amélioration symptomatique. Sur le plan du handicap fonctionnel, la recourante se disait réveillée par ses algies toutes les deux à trois heures environ, lors de changements de position dans le lit. Le matin, au lever, elle n'éprouvait que peu de difficultés majeures. Durant la matinée, elle accomplissait quelques menues activités ménagères, fractionnant les tâches à accomplir sur l'entier de la journée. Puis, elle sortait faire ses courses. Les positions debout ou assises prolongées s'avéraient peu confortables pour elle. Parfois, la recourante éprouvait un blocage douloureux du dos pendant quelques jours d'affilée. La recourante souffrait, par ailleurs, d'hypertension artérielle, d'obésité et d'incontinence urinaire de type stress.

Sur le plan psychique, la patiente se plaignait d'être toujours "*un peu nerveuse*", en particulier lorsqu'elle essayait de faire une activité et qu'elle n'y parvenait pas en raison des douleurs diffuses. Elle signalait des angoisses fréquentes, en particulier lorsqu'elle était seule. Elle se plaignait également de solitude, d'une humeur déprimée et pensait parfois à la mort de manière passive. La recourante signalait aussi des troubles du sommeil. Il n'y avait pas de réveil matinal précoce, et le sommeil était réparateur.

Au sujet des antécédents médicaux, la recourante avait souffert, sur la plan somatique, d'une thyroïdite auto-immune et d'une cupulolithiase droite en mai 2003. Sur le plan psychologique, elle n'avait présenté, jusqu'à l'arrêt de travail en juin 1998, aucun trouble psychique, tels dépression, trouble anxieux, phobie ou attaque de panique. Elle n'avait jamais requis d'hospitalisation en milieu psychiatrique et n'avait pas consulté de psychologue ou de psychiatre à ce jour.

L'examen somatique indiquait une obésité de classe III, avec un poids de 112 Kg pour 151 cm. Au niveau des membres supérieurs, la force, le tonus, la coordination, les réflexes et la sensibilité étaient conservés.

Au niveau des membres inférieurs, l'examen était sans particularité. Les points de Smythe, habituellement recensés dans le fibromyalgie étaient absents chez la recourante dans une proportion de 18/18, permettant d'écarter cette hypothèse diagnostique.

L'examen psychiatrique relevait une immaturité et un appauvrissement affectif. Des troubles thymiques et affectifs étaient présents et se manifestaient par une tristesse, un découragement et une anxiété. Des idées passives de mort, sans idéation suicidaire, ni scénario étaient verbalisées. Le tonus vital était diminué avec une perte de l'initiative. Un manque d'énergie et de dynamisme, un complexe d'infériorité et de confiance en soi, et un discret ralentissement psychomoteur étaient présents. La recourante présentait aussi, depuis environ 1998, une dysthymie (F34).

L'examen rhumatologique permettait d'observer chez la recourante une importante hyperlordose lombaire associée à un syndrome vertébral tout à fait net, sans syndrome d'irritation radiculaire, ni de déficit sensitivomoteur objectif au status neurologique des membres inférieurs. Le bilan radiologique permettait de constater un canal lombaire étroit dont le retentissement fonctionnel actuel n'engendrait pas d'altération du status neurologique. Le pronostic, quant à la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, paraissait défavorable, pour des raisons socioculturelles sortant du champ médical.

En résumé, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient une lombosciatalgie avec canal lombaire étroit et hernie discale L3-L4 droite depuis 1998, une obésité ancienne, une dysthymie F34.1 présente depuis 1998, ainsi qu'une personnalité frustrée à traits abandonniques présente depuis le jeune adulte mais décompensée depuis 1998 environ. Sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics étaient une hypertension artérielle et une incontinence urinaire de type stress. S'agissant de la capacité de travail, l'atteinte somatique et la comorbidité psychiatrique (dysthymie chez une personne frustrée à traits abandonniques) interféraient avec celle-ci, qui à ce jour était estimée à 60%, dans toute activité, sans diminution de rendement, présente depuis 1998.

8. Par courrier du 27 novembre 2003, la Dresse M _____, du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a interpellé le Dr N _____, du COMAI en raison de discordances s'agissant de la capacité de travail exigible de l'assurée dans son ancienne activité d'employée de maison
9. Par courrier du 8 janvier 2004 à la Dresse M _____, le Dr O _____ a indiqué s'être trompé et avoir inversé les termes de capacité et d'incapacité. Il a précisé que la capacité de travail de l'assurée en tant qu'employée de maison était bien de 60% et non de 40% comme indiqué par erreur dans son rapport.

10. Dans un rapport sans examen clinique du 14 janvier 2004, le SMR a confirmé les capacités de travail de 60% comme active dans toute activité, et de 68% comme ménagère. En cas d'octroi d'une rente, il a proposé une révision dans les deux ans.
11. Par décision du 18 mars 2004, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente. Il a considéré que l'assurée était capable d'exercer son ancienne activité d'employée de maison à 60% et ce, sans baisse de rendement. Dès lors qu'elle n'avait travaillé jusqu'alors qu'à 45%, aucune invalidité n'en découlait. Il a en revanche admis une certaine incapacité dans le cadre de l'activité ménagère, insuffisante pour ouvrir droit à des prestations dans la mesure où le taux d'invalidité global s'élevait à 17,6%.
12. Le 3 mai 2004, la recourante a déposé une opposition auprès de l'OCAI, concluant à une demande d'une nouvelle instruction médicale pour déterminer son invalidité tant dans son activité professionnelle à temps partiel que dans la tenue son ménage, à l'annulation de la décision litigieuse, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière.

Elle a produit avec son opposition un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) du genou droit, du 26 février 2004, concluant à "un épanchement intra-articulaire et volumineux kyste poplité. Chondropathie rotulienne et condylienne avec signe d'arthrose fémoro-patellaire et gonarthrose. Déchirure "grade III" de la corne postérieure du ménisque interne."
13. Dans un avis du 11 juin 2004, la Dresse M_____ du SMR a estimé que si l'examen montrait effectivement une déchirure méniscale interne, l'intervention serait rapide et permettrait en peu de temps de retrouver l'état antérieur. Elle a donc admis qu'il y avait péjoration mais souligné que celle-ci serait limitée dans le temps et ne devrait pas influencer la capacité de travail de manière durable.
14. Dans son rapport du 5 juillet 2004, le Dr L_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et précisé que, depuis le mois de février 2004, la recourante boitait en raison de douleurs au genou droit. Il a estimé sa capacité de travail à 0%.
15. Du rapport établi par le Dr P_____, chef de clinique adjoint de la polyclinique des services de chirurgie des HUG, le 3 mai 2004, il ressort que la lésion méniscale est en relation avec une surcharge du compartiment fémoro-tibial interne des genoux. Ce médecin a déconseillé de pratiquer une méniscectomie, laquelle ne ferait selon lui qu'aggraver le déséquilibre dû au problème de surcharge et conduire à la survenue précoce d'une gonarthrose invalidante à laquelle la patiente paraissait d'ailleurs déjà sujette. Sa seule proposition thérapeutique a été un régime alimentaire.
16. Le SMR, auquel ces documents ont été soumis, a relevé que l'IRM et le rapport du Dr P_____ n'amenaient pas d'élément diagnostique nouveau mais confirmaient les lésions dégénératives des genoux déjà décrites dans l'expertise du COMAI. Les experts n'avaient alors pas fait de référence explicite au problème évoqué par le

Dr P_____ mais, selon le SMR, il était clairement documenté. Quant à l'examen clinique, il était comparable à celui du Dr P_____, lequel a signalé une amplitude articulaire complète des deux genoux.

17. Par décision sur opposition du 11 janvier 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a notamment souligné que l'âge de l'assurée et son manque de formation professionnelle n'étaient pas des facteurs liés à l'invalidité, que son obésité n'était pas propre, à elle seule, à justifier une incapacité de gain et qu'une nouvelle instruction médicale n'avait pas lieu d'être, compte tenu du fait qu'une expertise avait déjà été diligentée.
18. Par acte du 4 février 2005, la recourante a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et contesté formellement pouvoir exercer à 60% une activité d'employée de maison.
19. Par arrêt du 19 janvier 2006 (ATAS/65/2006), le Tribunal de céans a rejeté le recours et a confirmé la décision du 18 mars 2004, refusant toute rente d'invalidité à la recourante. Le Tribunal a confirmé le statut mixte 45%-55%, mais a, cependant, relevé qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante, postérieure à la décision querellée et justifiant instruction, avait été rendue plausible: de nouvelles pièces médicales établies et produites en juillet 2005 faisaient en effet état d'une tuméfaction du genou gauche (diagnostic nouveau) depuis le mois de février 2005. Le Tribunal a pris acte que l'intimé avait proposé d'ouvrir une instruction concernant la période postérieure à la décision litigieuse.
20. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée en février 2006. Au mois d'août 2002, une enquête du même type avait montré un degré d'empêchement de 32% dans le ménage, dû à des douleurs lombaires, un blocage du dos, des douleurs irradiant dans la jambe droite, une faiblesse de la jambe droite, une obésité, ainsi qu'une incontinence urinaire. Depuis 2004, la recourante souffrait également de douleurs au genou droit, et d'une gonarthrose fémoro-tibial. Son état de santé avait continué à s'aggraver, et depuis 2005, elle souffrait, en plus, du genou gauche, d'une méniscopepathie de grade III, ainsi que d'une rizarthrose bilatérale avec une déformation douloureuse des doigts. Elle présentait une nette diminution de la flexion des doigts des deux mains, quoique plus accentuée à la main droite. Elle avait tendance à lâcher les objets. Les nuits étaient pénibles, car les douleurs la réveillaient. Elle devait souvent se lever et s'asseoir un moment avant de pouvoir se recoucher et retrouver une position confortable.

La recourante a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler pour son ancien employeur, à raison de 18 heures par semaines.

Le calcul de l'invalidité a été fait en deux parties. Dans un premier temps, l'enquêtrice a calculé les empêchements de la recourante depuis 2004, et dans un deuxième temps, depuis 2005.

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage	5%	0%	0%
Alimentation	45%	40%	18%
Entretien du logement	20%	70%	14%
Emplettes et courses diverses	10%	30%	3%
Lessive et entretien des vêtements	20%	40%	8%
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	0%	0%	0%
Divers	0%	0%	0%
Total	100%		43%

Les principaux changements entre 2002 et 2005 se situaient au niveau de l'entretien du logement et de l'entretien de la lessive. Avant ses problèmes de santé, la recourante s'occupait seule de tout l'entretien du logement. Depuis, elle ne pouvait plus changer les draps du lit, car la flexion de ses genoux l'en empêchait. Elle ne pouvait, non plus, plus laver la salle de bain et les WC à cause de ses mains gonflées. Sa fille s'occupait du nettoyage de tout l'appartement. Elle faisait, seulement, encore un peu de rangement, enlevait la poussière à sa hauteur et passait le "swiffer" si nécessaire. Au niveau des lessives et de l'entretien des vêtements, la recourante s'en occupait avant seule. Depuis, elle devait s'asseoir pour toutes les tâches effectuées, ses genoux ne lui permettant plus de rester debout. Elle ne repassait plus. Le raccommodage devenait difficile, voire impossible selon les jours où ses doigts étaient trop enflés.

En définitive, l'enquête a conclu à un empêchement de 43% dans la tenue du ménage. Il avait été pris en compte que le mari de la recourante avait l'obligation de

participer à la réduction du dommage engendré par le handicap de sa femme en étant actif dans la sphère ménagère (commissions, repas, literie), mais pas sa fille car elle ne vivait plus sous le même toit.

21. Dans un rapport du 20 février 2006, le Dr L_____ a indiqué que, depuis 2005, l'état de santé de la recourante s'était aggravé. Les diagnostics étaient une rizarthrose bilatérale avec déformation des doigts, et des gonalgies gauches. L'incapacité de travail était totale. Le médecin traitant a, de plus, joint un rapport de consultation du 28 octobre 2005 du Dr Q_____, spécialiste en orthopédie, retenant une méniscopathie de grade III et une arthrose fémoro-tibiale interne débutante.
22. Le 18 juin 2007, le Dr R_____, spécialiste FMH en rhumatologie-médecine interne a rendu un rapport d'expertise médicale.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une polyarthrose digitale, une gonarthrose bilatérale tricompartmentale, un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ainsi qu'une obésité morbide (BMI: 52kg/m²). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des polyarthralgies sur probable polyinsertionite, une diminution du seuil de tolérance à la douleur, une dysthymie réactionnelle, un status post thyroïdite en 1990 traité, ainsi qu'une hypertension artérielle traitée.

Dans le cadre de l'appréciation du cas, l'expert a indiqué que théoriquement, dans une activité adaptée avec limitation des déplacements à plus vingt minutes, des ports de charges de plus de 5 kg, des mouvements de préhension digitale, des mouvements de genuflexion et des mouvements en porte-à-faux, la capacité de travail de la recourante pourrait être estimée à 60%. Cependant, au vu de l'absence de formation professionnelle, de la longue durée d'arrêt de travail et de son âge, le fait de retrouver une activité adaptée paraissait très compromis. Cette appréciation se différençait de celle du Dr L_____, qui estimait que la recourante ne présentait aucune capacité de travail. Il persistait certes une gonarthrose qui, de l'avis de l'expert, ne s'était pas péjorée par rapport à 2003. Le seul élément supplémentaire par rapport à 2003, date de l'expertise précédente, consistait en des douleurs digitales dans un contexte de trouble dégénératif. Il était à noter, cependant, qu'aucune prise en charge thérapeutique, ergothérapeutique voire d'infiltration n'avait été entreprise à ce jour. Il restait à espérer qu'une telle approche puisse améliorer la symptomatologie douloureuse. Concernant les genoux, il n'y avait pas de péjoration significative.

Dans une activité adaptée, la recourante présentait une incapacité de travail de 40%, soit une baisse de rendement de 40% au plus.

23. Par avis du 6 novembre 2007, le SMR a indiqué qu'il y a avait bien une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision, et depuis 2005, celle-ci entraînait

toujours une incapacité de travail dans l'ancienne activité de la recourante, mais laissait persister une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. Sur le plan de la capacité de travail exigible, les empêchements ménagers retenus lors de la décision de refus étaient de 34,75%, mais une nouvelle enquête retenait dès 2005 des empêchements de 43% sur lesquels le SMR indiquait s'aligner en raison de la péjoration de l'état de santé de la recourante depuis 2005.

24. Par projet de décision du 12 novembre 2007, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a considéré que la recourante n'était plus capable de travailler dans son ancienne activité. Cependant, elle était capable d'exercer une activité adaptée à 60%. Dès lors qu'elle n'avait travaillé jusqu'alors qu'à 45%, aucune invalidité n'en découlait. Il a en revanche admis une certaine incapacité dans le cadre de l'activité ménagère, insuffisante pour ouvrir droit à des prestations dans la mesure où le taux d'invalidité global s'élevait à 23,65%, arrondi à 24%.

25. Le 13 décembre 2007, la recourante a formé une opposition au projet de décision et a confirmé un rendez-vous fixé à l'OCAI pour une audition, le 23 janvier 2008.

26. Le procès-verbal d'audition du 23 janvier 2008 indique ce qui suit:

"Nous revenons sur le statut reconnu (active à 45%) qui n'est pas contesté. L'avocate de la recourante tient à préciser que si le statu quo est maintenu, c'est principalement dû au fait que la recourante ne travaille pas. Si elle devait travailler (plus de déplacements), la situation médicale s'aggraverait. Il ne semble pas réaliste compte tenu de l'ensemble des problèmes médicaux et du cumul des limitations fonctionnelles que la recourante reprenne une quelconque activité lucrative. La recourante précise que depuis l'expertise, ses genoux sont plus douloureux, ainsi que ses mains (plus de déformations). Elle a de plus en plus de peine à marcher et à utiliser ses mains. Nous convenons que je soumette à nouveau le dossier à notre service médical. Si ce dernier persiste dans sa décision, nous pourrions envisager une aide au placement, démarche avec laquelle la recourante est d'accord."

27. Par avis du 22 février 2008, le SMR a admis qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante était possible. Il a donc prié l'OCAI de redemander des rapports médicaux à tous les intervenants dans le dossier.

28. Dans un rapport du 7 mai 2008, le Dr L. _____ a indiqué que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis son rapport du 20 février 2006. Les diagnostics étaient une déchirure grade III du ménisque gauche, une nécrose condyle fémoral du plateau tibial interne. Selon le médecin traitant de la recourante, l'incapacité de travail était totale, dans son ancienne activité comme dans une activité adaptée. Ce dernier a joint à son rapport, un rapport d'IRM qui concluait à un épanchement intra-articulaire, un important signe d'arthrose fémoro-patellaire et de gonarthrose du compartiment interne, à moindre degré de l'externe, une dégénérescence du ménisque interne avec déchirure grade III de sa corne moyenne et surtout

postérieure, des lésions ostéochondrales avec nécroses aseptiques du condyle fémoral interne et du plateau tibial interne en regard, une tendinopathie rotulienne et une bursite. Le ligament collatéral interne était refoulé par les ostéophytes marginaux. Le ligament croisé antérieur présentait un aspect grêle, entouré par une formation synoviale, sans rupture actuellement.

29. Par avis du 26 juin 2008, le SMR a ordonné un complément d'expertise qu'il a confié au Dr R_____, afin de déterminer s'il y a eu une aggravation objective de l'état de santé depuis l'expertise du 18 juin 2007.
30. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 29 août 2008, le Dr R_____ a, après un examen clinique et une anamnèse détaillés, diagnostiqué avec répercussions sur la capacité de travail une gonarthrose bilatérale tricompartimentale, un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, une coxarthrose bilatérale modérée, ainsi qu'une obésité morbide (BMI: 48kg/m²). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des polyarthralgies sur probable polyinsertionite, une diminution du seuil de tolérance à la douleur, une dysthymie réactionnelle, un status post-thyroïdite en 1990 traité, ainsi qu'une hypertension artérielle traitée. La recourante présentait une limitation concernant les ports de charge de plus de 5 kg, les mouvements en porte-à-faux, les longs déplacements de plus de vingt minutes à plat ou en plan incliné, les mouvements de genuflexion, ainsi que les mouvements de préhension digitale. Sa capacité de travail, dans son activité antérieure de femme de ménage était estimée à 30%. Une prise en charge ergothérapeutique, physiothérapeutique et balnéothérapeutique pourrait éventuellement améliorer cette capacité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail se situait entre 30 et 40%, soit une diminution de rendement de 60 à 70% du point de vue rhumatologique.
31. Par avis du 30 septembre 2008, le SMR a indiqué que la capacité de travail exigible avait diminué, puisqu'elle n'était plus que de 30 à 40% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de la recourante.
32. Par décision du 17 octobre 2008, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante, au motif qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Après la première aggravation de l'état de santé de la recourante, survenue en 2005, l'OCAI avait calculé le degré d'invalidité comme ceci:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	45%	0%	0%
Ménagère	55%	43%	23,65%

Degré d'invalidité			23,65%, arrondi à 24%
--------------------	--	--	-----------------------

L'expert avait revu la recourante en août 2008, et avait conclu que malgré la prise en charge physiothérapeutique effectuée en mars 2008, on assistait à la persistance d'une péjoration de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle. Dès lors, concernant la capacité de travail, le SMR estimait qu'elle était de l'ordre de 30% (par rapport à un plein temps) dans une activité adaptée, depuis mars 2008. Le taux d'invalidité découlait donc du calcul suivant:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	45%	15%	6,75%
Ménagère	55%	43%	23,65%
Degré d'invalidité			30,4%, arrondi à 30%

33. Par acte du 19 novembre 2008, la recourante a recouru contre ladite décision. Elle a demandé une comparution personnelle des parties, et conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à la constatation d'un taux d'invalidité de 70%, avec suite de dépens. Selon elle, comme l'avaient constaté plusieurs médecins, elle souffrait de gonarthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire, de dégénérescence du ménisque interne de grade III de la corne moyenne et postérieure, de troubles dégénératifs multi-étagés prédominant en L5-S1 avec arthrose facettaire postérieure, des troubles dégénératifs des mains touchant les IPP et IPD, de coxarthrose polaire supérieure moyenne au niveau du bassin, d'obésité morbide et d'incontinence urinaire. La recourante a contesté l'expertise médicale du Dr R_____ du 18 juin 2007. Selon elle, cette expertise, qui décrivait de façon exhaustive ses problèmes de santé, concluait cependant, "contrairement à toute logique, à une diminution du rendement de 40% en ce qui concernait son activité professionnelle, et de 50% en ce qui concerne la tenue de son ménage." De plus, l'expertise complémentaire du Dr R_____ confirmait très clairement l'aggravation de son état de santé et indiquait que sa capacité de travail résiduelle dans son activité de femme de chambre était de 30%. Ainsi, logiquement, l'OCAI aurait dû admettre un taux d'invalidité de 70%.
34. Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OCAI a confirmé sa décision, et conclu au rejet du recours.
35. Le 23 mars 2009, le Tribunal de céans a convoqué les parties pour une audience comparution personnelle. A cette occasion les parties ont déclaré:

" La recourante : Je persiste dans les conclusions de mon recours.

L'intimé : Je persiste dans les conclusions du rejet du recours.

La recourante: Je suis mariée et nous avons une fille qui a 31 ans et qui ne vit plus avec nous. Les travaux ménagers sont effectués en partie par mon mari et ma fille ainsi que par une aide familiale qui vient à la demande. Pour ma part je n'effectue que quelques menus travaux en raison de mes problèmes de santé.

Mon mari exerce la profession de maçon en indépendant et en collaboration avec un autre professionnel de la branche. Mon mari réalise un revenu de l'ordre de 4'800 fr. par mois. Les ressources familiales sont donc constituées de ce revenu.

J'ai travaillé de 1980 à 1998 en qualité d'employée de maison à raison de 18 heures par semaine soit 45 %. Depuis juin 1998 je suis en incapacité totale et définitive de travailler. Je suis en Suisse depuis 1972 et à Genève en 1975. Au préalable j'avais travaillé dans une fabrique de tissus en Suisse alémanique. Depuis 1998 je n'ai jamais tenté de reprendre une activité professionnelle en raison de risques de chutes dus en particulier à une faiblesse au niveau des genoux.

En ce qui concerne mon état de santé j'ai une hernie discale qui n'est pas opérable en raison de sa position ainsi que des problèmes de genoux (ménisque et ligaments). Ces problèmes de genoux ne sont pas opérables non plus en raison de l'arthrose. Tous ces problèmes risquent d'engendrer des chutes qui quelques fois se sont réalisées sans dommages. Le fait de mobiliser ces membres crée des enflures. Je suis suivie pour ces problèmes de dos et de genoux par le Dr P_____, service de chirurgie orthopédique aux HUG ainsi que par le Dr L_____, médecin interne endocrinologue. Le seul traitement qui m'est prodigué est constitué de médicaments antidouleurs et anti-inflammatoires. Je fais également des séances de physiothérapie dont les effets ne sont pas toujours satisfaisants. Les douleurs que je subis et qui ont une origine d'arthrose ne s'améliorent guère avec l'âge.

Au sujet de mes mains, je relève que j'ai parfois des fourmilles qui m'empêchent de prendre des objets. J'ai perdu la force. J'ai mes mains qui se déforment au cours des années. Je n'ai jamais consulté un spécialiste de la main. Le Dr L_____ a effectué des radios, il m'a prescrit des antidouleurs.

Les médecins qui me suivent ne m'ont pas proposé de traitement particulier si ce n'est de maigrir. J'ai été suivie par une diététicienne dont les résultats n'ont pas été concluants dans la durée.

Je relève encore que les problèmes d'incontinence qui sont survenus il y a environ deux ans s'aggravent dans le temps.

Note du Tribunal : Le calcul du degré d'invalidité tel qu'il ressort de la page 2 de la décision du 17 octobre 2008 ne tient apparemment pas compte des conclusions du complément d'expertise médicale du 29 août 2008 du Dr R_____ d'où il résulte un taux de capacité de travail de 30 % et donc une incapacité de travail de 70 % qui devrait en principe constituer le pourcentage d'empêchement.

L'intimé : Le calcul du degré d'invalidité tel qu'il ressort de la page 2 de la décision du 17 octobre 2008 fera l'objet d'un nouvel examen de la part de l'OCAI en tenant compte de la remarque ci-dessus dans le cadre de la procédure.

La recourante: J'ai exercé mon activité à 45 % en raison de mon état de santé. Toutefois je précise que si j'avais été dans la possibilité de travailler à temps complet j'aurais tout de même eu un travail à temps partiel lorsque notre fille était petite.

Au niveau social je participe à la vie de mon quartier surtout dans le cadre des groupements d'espagnols. Je sors en fonction de mes capacités avec des trajets qui ne durent pas plus d'une demi-heure et je fais un minimum de courses."

Sur ce, le Tribunal a décidé d'attendre la prise de position de l'OCAI en relation avec le calcul du taux d'invalidité. Un délai au 6 avril 2009 a été fixé à l'OCAI.

36. Par courrier du 6 avril 2009, l'OCAI a rendu le détail du calcul du degré d'invalidité de la recourante. Au sujet du calcul du revenu avec invalidité, le SERVICE DE LA READAPTATION a retenu un taux de 30%. En outre, il y avait lieu de se baser sur L'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2006, TA1, pour une femme, tous secteurs confondus (total), pour une activité simple et répétitive (niveau 4). En actualisant le montant au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux de 2007, l'on obtenait un montant de 15'308 fr. pour une activité adaptée, à un taux de 30%; le statut mixte de 45%-55% n'était en outre pas contesté. Après une réduction globale de 10% du revenu d'invalidé, en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge, ainsi que du taux d'activité, le revenu avec invalidité s'élevait à 13'777 fr. Quant au revenu sans invalidité, la recourante exerçait, avant la survenance de son invalidité, l'activité d'employée de maison. Selon le rapport de l'employeur réceptionné à l'office le 13 mars 2000, le salaire annuel en 1998 était de 12'960 fr. Actualisé à 2007, le montant obtenu s'élevait à 14'745 fr. La perte de gain totale était de 968 fr. (14'745 fr. - 13'777 fr.), soit un pourcentage de 6,56%, arrondi à 7%.

L'OCAI précisait par ailleurs que pour obtenir le taux d'invalidité global, il y avait lieu de pondérer le taux ci-dessus avec les résultats de l'enquête ménagère, soit:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	45%	7%	3,15%

Ménagère	55%	43%	23,65%
Degré d'invalidité			26,8%, arrondi à 27%

L'OCAI ajoutait que si en revanche, l'on tenait compte d'une capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle de femme de ménage sur la base de l'expertise du Dr R_____ du 25 août 2008, le taux d'invalidité dans la part de l'activité lucrative se monterait à 15%, en tenant compte du statut d'active à 45% ($45\% - 30\% = 15\%$). Après pondération avec les résultats de l'enquête ménagère, l'office obtenait un degré d'invalidité de 38,65% (15% dans la part lucrative + 23,65% dans la part ménagère), et non de 30,4% (30%) comme cela ressortait de la décision attaquée. Il n'était cependant pas indiqué de recourir à cette méthode d'évaluation en l'espèce, car elle ne correspondait pas à la réalité, la recourante étant sans emploi, depuis longtemps. En conclusion, un taux de 27% (de même que de 38,65%) était insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

37. Par courrier du 4 mai 2009, la recourante a indiqué ne pas comprendre le calcul de l'OCAI, qu'elle jugeait "absurde". Selon elle, son incapacité de travail étant de 70%, son incapacité de gain aussi.
38. Après remise de ce courrier à l'OCAI, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. La question litigieuse est double. Premièrement, la question est de savoir si la recourante a droit à une rente entre la première aggravation de son état de santé de 2005 et la deuxième de 2007, puis, depuis la deuxième aggravation de l'état de santé, soit depuis 2007.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} 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).

S'agissant du droit aux prestations, on rappellera brièvement que selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI, 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).

6. Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

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 dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été

en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au supplément 1 aux directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales. Le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion d'admettre la conformité aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI de cette pratique administrative (ATFA non publiés du 9 avril 2001, I 654/00, du 22 août 2000, I 102/00 et du 15 novembre 1999, I 331/99). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faille faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). En présence de troubles d'ordre psychique et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

7. Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

L'art. 88a al. 1^{er} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), précise notamment que si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, 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.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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 ; 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 publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

8. 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

9. En l'espèce, s'agissant de la première aggravation de 2005, celle-ci a fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage, ainsi que d'une expertise médicale.

Concernant, tout d'abord, l'enquête ménagère, le statut mixte de la recourante de 45%-55% a déjà été confirmé dans l'arrêt précédent, et il ne fera donc pas l'objet d'une nouvelle analyse. De plus, la recourante ne conteste pas la pondération des différents champs d'activité contenue dans le rapport d'enquête ménagère. Le degré d'invalidité de 43% sur un 100% est donc confirmé.

Par ailleurs, l'expertise médicale a manifestement été établie dans les règles de l'art. Il n'y a pas de contradiction dans les indications de l'expert, les points litigieux ont été analysés, la recourante a eu la possibilité de s'exprimer, les conclusions sont claires, les diagnostics sont précis. La recourante ne critique, du reste, que l'appréciation faite par l'expert psychiatre sur la capacité de 60% de travail et non la forme de l'expertise.

En confirmant la valeur probante de l'expertise médicale, le Tribunal de céans ne peut que suivre les conclusions de l'expert, et en particulier la capacité de travail retenue de 60%.

Le calcul du degré d'invalidité est donc le suivant: pour la part sur l'activité ménagère, soit 55%, la recourante est incapable de travailler à 43% sur un 100%, soit à 23,65% pour un 55% (43% fois 55%/100%). Le degré d'invalidité dans l'activité ménagère est donc bien de 24%. Pour les 45% d'activité partielle, la recourante est capable de travailler 60%. Il n'y a donc aucune invalidité car avec une incapacité de 40% dans une activité adaptée (prise en compte sur un plein temps), la recourante pourrait toujours travailler à 45%. Le taux d'invalidité total est donc bien de 24%, comme indiqué par l'OCAI. La première partie de la décision querellée sera donc confirmée.

Un taux d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrant pas un droit à l'octroi d'une rente d'invalidité, c'est donc à juste titre que l'OCAI a refusé une rente à la recourante entre 2005 et 2007.

10. S'agissant de la deuxième aggravation de l'état de santé de la recourante, survenue en 2007, l'OCAI a demandé un complément d'expertise médicale. Selon l'expert, la capacité de travail de la recourante se situe, dorénavant, entre 30 et 40%. La valeur probante de cette expertise sera en outre confirmée, car elle respecte les conditions jurisprudentielles. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante.

Sur cette base, l'OCAI retient une capacité de travail de 30%. Il y a donc bien eu une aggravation de l'état de santé. Reste à vérifier, si elle entraîne une modification du taux d'invalidité. La recourante conteste le calcul de l'invalidité. Selon elle, l'OCAI aurait dû admettre un taux d'invalidité de 70%, étant donné que sa capacité de travail résiduelle s'élève à 30%.

Dès lors il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité global de la recourante, soit dans son activité professionnelle et dans la tenue de son ménage.

Avant l'invalidité, elle travaillait en tant qu'employée de maison à raison d'environ 18 heures par semaine, pour un salaire mensuel de 1'080 fr, soit 12'960 fr. annuel. Selon l'art 7 de la Convention Collective de Travail Secteur du nettoyage pour le canton de Genève, la durée hebdomadaire moyenne du travail est d'au maximum 44

heures par semaine. En travaillant, environ 18 heures par semaine, la recourante travaillait à peu près à 45% comme l'enquête ménagère l'a retenu.

Le revenu sans invalidité était donc de 12'960 fr. par an, en 1998. Actualisé à 2007, à l'aide de l'indice suisse des salaires nominaux, le salaire s'élève à 14'847 fr. 70.

Pour évaluer le gain d'invalidité, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2006 TA 1), le salaire mensuel s'élève pour les femmes à 4'019 fr. en 2006. Dans cette catégorie, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne requièrent aucune formation professionnelle. Compte tenu de l'horaire de travail de 41,7 heures habituelles dans les entreprises (La Vie économique, 3-2006, tableau B9.2, p. 90), le salaire annuel doit être fixé à 50'280 fr, qu'il y a lieu d'indexer à l'année 2007 (2454/2142), ce qui donne un montant de 57'822 fr. La capacité de travail retenue est de 30%, ce qui représente un revenu de 17'346 fr. 60.

En raison des limitations fonctionnelles, il est possible de diminuer le revenu d'invalidité de 10%, ce qui correspond à un revenu d'invalidité annuel de 15'612 fr.

En procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité, on aboutit à un taux d'invalidité de 0%, ce qui s'explique par le très bas salaire gagné dans son activité lucrative.

Cependant, pour calculer l'évaluation du taux d'invalidité global, il est nécessaire de déterminer tant le taux d'invalidité dans l'activité lucrative, que dans l'activité ménagère.

Or, après avoir demandé un complément d'expertise médicale, l'OCAI a omis de demander un complément d'enquête ménagère ou une nouvelle enquête, comme il l'avait fait après la première aggravation. L'intimé s'est en effet basé sur les 43% d'empêchement résultant de l'enquête ménagère menée après la première aggravation de l'état de santé. Au vu de ce qui précède, l'instruction de l'OCAI s'avère incomplète et le Tribunal de céans n'est pas en mesure en l'état du dossier de calculer le taux global d'invalidité de la recourante depuis 2007.

Le dossier doit donc être renvoyé à l'intimé pour un complément d'instruction sous forme d'enquête ménagère. Pour le surplus, la décision litigieuse est confirmée en tant qu'elle refuse l'octroi d'une rente jusqu'à l'aggravation de 2007.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Annule la décision de l'OCAI du 17 octobre 2008.
4. Renvoie le dossier à l'OCAI pour un complément d'instruction sous forme d'enquête ménagère à domicile.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante 1'500 fr. à titre de dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

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