REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/532/2007 **ATAS/1374/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 29 novembre 2007

En la cause

Madame B_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Charles SULMONI	recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____, née en 1951, au bénéfice d'un diplôme de secrétariat péruvien, sans activité lucrative, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 décembre 2003, sous la forme d'une rente, en invoquant une discopathie dégénérative L5-S1 évoluant sur un mode chronique (pce 1 OCAI).

2. Questionné par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), le docteur C_____, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué, dans un rapport du 28 décembre 2003, ne pas avoir revu sa patiente depuis le 17 septembre 2002 (pces 10 à 12 OCAI). Il a posé le diagnostic de brachialgies bilatérales n'engendrant pas de handicap formel chez une femme au foyer, mais contre-indiquant les travaux de force. Il a estimé la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée et ajouté que la suite du traitement pourrait éventuellement consister en une révision de tunnel carpien à droite, une décompression de tunnel carpien à gauche et un programme de PEET.

   Ce médecin a joint à son rapport un courrier de la doctoresse A_____, spécialiste en neurologie, du 30 août 2002, dans lequel il était relevé que les résultats de l'examen électroneuromyographique de l'assurée mettaient en évidence un syndrome du tunnel carpien bilatéral encore modéré. Un certificat médical du docteur C_____, du 29 octobre 2002, faisait quant à lui état d'acralgies des deux membres supérieurs avec, du côté droit, un kyste téno-synovial (traité par ponction-infiltration, cf. rapport de consultation du 25 juin 2002) et, de façon bilatérale, un syndrome du tunnel carpien, ainsi que d'une atteinte irritative ulnaire au coude droit.

3. L'assurée a déclaré, dans un questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré reçu en retour à l'OCAI le 19 janvier 2004 (pce 14 OCAI), qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % en milieu hospitalier ou dans une bibliothèque et ce, depuis longtemps, par intérêt personnel et pour des raisons financières.

4. Par courrier du 5 février 2004, l'Hospice général a fait savoir à l'OCAI qu'il versait des prestations d'assistance à l'intéressée (pce 17 OCAI).

5. Dans son rapport du 7 février 2004 (pces 18 à 20 OCAI), le docteur D_____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et médecine du sport, a estimé que l'assurée était totalement incapable d'exercer son activité de secrétaire-aide hospitalière depuis 1986 en raison d'un syndrome vertébral lombaire itératif sur discopathie dégénérative L5-S1 et d'un tunnel carpien bilatéral. Le médecin a précisé que ces pathologies étaient accompagnées d'un état dépressif réactionnel, qu'il suivait la patiente depuis mai 2002 et son état était stationnaire. Il a ajouté que, dans une activité adaptée - c'est-à-dire n'impliquant ni manutention de charges ni gestes répétitifs du tronc -, elle pouvait mettre à profit une capacité de

travail résiduelle de 6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20 % environ.

Le médecin a joint à son rapport celui du docteur E_____, radiologue, qui décrit une discopathie dégénérative L5-S1 avec prolapsus de type protrusif postéro-médian sans signe de conflit disco-radiculaire. Il en ressort que le canal rachidien était de dimension normale et qu'il n'y avait pas de sténose foraminale aux différents niveaux (rapport d'IRM lombaire du 23 avril 2001).

6. Le docteur C_____ s'est à nouveau prononcé le 25 juillet 2005 (pce 28 OCAI). Il a estimé qu'une évaluation professionnelle était indispensable. Selon lui, il y avait péjoration des valeurs électriques concernant le tunnel carpien gauche; une opération était à prévoir et la patiente ne suivait aucun traitement spécifique.

7. Pour le docteur D_____ (rapport du 14 août 2005; pce 32 OCAI), l'état de santé était resté stationnaire et la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % (3 à 4 heures par jour avec diminution de rendement de 20 %). S'agissant des troubles psychiques, ce médecin a recommandé de s'adresser au médecin traitant, le docteur F_____.

8. L'assurée a transmis à l'OCAI un rapport d'IRM cervicale du 12 novembre 2005 signé de la doctoresse G_____, spécialiste en radiologie. Ce médecin a mis en évidence une hernie discale paramédiane droite C5-C6, ainsi qu'à l'entrée du canal radiculaire à droite en conflit avec la racine C6 droite et une protrusion discale médiane C4-C5, sans compression médullaire ou radiculaire associée (pce 40 OCAI).

9. L'assurée a été soumise à un examen bi-disciplinaire effectué par les docteurs H_____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et I_____, spécialiste en psychiatrie, du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 15 mai 2006 (pce 44 OCAI), les experts ont posé les diagnostics suivants : cervico-scapulalgies bilatérales dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif modéré avec hernie discale C5-C6 paramédiane droite (M50.2), lombalgies chroniques non spécifiques dans le cadre d'une discrète discopathie L5-S1 et légère insuffisance posturale (M54.5). Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un status post cure de tunnel carpien bilatérale 1989 à droite, fin 2005 à gauche, un status post petite intervention au niveau des deux yeux en 1980 et 2001, une toxoplasmose en 1978, un status post salpingectomie gauche en 1986, un status post fausse couche en 1986 et une ménopause à l'âge de 49 ans.

Dans leur appréciation consensuelle du cas, les médecins du SMR ont retenu que l'assurée présentait des cervico-brachialgies accompagnées de céphalées ainsi que de lombalgies avec sciatalgies intermittentes, quasi permanentes et répondant peu aux traitements. Au niveau lombaire, ces douleurs pouvaient être vues dans le cadre

d'un processus dégénératif mono-segmental et d'une insuffisance posturale dans le cadre d'un début de [dé]conditionnement global. Les cervico-brachialgies s'expliquaient par des troubles dégénératifs pluri-étagés et une hernie discale C5-C6 du côté droit susceptible d'irriter la racine C6 droite, mais les plaintes de l'assurée n'y correspondaient pas tout à fait, la hernie étant peu symptomatologique. Si la mobilité cervicale en position assise était visiblement restreinte, cela était dû à un arrêt volontaire de peur de se faire mal, puisqu'en position couchée la mobilité était dans les normes et qu'il n'y avait aucune douleur lors de ces manipulations. Le status neurologique était dans les normes et il n'y avait notamment aucun signe pour une irritation radiculaire ou un déficit sensitivomoteur clair. Concernant les mains, l'anamnèse était perturbée par une chute récente qui aurait réveillé les fourmillements. Il n'y avait aucune amyotrophie, juste une petite faiblesse de l'abduction du petit doigt due aux douleurs. En présence d'une hernie cervicale non compressive et d'une discopathie lombaire, des limitations fonctionnelles pouvaient êtres admises, mais pas une incapacité de travail totale.

D'un point de vue psychiatrique, les experts ont observé une adaptation transculturelle difficile après l'immigration en Suisse, ce dont l'assurée se rendait compte. Son divorce en était une conséquence. Selon les médecins, son choix d'une vie plutôt contemplative, surtout après l'autonomisation de sa fille, était conscient et ne devait pas être qualifié de maladie psychiatrique. Il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychiatrique incapacitante, eu égard notamment à l'insuffisance de symptômes pour poser un diagnostic psychiatrique.

En fin de compte, les médecins du SMR ont conclu que l'assurée devait éviter les positions extrêmes, notamment de flexion de la nuque, ainsi que les positions statiques prolongées en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux. Ils ont ajouté que le port de charges devait être limité à 10 kg, occasionnellement, et qu'il fallait éviter les mouvements répétitifs ou de force avec les poignets. Ils ont estimé que la capacité de travail était diminuée de 20 % en tant que vendeuse et ménagère depuis juillet 2005 (date à partir de laquelle la hernie cervicale était devenue symptomatique). Les limitations dans le ménage consistaient en l'impossibilité d'effectuer les travaux difficiles tels que laver les vitres et suspendre la lessive pendant un longue durée, ainsi que porter des poids lourds. Par contre, dans la profession de secrétaire apprise au Pérou, la capacité de travail demeurait entière, comme dans toute autre activité adaptée.

10. L'OCAI a diligenté une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assurée le 21 août 2006 (pce 50 OCAI).

L'enquêtrice, après examen du dossier et des documents remis par l'assurée, a considéré que cette dernière était passée, en 2000, d'un statut de ménagère à celui de personne active. Elle a relevé que l'assurée s'était totalement dédiée à l'éducation de sa fille; cela avait été sa priorité et elle avait préféré se priver de biens matériels

(voiture et télévision par exemple) plutôt que de faillir à son rôle de mère en menant parallèlement une vie professionnelle. L'assurée et sa fille avaient vécu grâce à des revenus très modestes, qu'une aide financière de l'Hospice général était venue compléter dès novembre 2002. Ces revenus consistaient en les pensions alimentaires versées par l'ex-mari de l'intéressée depuis 1986, date du divorce, et les allocations d'études versées pour la fille (cf. avis de taxation; pce 51 OCAI). Celle-ci avait terminé son cursus universitaire en 2001 et avait alors travaillé durant deux années en qualité d'avocate stagiaire au sein d'une étude pour un salaire mensuel de 1'800 fr. environ. Ayant obtenu son brevet d'avocat en 2003, elle avait travaillé encore six mois au sein de la même étude avant de partir une année en Écosse pour y effectuer un Masters. Actuellement, elle vivait avec son ami et était indépendante financièrement. Jusqu'en mars 2004, l'assurée avait habité un appartement de 4 pièces au rez-de-chaussée (loyer de 940 fr.), puis avait pu déménager au deuxième étage du même immeuble, dans un 5 pièces rénové grâce aux économies de sa fille. Celle-ci s'acquittait de la moitié du loyer de 2'050 fr., bien qu'elle n'y vive pas. Il était toutefois projeté que l'assurée quitte son logement au profit de sa fille et de son ami et qu'elle reprenne le studio occupé par ces derniers. Dans le courant de l'année 1999, la situation financière de l'assurée s'était modifiée, sa pension alimentaire ayant diminué de moitié selon jugement de divorce. L'assurée s'était alors mise à la recherche d'un emploi (notamment chez X_____ MUSIQUE et au Petit Palais; cf. pce 49 OCAI) en vain. De même, elle s'était heurtée à un refus de l'assurance-chômage de lui verser des prestations (cf. décision du 19 décembre 2000 ; pce 48 OCAI). En 2003, sa fille a eu 25 ans et n'a plus perçu ni allocation d'études ni pension alimentaire.

A la relecture du questionnaire, l'assurée a déclaré que pour subvenir à ses besoins, elle serait sans doute obligée de travailler non pas à 50 %, mais à 100 %, un salaire à mi-temps de vendeuse n'étant certainement pas suffisant pour lui permettre de vivre de façon indépendante.

L'enquêtrice a tout de même procédé au relevé des empêchements dans le ménage, sans pour autant quantifier ces derniers eu égard à ses conclusions relatives au statut de l'assurée.

11. Le 1er septembre 2006, le dossier de l'assurée a été transféré au service de la réadaptation, sans suite (pces 52 et 53 OCAI).

12. L'OCAI a ensuite procédé à une comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité de l'assurée, qu'il a fixé à 11,7 % (pce 56 OCAI). Il a retenu comme revenu sans invalidité, un montant de 47'322 fr. correspondant au salaire perçu par une femme sans qualification dans le domaine de la vente de biens de consommation et de la vente au détail en 2006 à plein temps (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 éditée par l'Office fédéral de la statistique [ci-après : ESS], TA7, code 27, indexé selon l'Indice suisse nominal des salaires [ci-après :

ISS]), qu'il a comparé au salaire qu'aurait pu obtenir la même année une femme sans qualification dans le domaine des services à plein temps en 2006 (ESS 2004, TA1, code 50-93, indexé selon l'ISS), compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15 %, soit 41'766 fr.

13. Le 7 novembre 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait rejeter sa demande, motif pris d'un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à des prestations (pce 57 OCAI).

14. L'assurée a fait part de ses observations par lettre du 6 décembre 2006 (pce 59 OCAI).

En premier lieu, elle a contesté le revenu sans invalidité retenu par l'OCAI alléguant qu'il ne se justifiait pas, alors qu'elle ne disposait d'aucune expérience (si ce n'est quelques jours de remplacement) ou qualification dans le domaine de la vente, de retenir un salaire sans invalidité en se référant à la branche économique du commerce de détail.

En second lieu, elle a fait valoir que, compte tenu du fait qu'elle n'a pas exercé d'activité lucrative durant plus de 20 ans, son taux d'invalidité devrait être calculé en fonction de son empêchement à effectuer les travaux ménagers et non sur la base d'une comparaison des revenus. L'assurée a nié disposer d'une quelconque capacité résiduelle de travail eu égard à ses limitations fonctionnelles, son âge, son absence de formation et d'expérience professionnelle. Elle a en outre expliqué dans quelle mesure elle était entravée dans l'accomplissement de ses travaux habituels.

En conclusion, elle a demandé que les avis de ses médecins traitants soient pris en compte et qu'une rente entière lui soit octroyée en raison de son incapacité totale à effectuer la moindre activité. Subsidiairement, elle a fait valoir son droit à des mesures d'ordre professionnel si une quelconque capacité de travail résiduelle devait lui être reconnue.

L'assurée a produit, à l'appui de ses conclusions, divers documents, parmi lesquels un certificat du docteur J_____, chiropraticien, du 22 mars 2001, dont il ressort que ce médecin l'a suivie dès le 18 septembre 2000 pour une lombo-sacralgie gauche, en rapport avec des troubles statiques et dynamiques de la colonne vertébrale (suspicion de hernie discale) et qu'elle devrait, au vu de la symptomatologie, éviter tout effort ou activité dépassant une certaine intensité ou durée. Ce médecin a retenu une capacité de travail d'environ 50 %.

Elle a également versé au dossier un rapport du docteur D_____ daté du 22 avril 2004, qui pose le diagnostic de lombo-sciatalgies sur discopathie dégénérative L5-S1 associée à une protrusion discale postéro-médiane et fait état du traitement suivi; ce médecin a précisé que l'assurée devait éviter le port de charges lourdes et les longues positions assise ou debout et que son taux de capacité de travail, au

moins au début, était de 50 %. Ce même médecin a établi deux certificats d'incapacité de travail totale pour la période du 1er août 2006 au 31 décembre 2006, pour cause de maladie.

15. Le SMR, sous la plume du docteur K_____, a considéré que ces divers documents médicaux n'apportaient aucun élément nouveau (pce 63 OCAI).

16. Reprenant le contenu de son projet de refus de prestations, l'OCAI a rejeté formellement la demande de l'assurée par décision du 12 janvier 2007.

17. L'assurée interjette recours contre cette décision dont elle requiert l'annulation, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à l'octroi d'une rente partielle d'invalidité et à des mesures de réadaptation et, plus subsidiairement encore, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

    En résumé, elle conteste le statut retenu par l'OCAI et estime devoir être considérée comme personne sans activité lucrative. Par ailleurs, elle fait valoir que les bases du calcul (revenu sans invalidité en particulier) effectué par l'administration sont erronées et devraient, cas échéant, être revues. Elle soutient en outre que la détermination d'une éventuelle capacité résiduelle de travail ne tient compte ni de son état de santé, ni des conclusions univoques de son médecin, le docteur D_____ et ce sans motivation. Elle allègue être incapable d'effectuer ses travaux ménagers à hauteur de 70 % au moins et ne pouvoir mettre en œuvre une quelconque capacité de travail résiduelle. Enfin, si tant est que seule une rente d'invalidité partielle devait lui être accordée, elle soutient qu'elle aurait droit à des mesures de réadaptation, car la réussite d'une quelconque réadaptation serait impossible sans l'assistance de l'intimé.

18. Répondant au recours, l'OCAI a fait valoir que l'ensemble des circonstances ne permet d'autre conclusion que celle à laquelle il a abouti quant au statut de la recourante et que celle-ci doit donc être considérée comme personne active. Quant à l'appréciation médicale de la capacité de travail, il soutient qu'elle repose sur un rapport d'expertise qui a pleine valeur probante et que les rapports produits par l'intéressée ne permettent nullement de remettre en question. Enfin, eu égard au taux d'invalidité de 11,7%, un droit au reclassement n'est pas ouvert. L'intimé conclut par conséquent au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

19. Dans leurs écritures subséquentes, les parties ont persisté dans leurs conclusions. Sur quoi, 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, la décision litigieuse, du 12 janvier 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

4. Le présent litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son statut et son degré d'invalidité.

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

toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ⅔ à 70 %.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. a) Pour établir la capacité de travail de la recourante, l'OCAI s'est fondé sur une expertise conduite par les docteurs H_____ et I_____ du SMR, qui ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de 80 % dans la profession de vendeuse et dans l'exercice des tâches habituelles.

   La recourante conteste cette évaluation, estimant notamment que c'est sans justification aucune que les rapports de ses médecins traitants, en particulier ceux du docteur D_____, ont été écartés au profit de l'évaluation effectuée par le SMR.

   b) Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise du SMR. Celle-ci a été diligentée par deux spécialistes reconnus, sur la base d'un dossier complet. Elle tient compte des remarques et plaintes de l'assurée et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins. Les interactions entre les différentes pathologies, ainsi que les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches (description des limitations fonctionnelles) sont claires. Il en va de même des explications relatives aux motifs ayant conduit les experts à ne pas retenir l'ensemble des empêchements (et/ou douleurs) allégués par l'intéressée. Les conclusions auxquelles aboutissent les examinateurs, motivées de façon étoffée, sont convaincantes. En de telles circonstances, le Tribunal de céans considère que le rapport d'expertise du 15 mai 2006 a pleine valeur probante.

   Les avis du docteur D_____ ne sauraient mettre en doute les conclusions des experts. En effet, quand bien même ce praticien est un médecin spécialiste, il n'en demeure pas moins le médecin traitant de la recourante et ses conclusions quant à la capacité de travail sont dès lors sujettes à caution. Ces dernières ne sont d'ailleurs guère constantes (les évaluations divergent d'un rapport à l'autre malgré un état de santé déclaré stationnaire - durant une certaine période en tout cas - et se fondent en partie sur un diagnostic - syndrome du tunnel carpien bilatéral - qui n'est la cause d'aucune incapacité de travail selon le spécialiste en neurologie), elles sont peu étayées (pas de véritable argumentation objective quant à l'incapacité de travail reconnue) et font état de troubles - en l'occurrence d'ordre psychiatrique - qui ne sont mentionnés par aucun autre médecin et qui n'ont été à l'origine d'aucun traitement ou suivi spécialisé.

   c) Il suit de ce qui précède que la recourante doit être considérée apte à travailler à plein temps et rendement dans une activité adaptée permettant d'éviter les positions extrêmes notamment de flexion de la nuque, ainsi que les positions statiques prolongées en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux, limitant le port de charges à 10 kg occasionnellement et sans mouvements répétitifs ou de force avec les poignets.

7. a) Se pose à présent la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de personne active à

plein temps, ce que l'intéressée conteste dans son mémoire de recours. Elle estime au contraire que le fait qu'elle ait quasiment toujours été femme au foyer et ce, en tous les cas depuis plus de 20 ans maintenant, démontre à suffisance que l'OCAI s'est trompé en la qualifiant de personne active.

b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une.

b) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis de nombreuses années et que les activités précédemment exercées ne l'ont été que pour des durées très limitées et des revenus fort modestes.

Elle a vécu, depuis 1986, année de son divorce, seule avec sa fille dont elle a pleinement assumé l'éducation. Leur train de vie a toujours été très modeste, car de l'aveu de l'intéressée, elle a préféré se priver de biens matériels et vivre très

simplement pour s'occuper de sa fille, plutôt que d'apporter quelque amélioration aux finances du ménage au détriment de sa présence aux côtés de son enfant. Elles ont donc vécu grâce à la pension alimentaire versée par l'ex-conjoint de la recourante, à la contribution d'entretien également payée par ce dernier pour leur fille, aux allocations d'étude de la fille et à l'aide des pouvoirs publics pour le logement et les primes d'assurance-maladie obligatoire. Toutefois, ces ressources ont progressivement diminué, voire disparu, étant donné que la pension alimentaire a diminué de moitié dès 1999 et que la contribution d'entretien pour sa fille a été supprimée dès 2003, de même que les allocations d'étude que percevait cette dernière. Dès lors, la recourante s'est retrouvée dans une situation financière extrêmement délicate, coïncidant, de surcroît, avec l'émancipation de sa fille. Elle a donc logiquement effectué des recherches d'emploi (en 2000 à tout le moins) et s'est même inscrite, sans succès toutefois, auprès de l'assurance-chômage, ce qui démontre bien son intention de trouver un emploi. Les deux motifs qui justifiaient son inactivité professionnelle avaient effectivement cessé d'exister : sa fille avait quitté le domicile parental et n'avait plus besoin de l'aide et du soutien de sa mère et les ressources financières, certes modestes mais suffisantes pour vivre, avaient fondu. La recourante semble au demeurant très bien réaliser cet état de fait, étant donné qu'elle a d'emblée déclaré qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à temps partiel; elle a même ajouté plus tard qu'elle se rendait compte qu'un revenu à 50 % ne suffirait pas pour assurer son entretien. Cette déclaration est en adéquation avec la législation sociale, laquelle stipule notamment que les bénéficiaires de prestations financières versées au titre d'aide sociale doivent tout mettre en œuvre pour améliorer leur situation sociale et financière (art. 9 al. 2 de la loi sur l'aide sociale individuelle); ceci n'est en réalité qu'une autre formulation du principe général selon lequel chacun est tenu de pourvoir à ses besoins, l'aide des pouvoirs publics n'étant que subsidiaire (cf. art. 1 de la loi sur l'assistance publique). Dès lors, vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il apparaît raisonnablement exigible de l'intéressée - ce qu'elle avait au demeurant constaté par elle-même lors de son entretien avec l'enquêtrice ménagère de l'OCAI -, qu'elle exerce une activité lucrative à plein temps à tout le moins depuis novembre 2002, date à laquelle elle a fait valoir son droit à des prestations de l'assistance publique.

Les considérations contraires émises par l'intéressée, uniquement après que l'intimé a rendu son projet de décision de refus de prestations, ne sauraient remettre en cause ces conclusions, dans la mesure où elles semblent être le fruit de réflexions ultérieures. En effet, il convient de donner la préférence aux premières déclarations faites par la recourante, alors qu'elle en ignorait vraisemblablement les conséquences juridiques (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

c) En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active.

8. a) Reste donc à calculer le taux d'invalidité présenté par la recourante.

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

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

c/aa) Eu égard au fait que le droit à la rente peut éventuellement prendre naissance au plus tôt en juillet 2006, soit une année après le début de l'incapacité de travail, respectivement la reconnaissance des limitations fonctionnelles ayant une répercussion sur l'exercice d'une activité lucrative ou ménagère, la comparaison des revenus se fera compte tenu des revenus valables pour l'année 2006.

bb) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, la recourante fait remarquer, avec raison, qu'aucun argument ne permet de justifier le salaire retenu par l'OCAI, à savoir celui d'une femme sans qualification dans le domaine de la vente. La recourante n'a effectivement aucune formation dans le domaine considéré; elle n'a pas non plus travaillé suffisamment longtemps en tant que vendeuse pour pouvoir considérer ce domaine d'activité comme représentatif de ce qu'elle aurait pu effectuer sans atteinte à la santé. Quelques remplacements de courte durée ne permettent en effet pas de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la recourante aurait, sans atteinte à la santé, exercé une activité d'employée dans la vente.

Quand bien même elle a suivi une formation (son diplôme ne figure toutefois pas au dossier) d'aide-infirmière, il ne semble pas adéquat de prendre ce domaine d'activité non plus comme référence. En effet, les connaissances acquises il y a maintenant plus de vingt ans n'ont pas été actualisées et la recourante - qui n'a pas semblé particulièrement apprécier son activité (cf. réflexions à l'enquêtrice ménagère de l'OCAI) - n'a pas non plus recherché du travail dans ce domaine.

Il en va de même du domaine du secrétariat.

En l'absence d'un domaine d'activité à considérer en particulier, il y a lieu de prendre comme référence le salaire statistique relatif à l'ensemble des activités du domaine de la production et des services pour une femme, sans qualification, à plein temps. L'année déterminante pour la comparaison des gains étant 2006, le revenu sans invalidité se monte à 50'157 fr. 10 (cf. ESS 2006, brochure "premiers résultats", TA1, femme, total, niveau 4, adapté à l'horaire de travail en 2006, soit 41,6 heures, et annualisé).

cc) Quant au revenu avec invalidité, il y a lieu de constater que la recourante n'a pas repris d'activité, qu'elle n'est au bénéfice d'aucune formation pouvant être mise en valeur sur le marché du travail et qu'elle est également restreinte dans son choix par les limitations fonctionnelles reconnues par les médecins du SMR. On doit dès lors se reporter une fois encore aux données de l'ESS pour fixer son revenu après atteinte à la santé, tous secteurs d'activité confondus.

Effectivement, on doit considérer que les domaines de la production et des services, niveau 4 (sans qualification), offrent un éventail de postes de travail suffisamment large respectant les contraintes médicalement reconnues (c'est-à-dire éviter les positions extrêmes notamment de flexion de la nuque, les positions statiques prolongées en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux, les mouvements répétitifs ou de force avec les poignets et le port de charges). Le revenu déterminant, compte tenu de l'horaire de travail de 41,6 heures appliqué dans les entreprises en 2006, est dès lors de 50'157 fr. 10 (ESS, TA1, niveau 4, femme, total, adapté à l'horaire de travail et annualisé).

L'intimé a procédé à un abattement de 15 % au sens de la jurisprudence susmentionnée.

La recourante avait, au moment déterminant pour le calcul, 55 ans. Elle n'a plus travaillé depuis une vingtaine d'année et ses atteintes à la santé ont pour conséquence des limitations fonctionnelles qui concernent non seulement le rachis, mais également les mains. Dans ces circonstances, on doit considérer que l'administration n'a pas outrepassé son pouvoir d'examen en fixant l'abattement à 15 %, qui sera donc confirmé et repris par la juridiction de céans. Il en résulte dès lors un revenu avec invalidité de 42'633 fr. 55.

dd) Selon la formule consacrée, le taux d'invalidité se calcule de la façon suivante :

([revenu sans invalidité - revenu avec invalidité] x 100) : revenu sans invalidité.

En l'espèce, cela donne un taux d'invalidité de 15 %, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il l'est également pour des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir un tel droit étant une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Cela étant, la recourante peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'une orientation et/ou d'une aide au placement. Ce type de prestations sera examiné par l'OCAI moyennant dépôt d'une nouvelle demande en ce sens de la part de l'intéressée.

9. Il suit de tout ce qui précède que le recours, mal fondé, est rejeté. La recourante, qui succombe, s'acquittera de l'émolument, fixé à 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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