REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/939/2005 **ATAS/446/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 11 mai 2006

En la cause

Madame P_____, domiciliée à Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'Étude de Maître Pierre GABUS	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : **Madame Karine STECK, Présidente;**
Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame P_____, née le 1959, d'origine portugaise, mariée et mère de trois enfants, a souffert de cervicobrachialgies droites depuis la fin de l'année 1994.

2. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en dernier lieu en tant que caissière à la COOP à 70%. Elle a été en arrêt de travail complet pour cause de maladie à partir du 5 janvier 1995 et n'a plus repris d'activité professionnelle depuis cette date.

3. Une hernie discale C6-C7 postérieure paramédiane droite a été détectée lors d'une résonance magnétique cervicale effectuée le 31 janvier 1995.

4. Dans son rapport du 27 février 1995 adressé au Dr A_____, médecin traitant de l'assurée, le Dr B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a exposé que l'examen clinique mettait en évidence un syndrome cervical marqué, avec forte limitation de l'inclinaison et de la rotation vers la droite, qui déclenchait des douleurs dans le membre supérieur droit. Une nette diminution du réflexe tricipital droit avait aussi été constatée. Malgré l'absence d'un déficit neurologique handicapant, l'assurée devait être opérée, vu la persistance des douleurs et l'échec des traitements conservateurs.

5. L'assurée a subi une discectomie en date du 6 mars 1995, effectuée par le Dr C_____, de la clinique de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (HUG). Dans un rapport post-opératoire du 20 mars 1995, les Drs D_____ et E_____, de la clinique de neurochirurgie des HUG, ont relevé qu'une régression des douleurs du membre supérieur droit avait permis un arrêt du traitement antalgique au 2ème jour post-opératoire. Au status de sortie, les réflexes ostéotendineux du membre supérieur droit étaient vifs et symétriques par rapport au membre supérieur gauche. La parésie de l'extension du coude avait également disparu. Il persistait cependant une douleur paracervicale droite modérée et l'assurée présentait une voix rauque.

6. Une consultation post-opératoire est intervenue le 5 avril 1995. Le Dr F_____ a indiqué dans son rapport du 10 avril 1995 au Dr A_____, qu'après l'opération, la patiente n'avait pas été complètement soulagée de ses douleurs et qu'elle présentait des signes de paralysie récurrentielle avec voix aphone. Un mois après l'opération, l'assurée se plaignait que la douleur avait empiré; la mobilité rachidienne était encore limitée et douloureuse, avec une flexion antérieure limitée à une distance menton-sternum de 5 travers de doigt, une extension également limitée avec une distance protubérance occipitale externe-apophyse proéminente de C7 à 4 travers de doigt. La cicatrice était douloureuse, de même que la palpation antérieure du cou. Compte tenu de la persistance de la symptomatologie, une IRM de contrôle était indiquée.

7. Une nouvelle résonance magnétique cervicale a été effectuée en date du 10 avril 1995, qui a mis en évidence un status après discectomie C6-C7 et la possibilité d'une protrusion discale postérieure paramédiane droite a minima à ce niveau, sans compression médullaire. Selon le Dr F_____, il n'y avait pas nettement de signe de hernie discale au niveau opéré C6-C7. En revanche, on pouvait constater une hyper-intensité au niveau des deux plateaux vertébraux jouxtant la discotomie, qui pouvait expliquer les douleurs, destinées toutefois selon lui à disparaître lorsque les deux vertèbres fusionneraient.

8. Le Dr G_____ a examiné à nouveau l'assurée en date du 14 juin 1995. Il a constaté que l'évolution, trois mois après la discectomie C6-C7, n'était pas encore très favorable, la patiente continuant à se plaindre de douleurs cervicales et scapulaires droites partiellement soulagées par médicaments. La mobilité de la nuque était toujours très restreinte de même que les rotations, ce qui paraissait étonnant pour un problème cervical situé si bas. Les radiographies montraient qu'il n'y avait pas encore nettement de signe de fusion. Le pronostic à long terme paraissait bon.

9. Dans son rapport du 27 octobre 1995, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que les douleurs sous forme de cervicobrachialgies droites et les douleurs dorsales ne diminuaient pas, qu'une fibromyalgie était apparue progressivement et que l'état de la patiente se péjorait. Les plaintes subjectives ne semblaient pas être en harmonie avec les investigations cliniques. Enfin, l'assurée étant enceinte, un traitement médicamenteux était exclu.

10. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en date du 8 décembre 1995, tendant à l'octroi d'une rente.

11. Dans son rapport du 15 décembre 1995 à l'OCAI, le Dr H_____ a attesté d'une incapacité de travail entière dès le 5 janvier 1995. Il a posé les diagnostics de syndrome cervical chronique avec poussée aigue et radiculite sensitive C4 droite et résiduelle C7 droite après intervention neurochirurgicale le 6 mars 1995, de syndrome cervical et de l'artère vertébrale en présence de status post-opératoire et troubles statiques et partiellement dégénératifs - malgré le jeune âge de la patiente -, de lésion post-opératoire du nerf récurrent en voie de récupération, de syndrome vertébral dorsal réactionnel sur troubles statiques et dégénératifs et de fibromyalgie.

12. Également interrogé par l'OCAI, le Dr A_____ a attesté, dans son rapport du 22 janvier 1996, d'une incapacité de travail entière dès le 5 janvier 1995; il a diagnostiqué un status après discotomie C6-C7 en mars 1995 pour cervicobrachialgie droite sur hernie discale et une cervicobrachialgie droite persistante depuis l'opération. Il a indiqué que l'état de santé était stationnaire et qu'aucune mesure médicale n'avait été efficace. Il a joint à son rapport un courrier

du service de rhumatologie du 15 janvier 1996 confirmant que la patiente souffrait de cervicobrachialgies droites chroniques depuis novembre 1994 mais qu'il n'y avait aucune indication chirurgicale. Compte tenu de la grossesse, un éventuel reclassement professionnel n'entrait pas en ligne de compte.

13. En date du 13 septembre 1996, l'OCAI a invité l'assurée à se soumettre à une expertise médicale, qui a été confiée au Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecine du travail.

14. Après avoir examiné l'assurée en date du 9 octobre 1996, le Dr I_____ a exposé, dans son rapport daté du 13 octobre 1996, que celle-ci souffrait toujours de douleurs bien que toutes les investigations radiologiques et les consultations neurochirurgicales et rhumatologiques effectuées après l'opération de mars 1995 n'aient pas permis de mettre en évidence une étiologique somatique. A son avis, l'assurée avait présenté deux syndromes douloureux, un premier, de type radiculaire, qui avait justifié l'intervention chirurgicale, et un second, qui s'était installé après l'opération mais dont l'étiologie était très différente. Ce deuxième syndrome pouvait s'expliquer par le fonctionnement psychique de l'assurée et par des événements extérieurs très lourds pour elle, à savoir les circonstances de l'intervention chirurgicale, la perte de la voix consécutive à l'opération et la grossesse imprévue qui était survenue ensuite. Le Dr I_____ estimait que sur le plan thérapeutique, une prise en charge psychothérapeutique méritait d'être tentée. L'expert a conclu à une capacité de travail pratiquement inexistante mais limitée à une année. Passé ce délai, la situation devrait être réexaminée.

15. Par décision du 4 juin 1997, l'OCAI a accordé à l'assurée une rente d'invalidité entière, dès le 1er janvier 1996, le taux d'invalidité retenu étant de 70%. Des rentes complémentaires pour enfant ont aussi été accordées.

16. Par décision du 5 juillet 2000, l'OCAI a constaté que l'assurée avait toujours droit au versement d'une rente entière, justifiée par un degré d'invalidité de 70%. Seules deux rentes complémentaires pour enfant ont été servies, son fils aîné n'y ayant plus droit.

17. En date du 24 avril 2001, l'OCAI a adressé à l'assurée un questionnaire pour la révision de la rente; elle a répondu que son état était stationnaire et que son médecin traitant, le Dr J_____, l'avait examinée pour la dernière fois le 4 avril 2001.

18. A l'OCAI, le Dr J_____ a indiqué, dans son rapport du 31 mai 2001, que la situation était stationnaire, le pronostic étant très médiocre. Des examens radiologiques effectués le 17 janvier 2001 mettaient en évidence des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose, une ostéophytose postérieure en C5 et bloc acquis post-opératoire en C6-C7, un glissement postérieur de C5, une

scoliose dorsale à convexité gauche et une spondylose dorsale antérieure. La scintigraphie osseuse ne révélait aucun foyer hypercaptant.

19. Dans une note interne du 22 juin 2001, le Dr K_____, médecin-conseil de l'OCAI, a relevé que l'assurée était enceinte à l'époque de la décision d'octroi de la rente et que le Dr I_____ avait préconisé une prise en charge psychothérapeutique dans son rapport d'expertise.

20. Interpellée par le Dr K_____, l'assurée a répondu, par courrier du 15 juillet 2001, que le Dr I_____ lui avait effectivement proposé de consulter un psychothérapeute mais qu'à son avis, il ne s'agissait pas d'une bonne solution, étant donné que son problème venait du dos. Par ailleurs, elle a allégué que si le Dr I_____ avait estimé une telle démarche indispensable, il aurait insisté davantage.

21. Le 23 mai 2002, le Dr L_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a estimé que l'assurée devait faire l'objet d'un examen pluridisciplinaire.

22. L'assurée a été examinée le 30 mars 2004 par les Drs M_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et N_____, psychiatre, tous deux médecins du SMR. Selon leur rapport du 26 mai 2004, l'assurée souffre de syndrome cervicobrachial droit étendu dans le cadre d'un status post-discectomie C6-C7 en 1995, de hernie discale paramédiane droite C4-C5-C6 sans déficit sensitivo-moteur net et de dysbalance musculaire (M50.2). Elle est également atteinte de dorsolombalgies avec sciatalgies droites non spécifiques dans le cadre d'un trouble de la statique, de minimes protrusions discales non compressives ainsi que d'une importante insuffisance posturale. Il a aussi été fait état d'une genua valga bilatérale, d'une obésité (BMI 34), d'un status post-hystérectomie pour ménométrorragies en 2000 et d'un status post-opération d'une glande surrénale pour tumeur en 2003. L'assurée se plaint de douleurs cervicobrachiales droites avec extension le long de la colonne entière, rebelles à toute tentative thérapeutique, conservatrice et opératoire. Depuis un an, elle se plaint aussi de douleurs allant de la fesse droite jusqu'au genou droit. Des examens approfondis n'ont pas permis d'établir une explication organique complète pour ces plaintes persistantes. Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'a formulé aucune plainte. Il s'agit d'une femme soignée, lucide et orientée, qui s'exprime dans un français excellent, marqué d'accent. L'examen n'a mis en évidence aucun trouble dépressif ou anxieux et l'assurée ne présente pas non plus de trouble de la personnalité. Elle a une vie sociale conservée et ne fait pas de surconsommation médicale. Du point de vue fonctionnel, elle présente une hypomobilité cervicale due aux douleurs et renforcée par une dysbalance musculaire, avec contracture bilatérale et une stratégie d'évitement. L'assurée a organisé sa vie autour des douleurs et évite tout effort. Cette stratégie d'évitement a conduit à un déconditionnement global avec une

importante insuffisance posturale, expliquant en grande partie les douleurs lombaires et lombosciatalgiques; le trouble de la statique rachidienne lombaire, ainsi que les petites protrusions n'ont pas de valeur pathologique. L'obésité constitue un facteur négatif à la problématique lombaire. Les médecins du SMR ont retenu que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Quant aux limitations fonctionnelles somatiques, il ont estimé qu'il faudrait éviter les positions de plus de 90° d'abduction ou de flexion du bras droit, le port de poids de plus de 3 kg ainsi que les mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Ils ont également déconseillé la position d'extension-rotation de la colonne cervicale et de flexion-rotation du tronc prolongée. Selon eux, les activités de caissière, de nettoyeuse de bureau ou d'aide-infirmière ne sont plus exigibles. En revanche, l'assurée pourrait exercer, au moins à mi-temps, une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées, en tenant compte des douleurs chroniques et du déconditionnement.

23. Après avoir pris connaissance du rapport de l'examen bidisciplinaire, l'OCAI a ordonné un examen de réadaptation professionnelle, ainsi qu'une enquête économique sur le ménage.

24. Selon le rapport de réadaptation du 20 août 2004, l'assurée travaillait en tant que vendeuse-caissière à la COOP à raison de 70%, son horaire étant régulier (de 7h. à 12h.30). Sans son invalidité, elle aurait poursuivi ce travail, qui lui plaisait. L'assurée estime ne plus être en mesure de retravailler désormais et ne se sent pas non plus capable physiquement de suivre un stage. La réadaptatrice de l'OCAI lui a expliqué que, selon les médecins du SMR, elle pourrait exercer à 50% une activité adaptée. Dans la sphère lucrative, le taux d'invalidité a été déterminé en procédant à une comparaison du revenu d'invalide avec celui de non-invalide, les deux montants ayant été déterminés selon les tables statistiques. S'agissant de la sphère ménagère, l'OCAI a retenu, à l'issue de l'enquête économique, que le taux d'empêchement s'élevait à 23%, la fille et le mari de l'assurée l'aidant dans les tâches ménagères.

25. Par décision du 1er octobre 2004, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée, au motif que le taux d'empêchement était de 24% dans l'activité de caissière et de 23% dans l'activité ménagère, ce qui conduisait, par application de la méthode mixte, à un degré d'invalidité global de 24% n'ouvrant pas droit à une rente. Il a été précisé que la rente serait supprimée dès le premier jour du 2ème mois suivant la notification de la décision, une éventuelle opposition n'ayant pas d'effet suspensif.

26. En date du 21 octobre 2004, l'assurée, représentée par Me GABUS, a formé opposition contre cette décision. Elle a préalablement demandé la restitution de l'effet suspensif.

27. Par écriture du 20 décembre 2004, elle a complété son opposition et fait valoir que les conditions de la révision de la rente n'étaient pas réunies. Le taux d'invalidité retenu par l'OCAI était aussi contesté. En effet, les degrés d'empêchement dans les sphères professionnelle et ménagère retenus par l'OCAI, en particulier l'abattement de 15% sur le revenu statistique d'invalide, ont été jugés insuffisants. L'assurée a demandé à titre préalable que l'OCAI lui communique l'enquête ménagère effectuée en septembre 2004. Sur le fond, elle a conclu à l'annulation de la décision de suppression de rente et au maintien d'une rente entière.

28. Le 18 janvier 2005, l'OCAI a communiqué à l'assurée une copie du rapport d'enquête économique sur le ménage et lui a imparti un délai supplémentaire pour compléter son opposition.

29. Par lettre séparée du même jour, l'OCAI a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif. L'assurée a interjeté recours contre cette décision incidente devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, qui l'a rejeté par arrêt du 22 février 2005.

30. Dans le complément à son opposition, l'assurée a contesté le résultat de l'enquête économique et fait valoir qu'un degré d'empêchement de 23% dans l'activité ménagère ne tenait pas compte de la réalité, à savoir que l'essentiel des tâches ménagères était effectué par son mari et par sa fille, âgée de 18 ans. Selon elle, le taux d'empêchement dans le ménage s'élèverait en réalité à 70%.

31. Par décision du 21 février 2005, l'OCAI a admis partiellement l'opposition de l'assurée. Il a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et estimé que le taux d'empêchement de la recourante dans la sphère lucrative s'élevait en réalité à 56%; sur ce point, la décision du 1er octobre 2004 était erronée (le revenu sans invalidité avait été calculé sur une base de 70% alors que le revenu d'invalide l'avait été sur la base d'un plein temps). Quant au taux d'empêchement dans l'activité ménagère, l'OCAI a estimé qu'il avait été correctement évalué dans l'enquête économique et s'élevait à 23%. Il a considéré que l'aide fournie par les membres de la famille restait dans les limites de ce qui pouvait être exigé des personnes faisant ménage commun avec l'assurée. Globalement, le taux d'invalidité de la recourante s'élevait donc à 46%, ce qui ouvrait droit à un quart de rente d'invalidité. Par ailleurs, l'OCAI a jugé qu'une révision de la rente se justifiait en l'espèce, car l'évaluation de l'invalidité de l'assurée lors de la décision initiale était incomplète, voire manifestement erronée, compte tenu du fait que les dispositions légales applicables à l'évaluation de l'invalidité des personnes ayant un statut mixte n'avaient pas été respectées.

32. L'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales en date du 5 avril 2005. En premier lieu, elle fait grief à l'OCAI d'avoir retenu à tort que les conditions d'une révision de la rente étaient réunies. Elle souligne que son état de santé n'a subi aucune amélioration notable et que,

partant, une réappréciation de son droit à la rente ne pouvait intervenir. Dans un second moyen, la recourante conteste le taux d'invalidité retenu par l'OCAI. Elle se plaint de l'appréciation médicale de sa capacité de travail opérée par les médecins du SMR, du montant trop élevé du revenu d'invalide pris en compte dans le calcul et du fait que le taux de rabattement de 15% retenu est trop faible. Elle fait aussi grief à l'OCAI d'avoir mal évalué son taux d'empêchement dans l'activité ménagère. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

33. Invité à répondre, l'OCAI a présenté sa détermination en date du 13 avril 2005. Il se réfère aux arguments développés dans la décision sur opposition querellée et conclut au rejet du recours.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.

3. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la loi (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

b) En l'espèce, la décision par laquelle l'OCAI a remplacé la rente entière de l'assurée par un quart de rente, datée du 21 février 2005, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 1). Par ailleurs, le litige porte sur le droit à des prestations à partir du 1er décembre 2004 (date de la suppression de la rente d'invalidité entière). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce, étant précisé que l'art. 17 LPGA, relatif à la révision de la rente d'invalidité, n'a pas apporté de modifications aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien article 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343, consid. 3.5) et que l'art. 53 LPGA, concernant la reconsidération et la révision dite procédurale de décisions entrées en force, a formalisé des principes jurisprudentiels reconnus de longue date en droit des assurances sociales (ATF 127 V 358, consid. 5b; ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 8/05, consid. 1).

c) Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. Le litige porte sur la réduction de la rente de la recourante dès le 1er décembre 2004, la rente entière initialement octroyée ayant été remplacée par un quart de rente.

6. a) Il s'agit dans un premier temps de déterminer si l'on est en présence d'un motif de révision de la rente d'invalidité (art. 17 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 17 LPGA (cf. aussi art. 41 aLAI), 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. Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la

révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

c) Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

7. a) A l'époque de la décision initiale d'octroi de rente du 4 juin 1997, la recourante souffrait de douleurs centrées sur la nuque et l'omoplate droit qui descendaient par la suite dans l'épaule, le bras et les doigts II et III. Selon le rapport d'expertise établi par le Dr Andreas I_____ le 13 octobre 1996 - qui est à l'origine de la décision initiale d'octroi de la rente - les investigations radiologiques et les examens cliniques effectués après la discotomie intervenue au mois de mars 1995 ne permettaient pas de mettre en évidence une étiologie somatique. Le Dr I_____ était ainsi d'avis que, compte tenu de l'issue positive de l'opération chirurgicale, du point de vue objectif, le syndrome douloureux qui s'était installé après l'opération avait une étiologie bien différente, même si la symptomatologie était similaire. C'était donc dans le fonctionnement psychique de la recourante qu'il convenait de trouver une explication. Selon le Dr I_____, la recourante présentait une certaine rigidité et des traits légèrement projectifs. Elle avait aussi été confrontée à des événements de vie très pesants pour elle, dont une grossesse non désirée et un vécu traumatique de l'opération chirurgicale (elle avait perdu sa voix et se plaignait que le médecin opérateur ne lui ait pas rendu visite après l'opération). Le Dr I_____ relevait aussi que la discotomie était intervenue au 6ème mois de grossesse (ce qui était faux, l'accouchement ayant eu lieu en mai 1996, soit plus d'une année après la discotomie de mars 1995). Compte tenu du fonctionnement psychique de la recourante, il y avait lieu de retenir que ce vécu traumatique de l'intervention chirurgicale et de la grossesse non désirée avait provoqué un débordement émotionnel et une décompensation sur le plan douloureux. Sur le plan thérapeutique, une prise en charge psychothérapeutique méritait d'être essayée. Le Dr I_____ concluait qu'il convenait de considérer la capacité de travail de la recourante comme pratiquement inexistante durant une année, la situation devant être revue après ce délai dans l'espoir que la démarche psychothérapeutique aurait permis de diminuer le syndrome douloureux. Fort de cette appréciation médicale, l'OCAI avait retenu un degré d'invalidité de 70%, fondé sur une appréciation médico-théorique du cas.

b) Dans leur appréciation consensuelle du cas, les médecins du SMR ont retenu, dans leur rapport du 26 mai 2004, que la recourante souffrait de cervicobrachialgies droites avec extension des douleurs le long de la colonne entière, rebelles à toute tentative thérapeutique, conservatrice et opératoire. Depuis un an, elle présentait aussi des douleurs dans les membres inférieurs droits. Les examens approfondis effectués après l'opération de mars 1995 n'avaient pas permis de fournir une explication organique complète des plaintes. La recourante avait organisé sa vie

autour de la douleur, les stratégies d'évitement mises en place avaient conduit à un déconditionnement global avec une importante insuffisance posturale, expliquant en grande partie les douleurs lombaires et lombosciatalgiques. Du point de vue psychiatrique, les médecins du SMR, dont un psychiatre, ont retenu que la recourante ne souffrait d'aucun trouble dépressif ou anxieux susceptible de constituer une comorbidité au trouble douloureux chronique. Elle ne présentait pas de trouble de la personnalité pouvant jouer le rôle de caractère prémorbide, elle avait conservée une vie sociale intacte et ne faisait pas de surconsommation médicale. Les médecins du SMR en concluaient que si les douleurs du membre supérieur droit entraînaient une certaine limitation fonctionnelle, on pouvait néanmoins exiger de la recourante, encore jeune, de faire un effort pour améliorer la situation musculaire, pour normaliser son poids et se remettre au travail. Les Drs M_____ et N_____ admettaient qu'ils ne pouvaient pas déterminer à quel moment était intervenue l'amélioration, le status lors de l'expertise du Dr I_____ en 1996 ne décrivant que des douleurs et indiquant que le "reste du status est dans les limites de la norme". En se basant sur leurs examens et en l'absence d'une pathologie psychiatrique, ils ont toutefois jugé qu'une invalidité de 70% n'était pas justifiée; selon eux, le taux d'incapacité de travail s'élevait à 50% dans une activité adaptée, qui tenait compte des limitations fonctionnelles somatiques. Une augmentation théorique de la capacité de travail pouvait d'ailleurs être envisagée à long terme, avec une rééducation ciblée et conséquente.

c) Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les médecins du SMR, dans leur rapport bidisciplinaire du 26 mai 2004, ne font pas état d'une modification notable de l'état de santé de la recourante, depuis la première décision d'octroi de la rente. En effet, sur le plan somatique, tant le Dr I_____ que les Drs N_____ et M_____ retiennent l'existence de douleurs chroniques dans la partie supérieure droite du corps (cervicobrachialgies). Sur le plan psychiatrique, les constatations ne sont pas non plus substantiellement différentes: ni le Dr I_____ ni le Dr N_____ n'ont diagnostiqué de maladie psychique invalidante. Il apparaît ainsi que les médecins du SMR ont en réalité procédé à une appréciation médicale différente de la capacité de travail. En particulier, l'absence de diagnostic psychiatrique a conduit les médecins du SMR à nier l'existence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, alors que le Dr I_____, nonobstant l'absence d'un diagnostic psychiatrique précis, avait estimé que des considérations de nature émotionnelle et psychologique pouvaient expliquer la symptomatologie douloureuse. Les Drs N_____ et M_____ semblent d'ailleurs admettre qu'il s'agit plutôt d'une réappréciation médicale du cas plutôt que d'une évolution notable de l'état de santé lorsqu'il admettent qu'ils ne peuvent pas définir le moment de l'amélioration, compte tenu des constatations du Dr I_____.

d) Enfin, il convient d'observer qu'aucun médecin ne fait état d'une amélioration notable de l'état de santé de la recourante depuis la décision d'octroi de rente. En

définitive, pour réduire la rente, l'intimé s'est basé sur une appréciation médicale différente de la capacité de travail, laquelle n'est pas de nature à fonder une révision de la rente d'invalidité selon l'art. 17 LPGA.

8. a) Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c, 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; ATFA non publié du 27 janvier 2006, I 674/04, consid. 3.2; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b).

   b) Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références).

   c) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet que la reconsidération ne devienne pas un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 3.2; ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 17 LPGA) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1).

d) Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références). La révision vise la modification ou l'annulation d'une décision fausse dès son prononcé, en raison de la méconnaissance de faits ou moyens découverts ultérieurement, mais existant déjà au moment où elle a été rendue (MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Vol. I, Berne 1979, p. 481). La révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA.

9. a) En l'espèce, il ressort du dossier que lorsqu'il a rendu la décision d'octroi d'une rente entière, l'OCAI s'est fondé essentiellement sur l'avis médical du Dr I_____. Or, ce médecin, spécialiste FMH en médecine interne et médecine du travail, avait retenu, qu'à l'exception de douleurs, le status somatique de la recourante était dans les limites de la norme et que les investigations effectuées n'avaient pas permis de mettre en évidence une origine somatique des douleurs. Le Dr I_____ avait néanmoins conclu que la capacité de travail de la recourante était pratiquement inexistante et ce, compte tenu de considérations de nature psychologique et émotionnelle. A cet égard, il y a lieu de constater que le Dr I_____ n'est pas psychiatre et pouvait donc difficilement se prononcer en pleine connaissance de cause dans un domaine qui n'est pas de son ressort. Par ailleurs, le Dr I_____ n'a pas mis en évidence de trouble psychiatrique, clairement défini et étayé, et n'a dès lors posé aucun diagnostic psychiatrique. Il s'est borné à faire référence à des vécus traumatiques et à certains traits de caractère de la recourante, qui ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une maladie psychique invalidante. Enfin, l'appréciation psychiatrique du Dr I_____ reposait en partie sur une appréciation erronée des faits, dès lors qu'il avait à tort retenu que la recourante avait subi la discotomie au 6ème mois de grossesse, alors qu'en réalité elle n'était pas encore enceinte lors de l'intervention du mois de mars 1995 (son dernier enfant est né au mois de mai 1996). Force est ainsi de constater que l'OCAI a admis l'existence d'une incapacité de travail invalidante, sans qu'un substrat médical concret, somatique ou psychique, n'ait été établi de manière satisfaisante.

b) D'autre part, après avoir pris connaissance des conclusions du Dr I_____, l'OCAI a estimé que le taux d'invalidité de la recourante s'élevait à 70%, sans que ce taux ne soit étayé par une pièce du dossier, ni d'ailleurs par le rapport du Dr I_____, qui n'a pas chiffré le taux d'incapacité de travail de la recourante. Il apparaît que l'OCAI n'a pas fait application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, régie par l'ancien art. 27bis RAI, applicable aux assurés n'exerçant une activité qu'à temps partiel, ce qui était le cas de la recourante avant son arrêt de travail. En particulier, le taux d'invalidité dans la sphère lucrative n'a pas été déterminé en procédant à une comparaison des revenus et le degré d'empêchement

dans les travaux habituels n'a pas été calculé au moyen notamment d'une enquête économique. Le taux d'invalidité de 70% retenu par l'OCAI semble plutôt résulter d'une appréciation médico-théorique de l'incapacité de travail adaptée de manière schématique au taux d'activité de la recourante, qui travaillait à 70%.

c) En d'autres termes, en sus d'une appréciation lacunaire au plan médical, la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée par l'OCAI en 1997 n'était pas conforme à la loi. Dès lors, la décision de l'OCAI du 4 juin 1997 apparaît manifestement erronée et l'OCAI était donc autorisé à procéder à une reconsidération du cas.

10. Reste à examiner le taux d'invalidité de la recourante.

a) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA). Le contenu de l'ancien art. 27bis al. 1 RAI (méthode mixte) a été repris au niveau de la loi (art. 28 al. 2bis et 2ter LAI en corrélation avec les art. 27 et 27bis RAI ainsi qu'avec les art. 8 al. 3 et 16 LPGA), afin de garantir une égalité de traitement sur le plan formel entre les personnes qui exercent une activité lucrative à temps complet et celles qui n'exercent pas d'activité lucrative, qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint (FF 2000 IV 3110, 3131).

b) Le choix de l'une des trois méthodes d'évaluation du taux d'invalidité (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 les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le

degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références citées).

11. En l'espèce, il est constant que la recourante travaillait à 70% (28 heures par semaine) comme caissière à la COOP avant d'être mise en arrêt de travail complet. Il apparaît aussi que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait selon toute vraisemblance continué à exercer l'activité de caissière à temps partiel, le reste du temps étant consacré aux travaux habituels. C'est ce qu'elle a d'ailleurs indiqué à la conseillère en réadaptation. Le choix de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité opéré par l'OCAI ne prête donc pas le flanc à la critique, ce que la recourante ne conteste du reste pas.

12. a) S'agissant de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative, elle doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, indépendamment des effets engendrés par une perte de capacité dans la part vouée à l'accomplissement des travaux habituels (ATF 125 V 159 consid. 5c/dd). Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu obtenu effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 158 consid. 5c/cc) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap, abstraction faite du taux d'activité antérieur à l'atteinte à la santé. L'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exerçait sans atteinte à la santé (voir ATF 125 V 146, ATFA non publié I 844/04, consid. 4).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATFA non publié du 9 août 2005, I 787/04, consid. 5). Le revenu d'invalide reste en effet une donnée théorique. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement

exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA non publié du 9 août 2005, I 787/04, consid. 5.1.; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références).

c) En l'espèce, l'autorité intimée a retenu, s'agissant du revenu d'invalide, que l'assurée pouvait réaliser un salaire annuel, en 2003, de 20'958 fr. (compte tenu d'un abattement de 15%), dans la mesure où, selon les renseignements médicaux, elle possédait une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles. La recourante conteste cette appréciation, qui ne tiendrait pas compte de la réalité. A son avis, les limitations fonctionnelles constatées par les médecins du SMR sont de nature à l'empêcher dans les faits d'exercer une activité lucrative; elle estime par ailleurs que le revenu qu'elle pourrait réaliser ne pourrait être que fort peu élevé.

13. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge ont besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent leur fournir. En effet, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. MEINE souligne à cet égard que l'expertise doit être fondée sur une documentation

complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999, p. 37 ss). Dans le même sens, BÜHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999, p. 567 ss).

d) Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a) et doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

f) Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

14. a) En l'espèce, au terme de leur examen bi-disciplinaire, les médecins du SMR ont posé les diagnostics de syndrome cervicobrachial droite étendu dans le cadre d'un status post-discectomie C6-C7 en 1995, de hernie discale paramédiane droite C4-C5-C6 sans déficit sensitivo-moteur net et de dysbalance musculaire. Ils ont aussi diagnostiqué des dorsolombalgies avec sciatalgies droites non spécifiques dans le cadre d'un trouble de la statique, de minimes protrusions discales paramédianes droites L4-L5 et médianes paramédianes L5-S1 non compressives, ainsi que d'une importante insuffisance posturale. De l'avis des médecins du SMR, si l'on peut admettre que ces douleurs entraînent une certaine limitation fonctionnelle, une reprise du travail est exigible, et ce compte tenu notamment du fait que les examens effectués n'ont pas permis de fournir une explication organique complète aux plaintes de la patiente. Par ailleurs, aucun trouble psychique n'a été constaté. La recourante a maintenu une vie sociale intacte et ne fait pas de surconsommation médicale. En procédant à une appréciation consensuelle du cas, afin de tenir compte de l'état de santé de la recourante dans sa globalité, les deux médecins ont retenu qu'aucun trouble dépressif ou anxieux susceptible de constituer une comorbidité au trouble douloureux chronique ne ressortait à l'examen.

    b) Il y a lieu de constater que les médecins du SMR ont procédé à une anamnèse complète de la situation de la recourante (médicale, familiale, systémique, psychosociale et psychiatrique). Ils ont analysé les pièces médicales au dossier et procédé à un examen clinique complet, aussi au plan psychiatrique. Ils ont entendu la recourante et exposé de manière circonstanciées l'incidence des douleurs sur la capacité de travail, avant d'exposer les raisons pour lesquelles la recourante dispose d'une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, tenant compte de limitations fonctionnelles. Remplissant les réquisits jurisprudentiels (ATF 125 V 352, consid. 3a; ATFA non publié du 13 août 2003, I 790/2001, consid. 3.2), le rapport d'examen bi-disciplinaire a pleine valeur probante. D'ailleurs, aucune pièce médicale au dossier ne permet de mettre en doute l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. En effet, le dernier rapport du médecin traitant, du 31 mai 2001, se limite à faire état d'un état stationnaire et d'un pronostic très médiocre, sans toutefois étayer son avis. Cet avis ne permet ainsi pas d'ébranler, ni même de faire douter, des conclusions des deux médecins du SMR.

    c) Partant, force est d'admettre que la recourante possède une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, en tenant compte de limitations fonctionnelles somatiques, à savoir éviter un travail en position de plus de 90° d'abduction ou de flexion du bras droit, le port de poids de plus de 3 kg ainsi que des mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Une position d'extension-rotation de la colonne cervicale et de flexion-rotation du tronc prolongée devait aussi être évitée.

15. a) S'agissant du revenu d'invalide, le salaire de référence est le salaire statistique selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002, pour une femme exerçant une activité simple et répétitive du secteur privé, tous secteurs confondus,

soit 3'820 fr. par mois (ESS 2002, TA1, p. 43). Après adaptation de ce chiffre à l'horaire usuel dans les entreprises en 2003 de 41.7 heures par semaine, année de référence pour le calcul, ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (Indice des salaires nominaux par catégorie de travailleurs, Évolution des salaires 2004, OFS 2005, Tableau T1.A.39, soit de 2047 à 2076), on obtient un salaire après indexation de 48'465 fr. à plein temps, soit, à 50%, taux d'activité exigible, un salaire annuel de 24'233 fr.

b) L'OCAI a encore retenu un taux d'abattement de 15% sur le salaire statistique, qui apparaît approprié, compte tenu des limitations fonctionnelles, d'une part, mais aussi, d'autre part, de l'âge relativement jeune de l'assurée, de sa maîtrise du français et de son bon niveau d'intégration. La réduction de 25% réclamée par la recourante n'apparaît pas justifiée, au vu des éléments du dossier. Le revenu d'invalide s'élève ainsi, après abattement, à 20'598 fr.

16. a) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'OCAI a estimé que le dernier salaire réalisé par la recourante en 1994 ne pouvait pas être pris en considération, vu le laps de temps écoulé, et qu'il se justifiait dès lors de se baser aussi sur les données statistiques.

b) Selon la jurisprudence, il convient en règle générale, pour déterminer le revenu sans invalidité, de se baser non pas sur les données statistiques mais sur le dernier salaire que l'assuré a obtenu auprès du dernier employeur, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à l'année de référence pour la comparaison des revenus (ATFA non publié du 4 juin 2004, I 617/03, consid. 5.2). Seules des circonstances particulières peuvent justifier que l'on s'écarte de la règle générale du salaire réalisé en dernier lieu, soit par exemple lorsque l'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré.

c) Il ressort en l'espèce du questionnaire pour l'employeur, que la recourante réalisait en tant que caissière un salaire horaire de 16.95 fr. pour 28 heures de travail par semaine environ sur un horaire hebdomadaire à temps complet dans l'entreprise de 41 heures, soit un taux d'activité de 68.3%. Il ressort aussi des pièces du dossier que la recourante a réalisé en 1993 un salaire de 28'340.18 fr et en 1994 de 29'651 fr. Ce dernier salaire, adapté à l'évolution des salaires nominaux dans le commerce de détail jusqu'en 2003 (Indice des salaires nominaux, 1993 - 2005, OFS 2006, table T1.93_V, + 2% en 1995, - 0.2% en 1996, + 1.4% en 1997, + 1.1% en 1998, - 0.2% en 1999, + 1.2% en 2000, + 2.4% en 2001, + 2% en 2002 et + 1.3% en 2003) équivaut à 33'065.80 fr. par an en 2003 à 68.3%, c'est-à-dire à 48'412.60 fr. à 100% (33'065.80 fr. : 68.3 x 100).

d) La comparaison du revenu sans invalidité (48'412.60 fr.) et du revenu avec invalidité (20'598 fr.) aboutit à un taux d'empêchement de 57.45% dans la sphère d'activité lucrative, arrondi à 57%. Compte tenu du fait que le revenu sans invalidité

déterminé au moyen de l'indexation du dernier salaire réalisé par la recourante est légèrement plus élevé que celui calculé par l'OCAI au moyen des tables statistiques (de 47'222 fr.), le taux d'empêchement dans l'activité lucrative est légèrement plus élevé, soit 57% au lieu de 56%. Cette différence, ainsi qu'on le verra ci-après, n'est pas de nature à modifier le taux de la rente d'invalidité de la recourante.

17. a) Il reste à déterminer le taux d'empêchement dans l'activité ménagère. La recourante se plaint à cet égard que le degré d'empêchement global retenu par l'OCAI à l'issue de l'enquête économique, de 23% (22.9% arrondi), est trop faible. Elle conteste en particulier le fait que l'enquêtrice ait tenu compte de l'aide fournie par les autres membres de la famille, alors qu'à son avis c'est uniquement son propre degré d'empêchement qui devrait être évalué.

b) 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 à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances socieales (CIIAI; spécialement ch. 3095), dans sa teneur - valable en l'occurrence (ATF 121 V 366 consid. 1b) - en vigueur depuis le 1er janvier 2001. Alors que les anciennes directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'OFAS (DII), en vigueur depuis le 1er janvier 1985, indiquaient des taux fixes pour chaque domaine d'activité, la nouvelle circulaire mentionne des taux minimum et maximum, dans le cadre desquels la part respective de chaque domaine doit être fixée. Cette pratique administrative a été jugé conforme à la LAI (ATFA non publié. du 4 septembre 2001, I 175/01).

c) La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait ainsi reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, 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 y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publié. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1; ATFA non publié du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2; ATFA non publié du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2).

d) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et

réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié du 8 novembre 1993, I 407/92; ATFA non publié du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

18. a) En l'espèce, la recourante ne conteste pas la pondération des différentes champs d'activité contenue dans le rapport sur l'enquête économique sur le ménage établi par Madame Sylvie BARRAUD, enquêtrice de l'OCAI, en date du 1er octobre 2004. Elle s'en prend de manière générale à l'appréciation du degré d'empêchement retenu dans les champs dans lesquels l'aide de son mari et de sa fille intervient.

b) Il ressort effectivement du rapport du 1er octobre 2004 que l'enquêtrice a évalué les empêchements de l'assurée en tenant compte de l'aide que l'on pouvait exiger de son mari et de sa fille, au titre de l'obligation de réduire le dommage.

c) S'agissant de l'alimentation, il apparaît que la recourante est la plupart du temps en mesure de faire à manger, de mettre et de desservir la table. Elle nettoie aussi la cuisinière. En revanche, c'est sa fille qui nettoie le four et passe la serpillière une fois par semaine. Quant à l'entretien du logement, la recourante passe la poussière, alors que sa fille passe l'aspirateur une fois par semaine. La recourante nettoie aussi le lavabo mais laisse le reste de la salle de bains à sa fille. Son mari nettoie les vitres une fois par mois. Chaque membre de la famille fait son lit et les courses importantes sont effectuées par le couple en voiture deux à trois fois par mois. La recourante s'occupe des courses d'appoint et se charge d'accompagner et de rechercher son fils cadet à l'école. Elle remplit la machine à laver, mais c'est sa fille qui étend le linge, la recourante se chargeant de le plier. Elle ne repasse presque plus. Sur cette base, son taux d'empêchement global dans le ménage a été évalué à 22.9%, arrondi à 23%.

d) L'enquête effectuée ne prête pas le flanc à la critique. Il est vrai que l'enquêtrice a tenu compte de l'aide de la fille et du mari de la recourante. Cependant, l'assistance fournie par la fille demeure dans le cadre de ce qui peut être exigé d'une personne adolescente qui fait encore ménage commun avec ses parents. L'aide du mari n'est pas non plus excessive, compte tenu des circonstances. L'appréciation opérée est donc conforme à la jurisprudence en la matière.

19. Au vu de ce qui précède, compte tenu d'un taux d'empêchement de 57% dans la sphère lucrative et de 23% dans la sphère ménagère, le taux d'invalidité global de la recourante s'élève à 47% ([57% x 0.7] + [23% x 0.3] = 46.8%), ce qui ouvre droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

    Par surabondance de moyens, on ajoutera que même si un abattement de 20% avait été appliqué au revenu d'invalide (19'386.40 fr.), le taux d'empêchement dans la sphère lucrative aurait passé de 57% à 60%, pour un taux d'invalidité global de 49%, ce qui n'est pas de nature à modifier le taux de la rente.

20. Eu égard aux explications qui précèdent, la décision querellée n'est pas critiquable dans son résultat et le recours se révèle mal fondé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière | La présidente

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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