

GE_GERICHTE A/830/2007 vom 21. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_830_2007

FR: GE_GERICHTE A/830/2007 du 21 mai 2008

IT: GE_GERICHTE A/830/2007 del 21 maggio 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.05.2008
A/830/2007

A/830/2007 ATAS/594/2008 du 21.05.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 27.06.2008, rendu le 14.11.2008, ADMIS, 9C_536/2008 En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/830/2007
ATAS/594/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 4 du 21 mai 2008 En la cause Madame S_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame S_____, (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951 et de nationalité espagnole, a travaillé à temps partiel en tant que concierge dès le mois d'avril 1987. Le 14 juillet 2003, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a attesté une incapacité de travail entière du 22 juin au 20 juillet 2003. Le 10 octobre 2003, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une poliomyélite à la jambe gauche existant depuis juin 1953 et d'un asthme bronchique présent depuis 1984. Selon le questionnaire pour l'employeur du 3 novembre 2003, ce dernier a indiqué que l'assurée travaillait environ une à deux heures par jour à raison de cinq jours par semaine pour un salaire mensuel de 670 fr. versés 13 fois. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré du 7 novembre 2003, l'assurée a précisé qu'elle exerçait une activité à temps partiel depuis le 1^{er} avril 1987 pour des raisons de santé et qu'elle travaillait à 50 % à raison de quatre heures par jour. Elle a ajouté qu'elle envisageait de diminuer son taux d'activité en raison de la dégradation de son état de santé due à son handicap. Dans un rapport du 28 novembre 2003, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, a confirmé les diagnostics indiqués par l'assurée dans sa demande de prestations en précisant que la poliomyélite provoquait des séquelles au membre inférieur gauche. En outre, il a mentionné une fracture du péroné gauche en août 2002, une fracture du cinquième orteil droit en juin 2003 et une périarthrite à l'épaule droite présente depuis juin 2003. Il a fait état d'une dyspnée à l'effort ainsi que de difficultés à la marche avec boiterie et utilisation de cannes anglaises depuis environ quatre ans. Il a observé des séquelles de polio avec amyotrophie de la cuisse et du mollet, raccourcissement de 2 cm du membre inférieur gauche et diminution de la pointure du pied. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité de service d'immeuble était de 50 % au motif qu'elle ne pouvait pas effectuer toutes les tâches et que son mari l'aidait dans son activité mais qu'il était lui-même à l'arrêt de travail pour un problème au coude. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il a indiqué que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible à raison de 50 %, soit quatre heures par jour, et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a retenu l'impossibilité de s'agenouiller, incliner

le buste, s'accroupir, lever, porter ou déplacer des charges, travailler en hauteur ou sur une échelle, se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente ainsi qu'une limitation de la position debout à quatre heures par jour et des parcours à pied à 300 m. À la suite de questions complémentaires de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), le Dr B_____ a répondu, le 10 mars 2004, que la capacité de l'assurée dans son activité actuelle pouvait être évaluée à cinq heures par semaine et qu'elle ne pouvait plus exercer normalement son activité depuis octobre 2003. Par décision du 18 mars 2004, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que le délai légal d'attente d'une année depuis l'incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne n'était pas encore échu. Le 25 septembre 2004, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une détérioration de la marche depuis environ deux-trois ans avec péjoration des douleurs de la jambe droite et instabilité de la marche ainsi que la présence d'une spondylarthrose L5-S1 péjorant la marche. Elle a précisé que, selon ses médecins, son état nécessitait une mise au repos à 100 %, raison pour laquelle elle demandait une rente d'invalidité. Dans le questionnaire pour l'employeur du 19 octobre 2004, celui-ci a précisé que l'assurée se trouvait en arrêt maladie depuis le 17 septembre 2004 et a confirmé les renseignements déjà donnés en novembre 2003. Dans un rapport du 3 septembre 2004, le Dr C_____, chirurgien orthopédiste, a indiqué que la patiente présentait des séquelles de poliomyélite au membre inférieur gauche avec peut-être quelques atteintes partielles au membre inférieur droit. Il a exposé qu'elle avait bien fonctionné jusqu'ici avec une marche sans aide externe, hormis l'appui avec la main sur la cuisse gauche pour verrouiller le genou, et que la capacité à la marche s'était détériorée nécessitant l'utilisation de cannes depuis 2000. Il a mentionné deux chutes en 2003 ayant décompensé un spondylolisthésis L5-S1 jusque-là asymptomatique et des douleurs à caractère radiculaire L5 sans parésie associée. Dans un rapport du 28 octobre 2004, le Dr A_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une poliomyélite acquise à l'âge de 22 mois avec atrophie des membres inférieurs gauche et droit, des chutes à répétition avec, en 2002, une fracture de la malléole gauche et, en 2003, une fracture du cinquième orteil droit, une contusion de la coiffe des rotateurs à droite toujours en traitement ainsi qu'un spondylolisthésis L5-S1 décompensé avec syndrome radiculaire L5 droit. Il a exposé que la patiente avait été mise en arrêt de travail à 100 % de manière définitive à partir du 19 octobre 2004 en raison d'une poliomyélite décompensée invalidante. Il a fait état d'une aggravation de l'état de santé, l'assurée ayant besoin de cannes pour se déplacer ainsi que de l'aide de son mari dans ses déplacements et dans certaines activités quotidiennes telles que l'habillage. Il a mentionné une nette péjoration des douleurs de l'épaule droite suite au traumatisme du 17 novembre 2003 ayant provoqué une contusion de la coiffe des rotateurs aggravée par le port des cannes en raison de la poliomyélite qui réactivait le syndrome péri-arthritique. Il a estimé correct de dater l'arrêt de travail depuis la première demande à l'assurance-invalidité en 2003 au motif que la patiente avait courageusement essayé de travailler ces derniers mois avec des arrêts de travail répétés dus aux diverses chutes. Dans l'annexe du 25 octobre 2004 concernant la réinsertion professionnelle, il a indiqué que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus du tout exigible et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles du 25 octobre 2004, il a considéré que l'assurée n'avait plus aucune capacité professionnelle sauf en ce qui concernait le fonctionnement intellectuel normal et le comportement acceptable pour l'entourage. Dans un rapport du 7 décembre 2004, le Dr C_____ a diagnostiqué des

séquelles de poliomyélite principalement au membre inférieur gauche, un spondylolisthésis L5-S1 et une modiculopathie L5. Il a fait état d'une aggravation de l'état de santé. Dans l'annexe du 7 décembre 2004 concernant la réinsertion professionnelle, il a indiqué que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité de concierge qui n'était plus exigible, qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité à 50 %, qu'un travail de bureau était envisageable sans marche et port de charges, enfin qu'il fallait se poser la question de l'utilisation d'une orthèse du membre inférieur pour améliorer la marche. Dans le rapport médical du même jour concernant les capacités professionnelles, il a retenu l'impossibilité de s'agenouiller, incliner le buste, s'accroupir, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, effectuer des mouvements des membres ou du dos, travailler selon un horaire irrégulier, travailler en hauteur ou sur une échelle, se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente. Il a également mentionné une limitation tant de la position assise et debout de deux à quatre heures par jour, que du maintien de la même position du corps à une heure par jour, qu'enfin des parcours à pied à 100 m. Le 24 février 2006, l'assurée a été examinée par le Dr D_____, chirurgien orthopédiste et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans son rapport du 17 mai 2006, ce médecin a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une monoplégie du membre inférieur gauche séquellaire à une poliomyélite vaccinale survenue à l'âge de 22 mois, un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendinopathie du sus épineux, sous scapulaire et long chef du biceps) associé à une omarthrose débutante, un syndrome lombovertébral avec spondylose antérieure, discopathie modérée L5-S1 et scoliose dégénérative à faible rayon, une gonarthrose débutante à droite. Il a souligné que le travail de concierge à 50 % depuis 1987 avait pu être exercé grâce à l'aide du mari de l'assurée et de ses deux enfants. Il a indiqué que cette dernière avait pu marcher sans cannes et sans orthèse en verrouillant son genou gauche avec sa main, puis qu'à partir de 2000, elle avait fait des chutes à répétition qui avaient provoqué des fractures non déplacées, traitées conservativement, une exacerbation des douleurs lombaires avec sciatalgies à droite le long du territoire L5 et une discrète parésie des releveurs des orteils. Il a précisé que, depuis l'année 2000, elle utilisait deux cannes pour se déplacer à l'extérieur mais qu'elle réussissait à marcher sans cannes à son domicile. Il a indiqué que l'assurée assumait ses tâches ménagères légères et la préparation des repas alors que les tâches ménagères lourdes étaient effectuées par son mari. Il a estimé qu'en raison de la monoplégie du membre inférieur gauche et de sa gonarthrose débutante à droite, l'assurée ne pouvait exercer qu'un travail sédentaire en évitant les déplacements et qu'en raison du syndrome de la coiffe des rotateurs, elle devait éviter le port de charges de plus de cinq kilos et les mouvements au-delà de l'horizontale avec son membre supérieur droit dominant. Il a fait état d'une incapacité de travail entière depuis le 19 octobre 2004, tout en précisant que l'activité de concierge exercée à 50 % depuis 1987 n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 50 % en raison des douleurs et autres pathologies annexes. Le 31 août 2006, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage au cours de laquelle l'assurée a déclaré que, dans son activité de concierge, elle avait accompli seules ses tâches sauf les gros travaux, tels que sortir les containers avec le tracteur et nettoyer le sous-sol très poussiéreux, qui avaient été effectués par son mari. Elle a expliqué qu'elle avait été concierge d'un immeuble de sept étages avec six appartements par palier qui nécessitait une présence sur place tous les jours de 9h00 à 13h00 sauf le week-end. Elle a précisé qu'elle avait parfois besoin de l'aide de son mari pour entrer et sortir de la baignoire. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice a indiqué

que l'horaire de concierge requérait la présence de l'assurée pendant quatre heures par jour, mais n'impliquait pas un travail effectif de cette durée. Elle a expliqué qu'à la suite de la demande de l'assurée d'une augmentation de salaire par comparaison avec le salaire d'une voisine effectuant la même activité auprès de la même régie, cette dernière avait diminué ses heures de présence à deux heures par jour. Elle a estimé que l'activité lucrative correspondait à un horaire de 10 heures par semaine. Elle a relevé que l'assurée vivait avec son mari dans un appartement de cinq pièces. Lors de l'évaluation des empêchements dans le ménage, elle a retenu un empêchement de 55 % pour les activités de l'alimentation, de 50 % pour l'entretien du logement, de 20 % pour les emplettes et courses diverses, de 10 % pour la lessive ainsi que l'entretien des vêtements et de 50 % dans les activités diverses permettant de conclure à un degré d'invalidité de 40 % dans les tâches ménagères. Elle a noté que l'assurée avait besoin d'une aide régulière pour se déplacer à l'extérieur mais qu'elle ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence et qu'elle pourrait avoir besoin de moyens auxiliaires adaptés tels qu'un fauteuil roulant à grandes roues ou un aménagement de sa salle de bains. Elle a ajouté que le mari de l'assurée ne pouvait plus l'aider comme avant en raison de son état de santé. Dans un projet de décision du 19 septembre 2006, l'OCAI a retenu que l'assurée exerçait une activité lucrative à 25 %. En appliquant la méthode de comparaison des revenus pour cette activité et la méthode spécifique pour les tâches ménagères et, après pondération, elle a admis un degré d'invalidité de 3 % pour l'activité lucrative et de 30 % pour les activités ménagères, soit, au total, un taux d'invalidité de 33 %. Le 20 octobre 2006, l'assurée a fait part de ses observations. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière au motif qu'il n'existait aucune activité adaptée à son état de santé puisqu'elle ne pouvait pratiquement accomplir aucun geste de la vie quotidienne, ni se déplacer, sans l'aide de son mari ou d'un tiers. Elle a également contesté l'appréciation de l'OCAI concernant les empêchements dans les tâches ménagères car elle ne pouvait pratiquement plus rien faire sans être aidée. Dans un rapport du 2 novembre 2006, le Dr E_____, neurologue, a fait état d'une aggravation du déficit moteur du membre inférieur droit par rapport à son examen de 2004. Il a également noté un syndrome du tunnel carpien gauche assez important. Il a considéré que l'atteinte neurologique de la patiente était importante et correspondait à une faiblesse très sévère du membre inférieur gauche qui perturbait la marche, que la faiblesse s'était également aggravée au membre inférieur droit, que les membres supérieurs étaient également concernés, enfin qu'il y avait également un problème lombaire important avec lombalgies et douleurs du membre inférieur droit ainsi que des douleurs post-traumatiques de l'épaule droite. Il a estimé que les séquelles de la poliomyélite étaient suffisamment importantes pour admettre une incapacité de travail complète dans toute activité. Il a précisé que les activités ménagères ne pouvaient être effectuées que très partiellement avec aide et que les activités quotidiennes, telle que la douche, nécessitaient également une aide. Par décision du 29 janvier 2007, l'OCAI a confirmé sa position. Il a précisé avoir soumis le nouveau rapport médical au SMR qui avait considéré qu'il n'apportait rien de nouveau pouvant modifier ses conclusions. Par acte du 2 mars 2007, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à l'audition de son mari, des Drs E_____ et A_____, enfin, à la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Elle a allégué que son état de santé s'était péjoré depuis le rapport d'enquête économique du 31 août 2006 puisqu'elle devait se servir de cannes anglaises à son domicile et qu'elle ne pouvait plus du tout entrer dans la baignoire, ni effectuer ses tâches ménagères. Elle a

soutenu que l'ensemble des renseignements médicaux établissait qu'elle était complètement incapable d'exercer la moindre activité professionnelle puisqu'elle ne pouvait pas sortir de chez elle sans l'aide continuelle de son mari et de moyens auxiliaires. En outre, elle a souligné qu'elle exerçait précédemment sa charge de concierge à raison de quatre heures et non pas de deux heures seulement par jour. Elle a allégué que le rapport d'enquête économique du 31 août 2006 contenait des estimations irréalistes et des conclusions inadmissibles de sorte qu'il n'était pas possible de se baser sur celui-ci pour établir ses empêchements. Elle a allégué qu'elle ne pouvait plus accomplir du tout de tâches ménagères lourdes, ni celles plus légères car il n'existait pratiquement plus de domaines où elle pouvait agir seule. Elle en a conclu que les empêchements dans le domaine ménager atteignaient vraisemblablement plus de 75 à 80 %. Elle a produit dans la procédure un rapport du Dr A_____ du 22 février 2007 faisant état, depuis son rapport d'avril 2006, d'une péjoration de ses performances physiques qui nécessitait le port quotidien de cannes pour se déplacer, l'aide de son mari pour les gestes quotidiens de la vie courante et une aide plus importante de celui-ci pour les tâches ménagères. Ce médecin a considéré que le port de cannes n'allait pas améliorer l'état de son épaule en tant qu'il entraînait une pression supplémentaire sur cette dernière qui aggraverait très certainement sa périarthrite. Dans sa réponse du 24 mai 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est référé aux motifs contenus dans la décision attaquée. Il a produit dans la procédure un avis médical du 21 mai 2007 établi par la Dresse F_____, médecin du SMR, qui a indiqué que, dans l'estimation de la capacité résiduelle de travail, il avait été tenu compte de la fatigabilité et des douleurs. Elle a considéré que le syndrome du tunnel carpien représentait une atteinte à la santé nouvelle se traduisant par des paresthésies modérées intermittentes de la main gauche et que, si une opération s'avérait nécessaire, il fallait prévoir une incapacité de travail de trois semaines environ. Le 13 juin 2007, l'OCAI a, d'une part, remis à la recourante, en prêt, un fauteuil roulant pour sortir ainsi que pour effectuer de longs déplacements à l'extérieur, d'autre part, a accepté la prise en charge de frais pour une planche de bain et des poignées de sécurité pour les toilettes ainsi que pour la salle de bain. Dans sa réplique du 27 juillet 2007, la recourante a allégué que la péjoration de son état de santé nécessitait, depuis deux mois environ, l'usage d'une chaise roulante pour sortir de chez elle. Elle a contesté les explications de l'enquêtrice quant à son horaire de travail dans l'activité de concierge estimant que seul comptait le temps de présence convenu contractuellement. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes. Elle a produit dans la procédure un nouveau rapport du Dr A_____ daté du 21 juin 2007 considérant que l'apparition d'un tunnel carpien de la main gauche était la preuve que la patiente devait faire d'énormes efforts pour se déplacer avec pour conséquence l'aggravation du syndrome de la coiffe des rotateurs à droite, soit un nouvel élément entrant dans le cortège des péjorations à venir en relation avec la poliomyélite ce qui devait amener à conclure qu'elle était inapte à exercer toute activité professionnelle hors du domicile. Il a estimé que les déplacements de la patiente allaient devenir de plus en plus laborieux et que toute son énergie ainsi que son attention étaient focalisées sur sa maladie ainsi que ses complications rendant incompatible toute activité professionnelle. Dans sa duplique du 4 septembre 2007, l'intimé a rappelé que, lors de l'enquête ménagère, il avait déjà tenu compte que la recourante devait se déplacer en chaise roulante et que l'enquêtrice elle-même avait proposé les moyens auxiliaires dont l'assurée bénéficiait aujourd'hui. Il a soutenu que la recourante confondait invalidité médico-théorique et limitation des possibilités de gain imputable à l'état de santé, seule déterminante en matière d'assurance-invalidité. Il a relevé que le dernier rapport du Dr

A_____ mentionnait une inaptitude à exercer toute activité professionnelle hors du domicile, sans examiner quels travaux on pouvait encore raisonnablement exiger de l'assurée de sorte qu'il prétendait à tort que sa patiente ne pouvait plus exercer la moindre activité professionnelle. Il a également rappelé l'obligation de réduire le dommage qui imposait à la ménagère d'adopter une méthode de travail adaptée ou de recourir à l'aide des membres de sa famille. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. Le 10 octobre 2007, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger. Le 20 décembre 2007, la recourante a produit dans la procédure un rapport du Dr A_____ du 11 décembre 2007 diagnostiquant une fracture de la tête radiale gauche due à une surcharge relative à l'emploi de cannes anglaises. Le 16 janvier 2008, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimé et a informé les parties que la cause était gardée à juger. Dans un avis médical du 27 janvier 2008, la Dresse G_____, spécialiste en médecine interne et médecin du SMR, a relevé que l'affection du coude gauche constituait une nouvelle atteinte à la santé postérieure à la décision du 9 janvier 2007 qui allait, selon toute vraisemblance, entraîner une incapacité de travail totale de courte durée. Elle a estimé qu'il fallait suivre l'évolution de cette fracture lente au vu de la pathologie neurologique de base. Le 5 février 2008, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante. EN DROIT 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Tant la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, que les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à leur entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision du 29 janvier 2007 a été reçue par la recourante, le 31 janvier 2007, et le délai a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte que le recours du 2 mars 2007 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. Le litige porte sur la capacité résiduelle de travail et le taux d'invalidité présenté par la recourante dans l'accomplissement de ses travaux habituels ainsi que dans son activité lucrative. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, 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. Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid.

3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La recourante allègue qu'elle est entièrement incapable d'exercer la moindre activité professionnelle car elle ne peut pas sortir de chez elle seule et sans l'aide de moyens auxiliaires. Elle conteste l'évaluation faite par l'enquêtrice de l'OCAI tant de ses empêchements dans le ménage que de son horaire de travail dans son activité de concierge. Elle allègue également que son état de santé s'est aggravé depuis l'enquête ménagère. Pour sa part, sur la base des divers rapports médicaux du SMR, l'intimé soutient que la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité lucrative adaptée, à savoir sans déplacement, ni port de charges, et sans élévation de son bras droit au-dessus de l'horizontale. Elle considère qu'en vertu de l'obligation de diminuer le dommage, l'assurée doit recourir à l'aide de son mari pour effectuer ses tâches ménagères sans que cette aide soit prise en compte dans l'appréciation des empêchements de ce domaine d'activité. Dans son rapport d'expertise du 17 mai 2006, après avoir procédé à une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, actuelle et par systèmes, le Dr D_____ a rapporté les plaintes de l'assurée, à savoir des douleurs à l'épaule droite, localisées le long de la face interne du bras, qui augmentent lors des mouvements de l'épaule droite et lors du port d'objets lourds, des douleurs au genou droit, continues et associées à des lâchages du genou, enfin, une tuméfaction de la cheville droite avec douleurs à la marche. Lors de son examen clinique, il a constaté une amyotrophie sévère hypotone du membre inférieur gauche avec monoplégie quasi-complète, un membre inférieur gauche plus court que le droit adoptant une position de rotation externe, un flexum du genou gauche et un pied gauche en équin de 30°, une abolition des réflexes rotuliens et achilléens, une aréflexie rotulienne du membre inférieur droit avec discrète parésie des releveurs des orteils, un déplacement avec boiterie importante au moyen de deux cannes anglaises, des signes de rupture du long chef du biceps à droite. Il a diagnostiqué une monoplégie du membre inférieur gauche séquellaire à une poliomyélite vaccinale survenue à l'âge de 22 mois, un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite associé à une omarthrose débutante, un syndrome lombovertébral avec spondylose antérieure, discopathie modérée L5-S1 et scoliose dégénérative à faible rayon, une gonarthrose débutante à droite. Il a exposé que, jusqu'en 1999, la recourante avait pu se déplacer sans moyen auxiliaire en verrouillant son genou gauche avec sa main et qu'à partir de 2000, la capacité de marche s'était détériorée avec chutes à répétition provoquant des fractures non déplacées ainsi qu'un usage de cannes anglaises pour se déplacer à l'extérieur. Il a ajouté que les douleurs lombaires s'étaient exacerbées avec apparition de sciatalgies à droite le long du territoire L5

et d'une discrète parésie des releveurs des orteils. Il a conclu à une capacité de travail de 0 % dans l'activité de concierge et de 50 % dans une activité professionnelle sédentaire évitant les déplacements, le port de charges au-delà de 5 kilos et les mouvements au-delà de l'horizontale du membre supérieur droit. Le Dr D _____ a établi son rapport au terme d'une analyse exhaustive du dossier, en se basant sur les radiographies et les appréciations médicales y figurant. De plus, les explications qu'il a données sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour évaluer la situation de la recourante. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé et sur la capacité de travail. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Par conséquent, son rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence). Au demeurant, son appréciation est confirmée par celle du Dr C _____ qui, dans son rapport du 20 décembre 2004, retient principalement les mêmes diagnostics et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, à savoir sans marche et sans port de charges. En réalité, parmi les divers médecins qui se sont prononcés au sujet de la capacité de travail résiduelle de la recourante et de ses limitations fonctionnelles, seuls les Drs A _____ et E _____ concluent à une incapacité de travail entière dans toute activité. Dans son rapport du 28 octobre 2004, bien qu'il pose les mêmes diagnostics que les Drs C _____ et D _____, le Dr A _____ considère qu'on ne peut pas exiger de la recourante l'exercice d'une autre activité, sans motiver son point de vue. Implicitement, il semble justifier son appréciation par l'utilisation de cannes anglaises et l'aide apportée par son mari pour le déplacement à l'extérieur ainsi que dans certaines activités quotidiennes telles que l'habillage. Toutefois, on ne voit pas en quoi le recours à l'aide de son mari et à des moyens auxiliaires pour se déplacer à l'extérieur ôterait toute capacité de travail dans une activité ne nécessitant ni déplacements et port de charges, ni élévation du bras droit au-dessus de l'horizontale. De plus, sa description des limitations fonctionnelles ne retenant aucune capacité fonctionnelle autre que le fonctionnement intellectuel et le comportement acceptable pour l'entourage, au contraire des deux rhumatologues, ne peut que faire douter de la valeur probante de son appréciation et de son objectivité. Or, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Quant au Dr E _____, dans son rapport du 2 novembre 2006, il considère que les séquelles de la poliomyélite sont suffisamment importantes pour reconnaître une incapacité de travail dans toute activité, sans davantage expliquer pourquoi, dans une activité adaptée, à savoir sans déplacement et port de charges, ni élévation du bras droit au-dessus de l'horizontale, une capacité résiduelle de travail ne pourrait pas être admise. En outre, il a mentionné l'apparition d'un syndrome du tunnel carpien gauche assez important sans préciser s'il avait une répercussion sur la capacité de travail. Par conséquent, son rapport est insuffisamment motivé pour permettre de douter des conclusions du Dr D _____. En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; ATF non publié du 7 mars 2007, I 113/06, consid. 4.4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitant ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les

conclusions de l'expertise, ce qui n'est pas le cas, en l'espèce. La recourante considère également, sur la base des rapports du Dr A_____ des 22 février et 21 juin 2007, que son état de santé s'est aggravé au motif que, depuis février 2007, elle doit utiliser quotidiennement des cannes pour se déplacer, avoir recours à l'aide de son mari pour les gestes quotidiens de la vie courante, le mettre a contribution de façon plus importante dans les tâches ménagères et que, depuis mai 2007, elle doit utiliser une chaise roulante pour sortir de chez elle, enfin qu'elle a subi, à la fin de l'année 2007, une fracture de la tête radiale gauche due à une surcharge relative à l'emploi de cannes anglaises. Or, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4). Etant donné que les rapports du Dr A_____ et les modifications intervenues sont postérieurs à la décision litigieuse du 29 janvier 2007, ils ne peuvent pas être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Au surplus, le Dr A_____ fait état d'un cortège de péjorations à venir, séquellaires à la poliomyélite, devant amener à conclure que la recourante est inapte à exercer toute activité hors du domicile. Ce faisant, il se base sur des éléments hypothétiques futurs dont il ne pouvait pas tenir compte dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle actuelle de la recourante. En effet, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, d'une part, sur les faits existants au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), d'autre part, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). La recourante a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, si elle établit que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b). En définitive, au vu des divers rapports médicaux ayant une valeur probante, il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à son handicap de sorte qu'il reste à évaluer le degré de son invalidité. Il convient de déterminer la part consacrée aux travaux habituels dans le ménage par rapport à celle de l'activité lucrative. Retenant que la part de l'activité professionnelle de la recourante est de 25 %, l'intimé a considéré que, dans l'ensemble des travaux de l'assurée, l'accomplissement des travaux habituels représente une part de 75 %, ce que celle-ci conteste. Selon la recourante, avant la survenance de l'atteinte à sa santé, elle consacrait quatre heures environ par jour à son travail de concierge, soit vingt heures par semaine à l'exercice de sa profession. La part de l'activité lucrative est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a déjà cité; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). Selon les questionnaires de l'employeur des 3 novembre 2003 et 19 octobre 2004, l'horaire de travail normal dans l'entreprise pour ce poste de concierge est de 1 à 2 heures par jour à raison de 5 jours par semaine, soit de 5 à 10 heures par semaine. Par conséquent, en retenant un horaire de 10 heures par semaine, l'enquêtrice de l'OCAI a repris les chiffres les plus favorables à la recourante indiqués par

l'employeur. Celle-ci conteste cette appréciation au motif qu'il y a lieu de se référer au temps de travail convenu contractuellement qui est de 4 heures par jour. Or, l'intimé s'est justement référé aux chiffres indiqués par l'employeur, sans que la recourante ne rende vraisemblable qu'ils ne correspondent pas aux données contractuelles. Si l'on compare l'horaire normal de travail de deux heures par jour effectué cinq jours par semaine, soit 10 heures par semaine, avec l'horaire accompli par l'assurée valide et un horaire standard de 40 heures par semaine, la part de l'activité professionnelle de la recourante est de 25 %. Compte tenu de l'ensemble des circonstances - personnelles, familiales, sociales et économiques (ATF 130 V 396 consid. 3.3), on doit ainsi considérer comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante, si elle n'était pas atteinte dans sa santé, consacrerait le 25 % du temps à son activité lucrative. Etant donné que la part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage, cette part représente 75 %. De même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). 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 aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. 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 2004 p. 136 consid. 5.3, 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publié du 14 janvier 2005, I 308/04 et I 309/04). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 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 pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié du 14 janvier 2005, I 308/04 et I 309/04, et ATFA non publié du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié du 17 mars 2005,

I 257/04, consid. 5.4.4). En l'espèce, dans le cadre de l'enquête ménagère du 31 août 2006, l'enquêtrice a constaté des empêchements à raison de 55 % dans les tâches de l'alimentation au motif que, depuis 2000 environ et surtout depuis sa chute de novembre 2003, l'assurée avait renoncé à recevoir des amis ainsi qu'à faire des plats cuisinés, passait beaucoup moins de temps debout devant la cuisinière tout en bénéficiant de l'aide de son mari qui épluchait les légumes, et enfin, préparait ses repas en plusieurs fois lorsqu'elle recevait ses enfants. Elle ajouta que tous les gros travaux de nettoyage avaient été abandonnés et que la recourante se contentait de balayer le sol ainsi que de passer le balai de coton. Elle a admis un empêchement de 50 % dans l'entretien du logement, de 20 % pour les emplettes et courses diverses, enfin, de 10 % pour la lessive et l'entretien des vêtements. Elle a observé un empêchement de 50 % dans les activités diverses au motif que l'assurée avait dû réduire le nombre de plantes sur son balcon et qu'elle ne pouvait pas dépoter les nombreuses plantes vertes dans son salon, qu'elle ne pouvait plus coudre ses rideaux et certains vêtements simples, qu'elle ne pouvait plus faire du porte à porte dans le cadre de la communauté religieuse dont elle fait partie et qu'elle ne pouvait pas venir en aide à sa fille qui venait d'accoucher. La recourante ne remet pas en question la pondération des activités mais considère que les degrés d'empêchement y relatifs ont été manifestement sous-évalués et ne correspondent en aucune manière à la réalité. S'agissant de l'empêchement de 50 % dans l'entretien du logement, la recourante allègue qu'elle ne peut pratiquement plus rien accomplir, hormis quelques minuscules tâches d'entretien courant, et qu'il est inimaginable de conclure à un taux d'empêchement de 50 % dans un domaine qui englobe les travaux d'époussetage, d'aspirateur, d'entretien des sols, de nettoyage des vitres et de literie, soit des activités où son empêchement est quasi total. Or, dans ses déclarations à l'enquêtrice, elle n'a pas prétendu qu'elle ne pouvait plus du tout accomplir ces activités mais qu'elle était plus lente qu'avant et devait répartir son travail sur la journée et la semaine ainsi que se reposer entre deux activités physiques. En revanche, elle a déclaré qu'elle avait remplacé l'utilisation de l'aspirateur par le balai de coton, qu'elle ne s'occupait plus des rideaux et de l'entretien des fenêtres, qu'elle n'enlevait plus la poussière autour des objets placés sur les rayonnages d'un meuble ou d'une bibliothèque et qu'elle n'avait plus la force de nettoyer les sanitaires à fond. Selon les constatations de l'enquêtrice, les sols ne sont pas recouverts de tapis ou de moquettes, mais de planchers de sorte que la recourante n'a pas besoin d'aspirer et peut entretenir ses sols avec le balai de coton. De plus, avec l'apparition de la literie nordique, il n'est plus nécessaire, aujourd'hui, de faire les lits car il suffit de retendre la couette sur le drap de sorte que la recourante n'est handicapée que pour le changement de literie qu'elle réalise avec l'aide de son mari correspondant à ce qu'on peut attendre d'un membre de la famille. Par conséquent, l'empêchement de 50 % retenu par l'intimé dans l'entretien du logement tient compte dans une mesure appropriée du handicap de la recourante. S'agissant des emplettes et courses diverses, la recourante conteste également l'évaluation de son empêchement au motif qu'elle n'a plus la moindre autonomie. Lors de l'enquête ménagère, elle a déclaré à l'enquêtrice qu'elle ne pouvait plus faire les courses sans être accompagnée et ne pouvait plus marcher sur une trop longue distance de sorte que son mari la déplaçait dans une sorte de fauteuil roulant ou la laissait dans la voiture et allait faire les courses lui-même. Par conséquent, elle n'a pas prétendu qu'elle ne pouvait plus du tout faire les courses, mais qu'elle avait besoin d'être accompagnée par son mari qui la déplaçait en fauteuil roulant afin qu'elle ne soit pas trop fatiguée. En ce qui concerne le transport des provisions, on peut considérer que cette tâche entre dans le cadre de ce que l'on peut attendre du mari de l'assurée, d'autant plus que les commerces se trouvent à

proximité du domicile et que le couple peut s'organiser de manière à regrouper les divers achats à effectuer. Par conséquent, il n'y a pas lieu non plus de remettre en cause l'évaluation de l'enquêtrice sous la rubrique « achats/courses diverses » (cf. ATFA non publié du 14 janvier 2005, I 308/04, consid. 6.3.2.1). Au sujet de la lessive et de l'entretien des vêtements, la recourante considère qu'en raison des douleurs à l'épaule droite, elle ne peut, notamment, pratiquement plus accomplir le moindre repassage de sorte que son empêchement est quasi-total. Elle a indiqué à l'enquêtrice qu'elle avait besoin de l'aide de son mari pour charger, décharger et transférer le linge d'une machine à l'autre et qu'elle ne repasse pratiquement plus rien ou, lorsqu'elle doit le faire, elle baisse la planche et s'assied sur une petite table. Par conséquent, dans ce domaine également, on ne voit pas en quoi l'appréciation de l'enquêtrice serait arbitraire dès lors que la recourante peut continuer à accomplir ces activités avec l'aide de son mari dans une mesure raisonnable et en aménageant son plan de travail. Enfin, elle se réfère également au rapport du Dr E_____ du 2 novembre 2006, selon lequel les activités ménagères ne peuvent être accomplies que très partiellement et avec aide. En réalité la recourante conteste les conclusions de l'enquêtrice essentiellement parce qu'elle a besoin de l'aide de son mari pour accomplir ses tâches ménagères. Or, cet argument ne lui est d'aucune utilité puisque, comme tout assurée, elle a une obligation de diminuer le dommage et, à ce titre, de se faire aider des membres de sa famille pour améliorer sa capacité de travail (ATF 130 V 97 consid. 3.2 p. 99, 123 V 230 consid. 3c et les références p. 233). De plus, l'enquête ménagère a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assurée 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 subis dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publié du 1^{er} mai 200, I 794/04, consid. 6.2). En l'occurrence, rien au dossier n'indique que les travaux habituels décrits dans le rapport d'enquête économique sur le ménage comme raisonnablement exigibles de la part de la recourante, ne le soient pas sur le plan médical. En effet, selon le rapport du Dr D_____ du 24 février 2006, la recourante assume ses tâches ménagères légères et la préparation des repas, alors que les tâches ménagères lourdes sont effectuées par son mari. Pour ces travaux, elle recourt à l'aide de son mari dans une mesure que l'on ne saurait considérer comme déraisonnable dès lors qu'aucun élément ne donne à penser qu'il soit restreint dans ses loisirs. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'enquêtrice, qui reposent sur un examen attentif et précis des handicaps de la recourante ainsi que de la situation familiale concrète de celle-ci, doivent être confirmées, de sorte qu'il convient de retenir une invalidité de 40 % dans les activités ménagères. Etant donné que la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % sur un quart-temps dans une activité adaptée au handicap, il y a lieu de déterminer, selon la méthode de la comparaison des revenus, le degré d'invalidité de l'assurée dans le cadre de l'activité lucrative. 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 343 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne

valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). En l'espèce, en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2005 puisque l'incapacité de travail est attestée depuis le 17 septembre 2004 et que la demande de prestations date du 25 septembre 2004. Selon le questionnaire pour l'employeur du 7 octobre 2004, le salaire de la recourante a été de 2002 à 2004 de 670 fr. par mois, versés treize fois, soit 8'710 fr. par année. Même si ce salaire est identique depuis 2002, il convient d'adapter ce revenu à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2005 de 1.1 % (OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2006) de sorte que le revenu sans invalidité est de 8'806 fr. (8'710 + 1.1 %). Dans certaines situations particulières, le Tribunal fédéral des assurances a admis qu'il y a lieu lors de l'évaluation de l'invalidité de tenir compte du fait qu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante), en prenant en considération ce facteur pour déterminer également le revenu d'invalidé. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'y a pas de circonstances permettant de supposer que l'assuré se serait contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu obtenir (cf. RCC 1992 p. 96 consid. 4a) et que l'on peut admettre qu'il ne pourrait pas réaliser, en raison de qualifications insuffisantes, un salaire aussi élevé que le revenu moyen déterminé (voir RCC 1989 p. 485 consid. 3b; RAMA 1993 n° 168 p. 103 consid. 5b; ATFA non publiés du 18 novembre 2003, I 64/03, et du 17 février 2005, I 1/04). En l'occurrence, selon les indications données par l'enquêtrice, ayant appris qu'une voisine obtenait du même employeur un salaire plus élevé pour le même travail, la recourante a tenté d'obtenir une augmentation de salaire de la part de son employeur ce qui démontre qu'elle ne serait pas contentée à long terme d'un tel salaire. Ce salaire est très nettement inférieur à celui, pour la même année, que réalisait une femme non qualifiée travaillant dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, soit le salaire statistique le plus proche du domaine d'activité de la recourante et parmi les plus bas du secteur des services. En effet, selon les données statistiques publiées par l'OFS, le salaire d'une telle employée était, en 2004, de 3'466 fr. pour 40 heures de travail hebdomadaires (ESS 2004, TA1, p. 55, ch. 55, niveau de

qualification 4), soit à 25 %, 10'398 fr. par année (41'592 x 25 %). Converti en horaire de 42.1 heures en 2005 (OFS, durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique, let. H [hôtellerie et restauration]), cela donne un montant de 10'943 fr. 90 (10'398 x 42.1 : 40), soit 11'064 fr. 30 après adaptation en fonction de l'évolution des salaires de 2004 à 2005 (1.1 %). La différence par rapport au salaire de 8'806 fr. est de 20 % environ. Par conséquent, il y a lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'invalidité, en prenant en considération ce facteur pour déterminer également le revenu d'invalidité. C'est une manière de sauvegarder le principe selon lequel l'assurance-invalidité n'a pas à compenser les pertes de salaire résultant de facteurs étrangers à l'invalidité (ATF 129 V 225 consid. 4.4 et les références citées). Pour ce qui est du revenu d'invalidité, la recourante n'ayant repris aucune activité lucrative, il convient de se référer aux données de l'ESS. Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail léger sans déplacement et sans élévation du bras droit au-delà de l'horizontale, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Il s'élève, en 2004, à 46'716 fr. (3'893 x 12) part au 13^{ème} salaire comprise. Ce secteur offre un large éventail d'activités ainsi qu'un nombre significatif d'activités légères ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières et donc adaptées au handicap du recourant (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV n° 24 p. 76 consid. 3; ATFA non publiés du 16 juillet 2004, I 719/03, consid. 4.2 et du 10 avril 2006, U 12/05, consid. 5). Par ailleurs, ces activités ne nécessitent aucune formation particulière autre qu'une mise au courant initiale (cf. ATFA non publié du 27 décembre 2005, I 727/05, consid. 3.2). De plus, ce salaire doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2005 de 1.1 % de sorte qu'il ascende à 47'230 fr. et, puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), à l'horaire de travail en 2005 qui est de 41.6 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises) soit à 49'237 fr. 30 (47'230 x 41.6 : 40), puis, au taux d'activité de 25 % ce qui le porte à 12'309 fr. 30 (49'237.30 x 25 %). Enfin, le revenu d'invalidité doit donc être réduit de 20 % pour tenir compte de la jurisprudence précitée relative à la réduction du salaire d'invalidité en fonction du pourcentage résultant de la différence entre le revenu obtenu avant la survenance de l'invalidité et le salaire moyen de l'époque dans la branche considérée de sorte qu'il s'élève à 9'847 fr. 45. (12'309.30 - 20 % de 12'309.30). Etant donné que la recourante ne peut exercer qu'une activité légère et à temps partiel qui est moins bien rémunérée qu'un travail avec port de charges, qu'à la date de la décision elle travaillait depuis 10 ans chez le même employeur et qu'elle était âgée de 56 ans, elle ne pourrait obtenir qu'un salaire moins élevé que le salaire statistique (ATFA non publiés du 10 mai 2002, I 481/01, consid. 4c et du 2 décembre 2002, I 500/02, consid. 1.4.1.). Dans la mesure où, dans son appréciation d'un abattement de 20 %, l'intimé a tenu compte de l'exercice d'une activité légère, des nombreuses limitations fonctionnelles et des années de service, sans prendre en considération l'âge de la recourante, il y a lieu d'augmenter l'abattement retenu par l'OCAI à 25 %. Par conséquent le revenu d'invalidité doit être arrêté à 7'385 fr. 60 (9'847.45 - 25 % de 9'847.45) et le taux d'invalidité dans l'activité lucrative à 40 % (12'309.30 - 7'385.60 : 12'309.30). Il y a lieu de relever que le calcul du taux d'invalidité pour l'activité lucrative effectué par l'intimé, qui l'a amené à retenir un taux de 11.7 %, est erroné à double titre puisqu'il a appliqué un taux d'activité de 20 % au lieu de 25 % et a omis de prendre en considération la différence entre l'horaire de travail retenu dans le cadre du salaire statistique et celui qui a cours en 2005. Au vu de la part consacrée à

chacun des deux champs d'activité (25 % pour l'activité lucrative, 75 % pour les travaux habituels), il en résulte un degré d'invalidité total de 40 % (10 % + 30 %), taux qui ouvre le droit à un quart rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} septembre 2005. La recourante requiert, à titre subsidiaire, des mesures supplémentaires d'instruction, à savoir l'audition de son mari et de ses médecins traitant ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire et l'audition de son mari ainsi que des médecins traitant s'avèrent superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire formée par la recourante. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement (au sens des considérants). Annule la décision de l'OCAI du 29 janvier 2007. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2005. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul de la rente. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.