

GE_GERICHTE ATAS/127/2007 vom 6. Februar 2007

GE Cour de justice, 2007-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_127_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/127/2007 du 6 février 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/127/2007 del 6 febbraio 2007

Erwägungen

E. 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.

E. 2

a) 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). c) En l'espèce, la décision litigieuse, du 20 septembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 A/3903/2006 - 11/21 - (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 20 décembre 2002), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu; de la sorte, la

jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). d) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

E. 3

a) Le 1er juillet 2006, est entrée en vigueur la nouvelle relative aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptée le 16 décembre 2005. Celle-ci a eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a notifié à la recourante un préavis de refus de rente, en date du 7 août 2006. Ce préavis a ensuite été confirmé par la décision du 20 septembre 2006, qui mentionnait, en application de ces nouvelles dispositions légales, la possibilité de faire recours au Tribunal cantonal des assurances sociales, dans les trente jours. En application de l'art. 8 PA, auquel l'art. 55 al. 1 LPGA renvoie, c'est à juste titre que l'OCAI a transmis d'office au Tribunal de céans l'opposition de l'assurée,

A/3903/2006 - 12/21 - formée en date du 16 octobre 2006, pour que celle-ci soit traitée comme un recours, le délai de trente jours étant ainsi réputé observé (art. 60 et art. 39 LPGA). Partant, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA et art. 57a et 69 al. 1 LAI).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et susceptibles d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée 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 mesure de réadaptation exigible. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis aLAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40

% au moins. Depuis le 1er janvier 2004, il a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi- rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

E. 6

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance- invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation

A/3903/2006 - 13/21 - médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 7

En l'espèce, au plan somatique, les deux expertises établies par les COMAI de Genolier et de Nyon à deux ans d'intervalle, soit en février 2004 et en juin 2006, retiennent que la recourante présente des lombosciatalgies à droite chroniques, un status post tunnel carpien à gauche, un tunnel carpien symptomatique à droite, les plaintes formulées étant pour le surplus compatibles avec une fibromyalgie. Selon les deux expertises, la capacité de travail de l'assurée est nulle dans la profession habituelle d'aide soignante, mais entière dans une activité adaptée, sans port de charges au-delà de 8 kg, sans exposition au froid ou positions en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout. Ces conclusions

reposent sur deux expertises complètes et convaincantes, dont la pertinence n'est mise en doute ni par l'OCAI ni par la recourante. Les conclusions des deux expertises COMAI rejoignent d'ailleurs celles du centre d'intégration professionnelle (CIP). Dans le rapport d'observation professionnelle du 21 octobre 2005, il a été observé que les capacités physiques de la recourante se sont révélées compatibles avec une activité légère, permettant l'alternance des positions et évitant les gestes répétitifs. Dans ces conditions, les avis divergents des médecins traitants (Drs B_____ et G_____), qui considèrent, sans l'étayer, que la recourante est totalement incapable de travailler dans toute activité, ne sauraient remettre en cause l'appréciation issue de deux expertises. En effet, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un A/3903/2006 - 14/21 - spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

b) Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec

différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Le Tribunal fédéral des assurances a retenu qu'il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4).

A/3903/2006 - 15/21 -

E. 9

a) En l'espèce, les experts du COMAI ont clairement nié, dans la première expertise de 2004, l'existence d'une comorbidité psychiatrique, à côté du diagnostic principal de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4 incluant la fibromyalgie). Dans l'expertise de 2006, les médecins du COMAI ont observé une aggravation de la symptomatologie depuis 2004, et retenu un épisode dépressif avec syndrome somatique d'intensité au moins moyenne (F 32.11), les critères n'étant pas suffisamment intenses pour que la qualification de sévère puisse être donnée. Le psychiatre traitant de la recourante a aussi qualifié de moyen l'épisode dépressif de sa patiente (rapport médical AI de la Dresse H_____ du 2 décembre 2005).

b) Les médecins du SMR ont quant à eux considéré, dans leur avis du 28 juillet 2006, que les critères posés par la CIM-10 à l'égard d'un épisode dépressif moyen n'étaient pas réunis, raison pour laquelle le diagnostic de dépression posé par la deuxième expertise COMAI ne pouvait pas être retenu.

c) Le Tribunal de céans observe à ce sujet que la question du bien fondé du diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par la seconde expertise COMAI n'est pas déterminante pour l'issue du présent litige. En effet, même si l'on se fonde sur les conclusions de l'expertise du COMAI de 2006, force est de constater que la recourante souffre d'un épisode dépressif moyen - et non pas sévère -, qualifié au demeurant de non récurrent par le COMAI. Cela suffit pour exclure la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique importante, tant sous l'angle de l'acuité que de la durée, au sens de la jurisprudence. Cette solution se justifie d'autant plus que les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié du 5 octobre 2006, I 582/2005, consid. 2 et les références citées), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATFA non publié du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1; voir également Fauchère, A propos de l'article de Jean Pirrotta « Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité », in SZS/RSAS 2006 p. 135). En l'occurrence, l'épisode dépressif observé n'a pas précédé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, déjà posé en 2004 par la première expertise COMAI, mais apparaît plutôt comme étant une manifestation réactive.

d) On ne voit pas non plus que la recourante réunit en sa personne plusieurs des autres critères (ou du moins pas dans une mesure suffisamment marquée) consacrés par la jurisprudence qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

e) Certes il y a lieu de tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques dès lors qu'à la date déterminante, l'assurée souffrait depuis plusieurs années de douleurs diffuses, principalement de lombosciatalgies, mais aussi de

A/3903/2006 - 16/21 - douleurs migratrices et au membre supérieur droit (rapport du COMAI du 23 juin 2006, p. 9-10). Cependant, cette symptomatologie ne l'empêche pas d'accomplir les activités ménagères légères (rapport du COMAI du 23 juin 2006, p. 13). Elle sort quotidiennement pour effectuer notamment des longues promenades et elle fait régulièrement des exercices en piscine ainsi que de la physiothérapie (rapport du COMAI du 23 juin 2006, p. 13). Elle maintient une vie de famille intacte (elle vit avec son mari et ses trois enfants, bien qu'elle se plaint de sa vie de couple) et elle voit une amie de temps en temps. L'assurée n'a donc à l'évidence pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. En tout état de cause, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie fait défaut, même si un retrait social plus grand est observé par rapport à 2004. On peut également douter que chez la recourante, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulte d'une libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En effet, les experts n'ont fait mention d'aucune source de conflit intra-psychique ni situation conflictuelle externe; des facteurs comme l'émigration ainsi que le faible degré de scolarisation et de formation professionnelle ont été évoqués, mais de façon si vague et si générale qu'il est impossible d'en apprécier la portée dans le cas de la recourante qui vit à Genève depuis longtemps sans difficultés d'intégration particulières. Il n'y a pas non plus lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, la recourante ne consulte un psychiatre que depuis une année (au moment de la décision querellée), le traitement médicamenteux prescrit devant d'ailleurs être remis en question selon les experts du COMAI. f) Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique et durable des douleurs de la recourante, on doit nier - d'un point de vue juridique - qu'une mise en valeur de sa capacité de travail, jugée complète au plan somatique dans une activité adaptée, ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée d'elle ou qu'elle serait même insupportable pour la société. A cet égard, la reconnaissance d'une invalidité, dans une perspective thérapeutique psychosociale, échappe aux buts de la loi. Il y a dès lors lieu de s'écarter des conclusions des médecins du COMAI (expertise du 23 juin 2006) et de retenir que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail issue d'un trouble somatoforme douloureux. Elle est ainsi en mesure de reprendre une activité professionnelle à temps complet dans une activité adaptée qui tient compte des contre-indications formulées par les experts au point de vue rhumatologique.

E. 10

Il reste à évaluer le taux d'invalidité de la recourante.

E. 11

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

A/3903/2006 - 17/21 - 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 (jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003 : art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les

art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004 : art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

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

c) En l'espèce, il ressort du questionnaire pour l'employeur que la recourante a travaillé en dernier lieu, en tant qu'aide soignante dans un EMS, à raison de 32 heures par semaine, et ce depuis le 1er août 1995, suite à la naissance de son deuxième enfant. L'horaire de travail normal dans l'entreprise étant de 40 heures par semaine, son taux d'activité dans la sphère lucrative était de 80%, le reste du temps étant consacré aux travaux habituels (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). Il est aussi hautement vraisemblable, et au demeurant non contesté, que la recourante aurait continué à travailler en tant qu'aide soignante à 80%, si elle avait été en parfaite bonne santé. Le taux d'invalidité de la recourante doit par conséquent être évalué selon la méthode mixte.

E. 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

A/3903/2006 - 18/21 - invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). b) Pour procéder à la comparaison des revenus selon l'art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité, soit au plus tôt en 2002, dès lors que la recourante n'a plus exercé son emploi depuis le 17 décembre 2001 (art. 29 al. 1 let. b LAI; ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

c) S'agissant du revenu sans invalidité, il sied de constater que le dernier salaire réalisé par la recourante en 2002 se montait à 4'058.50 fr. par mois (et non à 4'169 fr. comme retenu par erreur par l'OCAI en se référant au salaire que la recourante aurait réalisé en 2003). Ce salaire était versé douze fois l'an selon le questionnaire pour l'employeur, auquel s'ajoutait une gratification annuelle, se montant à 3'016.90 fr. en 2003. Annualisé, le dernier salaire

réalisé par la recourante, sans invalidité, s'est élevé à 51'718.90 fr.

d) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, compte tenu de l'activité adaptée de substitution que pourrait exercer la recourante, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé toutes branches économiques confondues, qui s'élevait en 2002, à 3'820 fr. par mois, soit à 80%, un salaire de 3'056 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, [ESS], p. 43, TA1). Annualisé, le salaire est de 36'672 fr. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures: Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale de travail dans les entreprises (DNT)), ce montant doit être porté à 38'231 fr, le calcul présenté par l'OCAI en annexe à sa détermination étant ainsi à cet égard correct (pièce 114 OCAI). En procédant à un abattement de 10 % sur ce salaire statistique (ATF 126 V 78 consid. 5), afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée et du taux d'activité réduit, on obtient un revenu d'invalidé de 34'408 fr.

e) Le taux d'invalidité dans la sphère lucrative s'élève ainsi à 33.47% ($(51'718.90 - 34'408) \times 100 : 51'718.90 = 33.47\%$).

E. 13

a) Pour déterminer le degré d'empêchement dans la sphère ménagère, l'on applique en règle générale la méthode spécifique de comparaison des champs d'activités, à l'aide d'une enquête ménagère. En l'espèce, l'OCAI n'a pas procédé à une telle enquête. b) 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

A/3903/2006 - 19/21 - est superflu d'administrer d'autres preuves (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). c) En l'espèce, il ressort de la première expertise COMAI, que l'assurée assumait toutes les tâches ménagères et s'occupait des repas, en se faisant aider par le mari pour les courses (page 14, expertise COMAI du 27 février 2004). Aucune incapacité particulière dans ce domaine n'a été retenue (cf. page 23 du même rapport). Dans le rapport d'expertise de 2006, les médecins du COMAI ont fait état des plaintes de la recourante en relation avec la tenue du ménage, notamment de difficultés pour refaire les lits, porter des objets lourds ou soulever les bras pour prendre des objets. Au plan somatique, les conclusions de la seconde expertise rejoignent toutefois entièrement celles de la première, la recourante devant éviter le port de charges supérieures à 8 kg, les positions en porte-à-faux et l'exposition au froid, et devant pouvoir alterner les positions. d) Dans une affaire concernant une assurée qui ne pouvait pas porter de charges lourdes et devait éviter la station debout, le Tribunal fédéral des assurances a ratifié un degré d'empêchement de 10% dans la sphère ménagère, établi à l'aide d'une enquête économique. Dans cette même affaire, le degré d'empêchement médico-théorique, tel qu'il ressortait des expertises médicales, était de 20% s'agissant des travaux habituels (ATFA non publié, I 735/04, du 17 janvier 2006). Dans le cas d'une assurée qui

souffrait de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne vertébrale lombaire, suspicion de fibromyalgie, état anxio-dépressif, douleurs bilatérales aux mains et aux poignets sur rhizarthrose bilatérale ainsi que de gonalgies chroniques sur gonarthrose, et dans lequel le médecin avait, d'une part, admis une capacité fonctionnelle en position assise (3-4 heures/jour) et debout (2-3 heures/jour), avec alternance des positions assis/debout et alternance assis/debout/marche, les positions à genoux ou accroupie étant toutefois contre-indiquées et, d'autre part, nié toute capacité dans d'autres domaines (parcours à pied, utilisation des 2 bras - mains complète, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, horaire de travail irrégulier/de nuit/matin, travail en hauteur/sur une échelle, déplacements sur sol irrégulier ou en pente), le Tribunal fédéral des assurances a admis le résultat de l'enquête économique, selon laquelle l'incapacité dans le ménage était de 30 % (ATFA non publié, I 257/04, du 17 mars 2005). Or, dans cette dernière affaire, les limitations fonctionnelles observées étaient bien plus importantes que dans le cas d'espèce. e) Par analogie avec les cas de comparaison et sur la base des rapports médicaux, on peut considérer que dans le cas d'espèce les empêchements dans le ménage ne sauraient excéder 30 %. En retenant un tel degré d'empêchement, la recourante

A/3903/2006 - 20/21 - présenterait un taux d'invalidité globale inférieur à 40 % ($[33.47\% \times 0.8] + [30\% \times 0.2] = 32.77\%$), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente. f) Par surabondance de moyens, il convient d'ajouter que même dans l'hypothèse d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, qui ne pourrait en aucun cas être supérieur compte tenu du fait que la recourante est relativement jeune, qu'elle est bien intégrée en Suisse, pays dans lequel elle réside depuis 1984, et qu'elle est au bénéfice d'un permis C, le taux d'empêchement dans la sphère lucrative serait de 37.16%, soit un taux d'invalidité global de toute manière inférieur à 40% ($[37.16\% \times 0.8] + [30\% \times 0.2] = 35.72\%$).

E. 14

En conséquence, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, le Tribunal de céans considère qu'il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'OCAI pour complément d'instruction sous forme d'une enquête ménagère.

E. 15

Eu égard aux explications qui précèdent, le taux d'invalidité de la recourante est inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente. La décision querellée n'étant ainsi pas critiquable dans son résultat, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté.

A/3903/2006 - 21/21 -