

GE_GERICHTE ATAS/452/2009 vom 21. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_452_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/452/2009 du 21 avril 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/452/2009 del 21 aprile 2009

Erwägungen

E. 1

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

A/2581/2008 - 7/17 -

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 12 juin 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 56, 58 et 60 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relative à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (56 à 60 LPGA).

E. 4

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement.

E. 5

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 294 consid. 4c in fine).

A/2581/2008 - 8/17 - La reconnaissance de l'existence 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 396 consid. 5.3 et consid. 6). 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). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que

des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

A/2581/2008 - 9/17 - Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

A/2581/2008 - 10/17 - 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Le Tribunal fédéral a jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). 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 spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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

A/2581/2008 - 11/17 - 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).

E. 8

En l'espèce, l'assurée a été soumise à une expertise COMAI diligentée par des spécialistes en rhumatologie, en médecine interne et en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec des traits de personnalité passifs-agressifs et narcissiques (F61.0), ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que d'obésité, de dysthymie (F34.1) depuis 2000 environ, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2000 et de syndrome douloureux fémoro-patellaire sur hyperpression externe, ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de

travail. Les seules limitations fonctionnelles concernaient la susceptibilité ainsi que la fragilité psychique de l'assurée. L'assurée présentait, selon eux, une entière capacité de travail dans l'activité précédente, mais ils ont admis qu'il était préférable qu'elle exerce une activité adaptée, soit une activité physiquement peu contraignante comme la couture ainsi que sans situations de confrontation et sans exigences trop importantes dès le début de l'activité. Le rendement de l'assurée était transitoirement diminué de 30%, mais pouvait être augmenté à 100% dans un délai d'une année à partir de la mise en place d'une psychothérapie de soutien et de la prise régulière du traitement pharmacologique. Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise se fonde tout d'abord sur une anamnèse tant familiale, personnelle, socioprofessionnelle que médicale ainsi que sur les plaintes somatiques et psychiques de l'assurée. Un examen clinique complet portant sur toutes les atteintes de l'assurée a également été effectué et les constatations objectives ont été exposées. Les conclusions, rendues au terme d'une discussion consensuelle du cas, sont clairement motivées, les experts ayant notamment expliqué les raisons les amenant à conclure à un syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue somatique et à une entière capacité de travail dans toute activité lucrative avec diminution de rendement de 30% pendant une période d'une année. Les conclusions n'apparaissent pas en contradiction avec les constatations cliniques rapportées dans le cadre de l'expertise. Enfin, ce rapport ne contient aucun indice pouvant mettre en doute son bien-fondé. Le rapport d'expertise, aboutissant à des résultats convaincants, a ainsi a priori pleine valeur probante, ce qui n'est du reste pas contesté par l'assurée. Dans leur rapport du 11 avril 2008, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG ont posé en grande partie les mêmes diagnostics que ceux retenus par les experts COMAI ; ils n'ont toutefois pas indiqué quelle était leur répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Ils n'ont pas non plus déterminé sa capacité résiduelle de travail, se contentant d'indiquer qu'il y avait lieu de discuter d'une réadaptation professionnelle comme alternative à une rente AI et relevant que l'assurée souhaitait retrouver une activité

A/2581/2008 - 12/17 - professionnelle à 50%. Quant au médecin traitant de l'assurée, la Dresse B _____, elle a posé de multiples diagnostics et a préconisé la reprise d'une activité lucrative à temps partiel adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans toutefois, en préciser le taux et a préconisé la mise en place de mesures de réadaptation professionnelle. Le Tribunal de céans constate d'une part que le contenu de ces rapports rejoint en partie les constatations et les conclusions ressortant du rapport d'expertise COMAI et d'autre part, qu'ils ne sont pas suffisamment précis, principalement en ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée. Ils ne sont par conséquent pas susceptibles de remettre en cause la pleine valeur probante du rapport d'expertise clair et complet établi par des spécialistes et qui convainc le Tribunal. Au demeurant, le Tribunal de céans considère que l'audition de la Dresse B _____ et des médecins des HUG ne constitue pas une mesure d'instruction nécessaire, attendu que le rapport d'expertise a porté sur toutes les atteintes tant somatiques que psychiques présentées par l'assurée et que ses conclusions sont dûment motivées.

E. 9

Reste à examiner si le syndrome douloureux somatoforme persistant est invalidant. Il y a d'abord lieu de déterminer si l'assurée présente une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité, son acuité et sa durée. Les experts ont retenu que l'assurée souffrait d'une dysthymie sans véritable trouble dépressif, et d'un trouble de la personnalité avec des traits

passifs-agressifs et narcissiques manifestes ainsi que d'une labilité émotionnelle et d'un sentiment de détresse psychologique relativement important. Ils ont considéré que l'assurée présentait des limitations en lien avec le trouble de la personnalité avec une forte susceptibilité, une mauvaise image de soi et des comportements inadaptés à la situation lorsqu'elle est dévalorisée. A la lecture du rapport, on ne saurait en l'état conférer à ces affections ni la gravité, ni l'acuité importante requise au sens de la jurisprudence. Pour le surplus, on ne voit pas que l'assurée réunisse en sa personne plusieurs des autres critères consacrés par la jurisprudence lesquels sont susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle. Même s'il devait être considéré que l'assurée présente des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il n'apparaît pas qu'elle subisse une perte d'intégration sociale en raison de sa maladie, attendu qu'elle a des amis et qu'elle les reçoit notamment chez elle pour les coiffer. En outre, on ne saurait admettre que l'assurée présente un état psychique cristallisé sans évolution possible sur le plan thérapeutique. En effet, les experts COMAI exposent qu'elle n'a jamais bénéficié d'un soutien thérapeutique et qu'une psychothérapie de soutien ainsi que la prise d'un traitement pharmacologique devraient être mis en place, mesures qui

A/2581/2008 - 13/17 - permettront une évolution favorable de son état psychique. Enfin, les experts n'ont pas établi d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Par conséquent, c'est à juste titre que l'OCAI a considéré que le syndrome somatofome douloureux persistant n'avait pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence et que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, comme retenu par les experts.

E. 10

Le degré d'invalidité de l'assurée devra ainsi être déterminé.

E. 11

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). 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).

E. 12

En l'espèce, l'OCAI a déterminé son degré d'invalidité en se fondant sur un statut d'active.

A/2581/2008 - 14/17 - D'après ses fiches de salaire des mois de septembre et d'octobre 2004 et le certificat de salaire 2004 établi par son dernier employeur (pièce 13 dossier OCAI), il apparaît que l'assurée a travaillé du mois de mai au mois d'octobre 2004 à un taux avoisinant 100%. De plus, ses avis de taxation 2002, 2003 et 2004 (pièce 13 dossier OCAI) et un courrier du 5 février 2007 de l'Office cantonal de l'emploi (OCE - pièce 22 dossier OCAI) démontrent que l'assurée a soit travaillé durant ces années-là à plein temps ou à temps partiel, soit perçu des indemnités chômage. Dans un questionnaire du 31 août 2006, l'assurée a cependant indiqué à l'OCAI qu'elle n'exercerait pas d'activité lucrative si elle était en bonne santé et qu'elle n'avait effectué aucune recherche d'emploi. Par ailleurs, il ressort des divers rapports médicaux au dossier et de la demande de prestations à l'OCAI, que l'assurée souhaitait ne reprendre une activité lucrative qu'à 50%. Enfin, un gestionnaire de l'OCAI s'était demandé, dans un rapport du 1er mars 2007, s'il y avait lieu de retenir un statut mixte dans le cas de l'assurée. Le Tribunal de céans constate que l'assurée vit seule avec ses trois enfants nés respectivement en novembre 1988 et en août 1993. Lors de la décision de l'OCAI, l'assurée était âgée de 46 ans et ses enfants étaient dans leur dix-neuvième et quatorzième année. Elle ne perçoit de son mari, dont elle est séparée depuis 1997, qu'une pension de 500 fr. par mois. Ces circonstances permettent de conclure au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que si elle était en bonne santé, l'assurée aurait été contrainte d'exercer une activité lucrative pour des raisons financières tant pour entretenir son ménage que pour subvenir à l'entretien de ses enfants. Il semblerait du reste que c'est très vraisemblablement pour des raisons liées à son état de santé ou par convenance personnelle qu'elle aurait souhaité dans l'idéal ne pas reprendre une activité lucrative à un taux d'activité de 100%, mais seulement à 50%. Par conséquent, le statut d'active peut lui être confirmé.

E. 13

Dans le cas où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (ATF I 43/05). Toutefois, il doit encore être tenu compte, dans le cas d'espèce, de la diminution de rendement de 30% retenue par les experts COMAI pendant une année, soit jusqu'au mois d'avril 2009 au plus tard. Par conséquent, le degré d'invalidité de l'assurée est de 30% jusqu'au mois d'avril 2009, puis de 0%. Force est dès lors de constater qu'un degré d'invalidité, même de 30%, n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision de l'OCAI sera confirmée sur ce point.

A/2581/2008 - 15/17 - Il y a lieu de remarquer que, même si l'OCAI avait retenu un statut mixte et compte tenu de l'obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), le degré d'invalidité qui ressortirait d'une éventuelle enquête

ménagère avoisinerait vraisemblablement 0%, attendu que l'assurée a déclaré, lors de l'expertise COMAI, qu'elle effectuait elle-même quasiment toutes les tâches ménagères, hormis le repassage ou la comptabilité du ménage, sa fille s'en occupant.

E. 14

Reste encore à déterminer si l'assurée peut être mise au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel, soit plus spécifiquement d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession.

E. 15

À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

E. 16

Il va de soi qu'on ne saurait envisager dans le cas d'espèce une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, attendu qu'il a précédemment été établi que rien n'empêcherait l'assurée de travailler dans son ancienne profession. Par ailleurs le degré d'invalidité de 30% reconnu jusqu'à avril 2009 ne peut justifier la mise en œuvre d'aucune mesure non plus, en raison de la courte période concernée.

A/2581/2008 - 16/17 -

E. 17

Par conséquent, la décision de l'OCAI sera entièrement confirmée et le recours rejeté.

A/2581/2008 - 17/17 -