

## **GE\_GERICHTE A/2480/2003 vom 20. Juli 2004**

GE Cour de justice, 2004-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2480\\_2003](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2480_2003)

FR: GE\_GERICHTE A/2480/2003 du 20 juillet 2004

IT: GE\_GERICHTE A/2480/2003 del 20 luglio 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et est donc applicable au cas d'espèce (cf. art. 2 LPGA et art. 1 LAI).

#### **E. 3**

Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté en temps utile, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.

#### **E. 4**

En l'occurrence, l'OCAI a reconnu à la recourante un degré d'invalidité de 17,6% n'ouvrant droit à aucune rente. L'assurée conteste cette évaluation, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

#### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 (art. 28, al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente. (art. 28 al. 1bis LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement

économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). 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). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (art. 8 LPGA), on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites -, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 No U 256 p. 217 et ss. consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160, consid. 4b). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, somatoforme Störungen : gerichte-und-[psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999, p. 1 et ss. et 105 et ss. ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 et ss. et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.). A cet égard, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss.). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss.). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations

du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

#### **E. 6**

En l'occurrence, la recourante a été soumise à une expertise médicale effectuée au COMAI en novembre 2002. Elle a fait l'objet d'un consilium de rhumatologie ainsi que d'un consilium de psychiatrie. Le collège des experts a posé les diagnostics suivants : trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie, périarthrite scapulo-humérale droite, talalgies bilatérales (éperon calcanéen), réaction dépressive moyenne avec syndrome somatique. Il est arrivé à la conclusion que l'assurée avait épuisé ses ressources adaptatives et que son incapacité de travail était majeure, de l'ordre de 70% dans quelque activité que ce soit. Le pronostic était réservé quant à l'évolution future du syndrome douloureux, en raison de l'échec de son intégration en Suisse, de l'importante dépendance vis-à-vis de son entourage, de la mauvaise compliance médicamenteuse à l'anti-dépresseur avec le peu d'accessibilité à un traitement psychiatrique spécialisé. Les 30% de capacité de travail résiduelle seraient au mieux mis en valeur dans une activité de type occupationnel, ceci surtout afin de valoriser la patiente. L'incapacité de travail remontait au mois de février 1999, date attestée par le Dr E\_\_\_\_\_. Le degré de capacité de travail était resté inchangé depuis lors.

#### **E. 7**

Conformément à la jurisprudence du TFA, il convient de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise multidisciplinaire et non celles, forcément sectorielles de spécialistes s'exprimant dans leur seul domaine ; en effet l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail dans une activité exigible (ATFA non publié du 6 août 2003, cause I 50/03). Le Tribunal de céans constate que l'expertise du COMAI a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et retiendra donc l'évaluation du collège des experts, à savoir une capacité de travail réduite à 30% dans une activité adaptée, à partir de février 1999. En effet, il faut ici constater que le trouble somatoforme présenté par la recourante a valeur d'invalidité, puis qu'il remplit la plupart des critères posés par MOSIMANN, et est notamment accompagné d'une atteinte à la santé psychique sous la forme d'une dépression moyenne avec syndrome somatique. Le Tribunal ne peut en effet pas retenir les conclusions du SMR LEMAN pour deux raisons. En effet, le SMR Léman n'a, d'une part, pas procédé à une expertise, puisque cet établissement n'a pas examiné la recourante et n'a formulé ses conclusions que sur la base de l'expertise du COMAI. D'autre part, le SMR Léman s'en est tenu aux conclusions du rhumatologue, qui estimait la capacité de travail de l'assurée à 50% dans son activité habituelle de nettoyeuse et à 80% dans une activité adaptée ; ces médecins n'ont pas tenu compte de l'avis du psychiatre ni, surtout, des conclusions déterminantes du collège des experts. L'avis du SMR LEMAN ne sera donc en l'occurrence pas suivi.

#### **E. 8**

La recourante ayant exercé une activité à temps partiel, le Tribunal de céans doit maintenant procéder à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA, en corrélation avec les art. 27 et 27 bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Le choix de l'une des trois méthodes considérées ci-dessus (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 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). Selon l'art. 16 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGa). Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. S'il y a lieu d'admettre que les assurés, s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité sera évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. L'art. 27 RAI dispose que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au sens de l'art. 8 al. 3 LPGa, est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage et n'exerçant pas d'activité lucrative, on entend l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré. Ainsi, il faut dès lors déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Il convient par conséquent 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 déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré 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 pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

## **E. 9**

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits 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). 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).

#### **E. 10**

En l'occurrence, l'assurée travaillait dans une première entreprise de nettoyage 2 heures par jour soit 10 heures par semaine (2 x 5 jours = 10). L'horaire usuel de cette entreprise s'élevait à 44 heures. Elle travaillait dans une seconde entreprise à raison de 7,5 heures par semaine. Elle travaillait donc au total 17,5 heures hebdomadaires (10 + 7,5 = 17,5). L'horaire hebdomadaire usuel de la deuxième entreprise s'élevait également à 44 heures. Par conséquent, le taux d'activité lucrative de la recourante s'élève à 39,77%, en relation avec les horaires usuels des entreprises dans lesquelles elle était occupée (règle de trois). Le taux d'activité ménagère s'élève ainsi à 60,23%.

#### **E. 11**

Cependant, dans l'enquête ménagère, la recourante allègue qu'elle aurait tenté de travailler à un taux plus élevé, mais sans succès, en raison d'une question de langue. Elle n'apporte toutefois aucune preuve de ses recherches d'emploi et ne s'est pas inscrite à l'assurance-chômage. En l'occurrence, il n'apparaît pas plausible au Tribunal de céans que la recourante ait voulu augmenter son temps de travail. En effet, ses trois enfants étaient déjà âgés, et ce n'est donc pas pour cette raison qu'elle aurait voulu travailler plus. Son mari a d'autre part une activité constante et la recourante n'avait donc pas de raisons objectives d'augmenter son taux de travail. Elle n'apporte par ailleurs aucun justificatif de recherche d'emploi, mais se contente d'alléguer, sans dire dans quelle mesure, qu'elle aurait recherché des emplois à un taux plus élevé. En conséquence, ce fait n'apparaissant pas vraisemblable, il sera retenu que la recourante a travaillé 17,5 heures hebdomadaires sur une activité usuelle des entreprises de 44 heures. Enfin, il convient de relever que les résultats de l'enquête sur le ménage n'ont pas été contestés et que cette enquête a, en outre, à pleine valeur probante. Il conviendra, par conséquent, de se référer à son résultat, et de retenir un taux d'invalidité dans les activités ménagères de 26%. Ce résultat est d'ailleurs corroboré par l'évaluation de l'expert rhumatologue du COMAI, qui évalue le taux de capacité de la recourante dans ses activités ménagères à 80%.

#### **E. 12**

Il s'agit dès lors de procéder à la comparaison des revenus dans son activité lucrative. 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 ). Concernant son gain avant invalidité, il s'agit de se référer au questionnaire pour employeur rempli par Y \_\_\_\_\_ SA et X \_\_\_\_\_ SA. Chez Y \_\_\_\_\_ SA de juillet 1998 à mai 1999, elle a gagné 6'344 fr. 30, qu'il s'agit de diviser par 11 mois travaillés, ce qui représente un salaire mensuel moyen de 576 fr. 75. A ce salaire, il convient de retrancher l'indemnité vacances de 4,33%, ce qui représente un

salaires mensuel brut de 551 fr. 80. Dans l'entreprise X\_\_\_\_\_SA, la recourante a perçu, de janvier 1998 à février 1999, 9163 fr. 85, soit une moyenne de 704 fr. 90 par mois (13 mois travaillés), auxquels il s'agit également de retrancher le pourcentage de vacances de 4,33%, ce qui représente un revenu mensuel brut de 674 fr. 40. Ainsi, la recourante gagnait en moyenne par mois en 1998 et 1999 (jusqu'à son incapacité de travail) 1'226 fr. 20. Il y a lieu de réactualiser ce montant au moment de la décision de l'OCAI en 2003, à défaut de droit à une rente. Le calcul est le suivant : indice 2003 femmes (2334) divisé par indice 1998 (2142) = 1,068 x 1'226,20 = un revenu mensuel moyen de 1'336 fr. 10. Le revenu annuel s'élève ainsi à 16'033 fr. 20 (1'336,10 x 12 (pas de 13<sup>ème</sup> salaire) = 16'033,20). Il s'agit dès lors de procéder à l'évaluation du revenu après invalidité. Selon l'expertise COMAI, la recourante présente une capacité de travail de 30% sur un plein temps. Elle travaillait auparavant à un taux de 39,77% et c'est donc le taux de capacité de travail de 30% qu'il convient de retenir. Pour évaluer le gain d'invalidité, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2002 TA 1), le salaire mensuel s'élève pour les femmes à 3'820 fr. en 2002. Dans cette catégorie, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne demandent aucune formation professionnelle. Compte tenu de l'horaire de travail de 41,9 heures habituelles dans les entreprises (la Vie économique 12/2002 p. 88 tableau B9.2) le salaire annuel doit être fixé à 48'017 fr. 40 (3'820 x 12 = 45'840 / 45'840 : 40 x 41,9 = 48'017,40). Il y a lieu de réactualiser ce montant toujours au moment de la décision de l'OCAI en 2003. Le calcul est le suivant : indice 2003 (2334) divisé par indice 2002 (2296) = 1,016 x 48'017,40 = un revenu annuel de 48'812 fr. 15. L'incapacité de travail de la recourante s'élève à 70%, taux qu'il convient de retrancher au revenu annuel brut, ce qui correspond à un salaire annuel brut de 14'643 fr. 65. Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalidité (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 ss. consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidité qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). 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 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64). Compte tenu du relativement jeune âge de la recourante (46 ans au moment de la décision), qui est un élément positif, et de ses limitations fonctionnelles qui ont été prises en compte par les experts du COMAI dans le taux de capacité de travail retenu, il convient de diminuer le revenu d'invalidité de 15%, ce qui correspond à un revenu d'invalidité de 12'247 fr. 10. En procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité, on aboutit à un taux d'invalidité de 23,60%,  $[(16'033,20 - 12'247,10) \times 100] : 16'033,20 = 23,60\%$ . Il s'agit dès lors de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante :  $E = \frac{\text{travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par}}$

semaine IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent. Le calcul à effectuer est donc le suivant :  $[17,5 \times 23,60 + ([44 - 17,5] \times 26)] : 44 = 25,04\%$  , taux insuffisant à ouvrir droit à une rente. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours mal fondé doit être rejeté.

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