RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1259/2006 **ATAS/986/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 13 novembre 2006

En la cause

Madame F_____, domiciliée , 1219 CHATELAINE, représentée par GROUPE SIDA GENEVE Mme Cornélia TINGUELY	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame F_____, née en 1964, a débuté un apprentissage de vente de 1979 à 1980, puis de laborantine du 1er septembre 1980 au 31 juillet 1982, avant de prendre des cours du soir d'opératrice de saisie en 1991. En dernier lieu, elle a travaillé en tant qu'ouvrière du 19 juillet 1999 au 11 février 2001, dans le cadre de missions temporaires au service X_____ SA.

2. Le 18 octobre 2002, en raison d'une incapacité de travail de 50% du 1er mars au 31 mai 2001, du 1er au 31 décembre 2001 et dès le 1er octobre 2002, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

3. Dans un rapport du 5 novembre 2002, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, d'une part, une infection à HIV stade BII, une hépatite C chronique et une dysthymie anxio-dépressive réactionnelle présentes depuis 1985, d'autre part, un infarctus du myocarde existant depuis 2002, sans répercussion sur la capacité de travail, un status post-dépendance aux opiacés actuellement résolu, sans maintenance. Il a attesté une incapacité de travail de 50% dès début janvier 2001 avec une période d'incapacité de travail entière de juin à fin septembre 2002. Il a mentionné un état stationnaire. Il a expliqué que la patiente avait présenté une toxicomanie dans les années 1980 qui avait entraîné une affection HIV-HCV avec immunodéficience progressive ayant nécessité l'instauration d'une trithérapie. Il a précisé que l'hépatite C était en cours d'investigation. Il a indiqué que le principal problème de l'assurée était une dysthymie anxio-dépressive massive. Il a exposé qu'elle avait vécu de manière quasi fusionnelle avec son mari de sorte qu'elle avait perdu tous contacts sociaux, qu'elle ressentait une intense dévalorisation due aux divers diagnostics, qu'elle n'avait plus de projets et avait totalement perdu confiance en elle. Il a estimé qu'avec une psychothérapie de soutien et des objectifs acceptables, elle pouvait actuellement reprendre un travail à 50%, mais qu'il fallait procéder à une évaluation de ses capacités professionnelles.

4. Le 20 décembre 2002, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a informé à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) que l'assurée s'était inscrite au chômage le 12 février 2001 et qu'elle percevait des indemnités de chômage à 50% depuis cette date. Il a précisé que l'assurée avait bénéficié d'une mesure de réinsertion auprès de la fondation Intégration pour tous (IPT) qui s'était soldée par un échec.

5. Dans ses rapports du 10 février 2003, la Dresse B_____, psychiatre et psychothérapeute, qui suit la patiente depuis le 11 janvier 2002, a diagnostiqué, d'une part, une dysthymie (F 34.1) présente depuis l'adolescence et, d'autre part, une personnalité dépendante (F 60.7) et une personnalité borderline (F 60.31) existants depuis le début de l'âge adulte. Elle a indiqué que la patiente se plaignait de

tristesse, de sentiment d'inutilité, d'infériorité, de craintes quant à l'avenir. Elle a constaté une dysthymie chronique ainsi qu'une personnalité dépendante et immature. Elle a expliqué que l'assurée avait présenté une dépendance à l'héroïne, qu'une HIV positive avait été découverte dans les années 1983-1984, enfin, que ces deux affections avaient été traitées depuis 1992 par la fondation PHENIX par une trithérapie et une cure de méthadone, cette dernière ayant pu être arrêtée en 1998 sans la moindre rechute. Elle a précisé que la patiente lui avait été adressée par le médecin-traitant dans le cadre d'une dysthymie chronique, d'un échec de réinsertion professionnelle, d'un conflit de couple dans le contexte d'un couple fusionnel, co-dépendant ainsi que très immature et dépendant de leur famille respective. Elle a exposé qu'elle avait instauré une thérapie de soutien consistant en un entretien tous les quinze jours, mais qui était suivie irrégulièrement en raison de la grossesse de l'assurée. Elle ne s'est pas prononcée sur le taux d'incapacité de travail et a estimé que le médecin-traitant pouvait se prononcer sur cette question.

6. Sur demande de l'OCAI, le Dr A_____ a précisé, dans son rapport du 19 mai 2003, que l'incapacité de travail de 50% était justifiée par la présence d'une infection à HIV traitée avec succès par trithérapie, d'une hépatite C chronique qui allait probablement nécessiter un traitement à l'Interféron et à la Ribavirine, d'une dysthymie anxio-dépressive réactionnelle secondaire à l'importance des atteintes somatiques, enfin d'un infarctus du myocarde qui ne montrait aucun signe de récidive mais qui avait entraîné une déstabilisation importante du psychisme de la patiente.

7. En mai 2003, l'assurée a donné naissance à un fils.

8. Le 26 janvier 2004, l'OCAI a mis en œuvre une expertise médicale auprès du Dr C_____, psychiatre et psychothérapeute.

9. Dans son rapport du 29 mars 2004, l'expert a fait état d'une thymie légèrement triste (envie de pleurer, réveils nocturnes avec sommeil non réparateur) et d'une sociabilité limitée. Il a diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) et une accentuation de certains traits de personnalité anxieuse et dépendante (Z 73.1). Il a précisé en note que les critères de personnalité borderline, selon la CIM-10, n'étaient pas retrouvés. Il a expliqué que les traits de la personnalité ne paraissaient actuellement plus invalidants, mais que leur portée restait activable en cas de surmenage professionnel ou en fonction de l'homéostase familiale. Quant à la dysthymie, il a estimé, au vu de ses répercussions actuelles, qu'elle n'était pas susceptible de provoquer une diminution de résistance ou une fatigabilité en cas de reprise professionnelle. Toutefois, il a exposé qu'il y avait lieu de connaître l'avis des somaticiens sur les répercussions de la trithérapie et de l'hépatite C non traitée. Il a conclu à l'absence actuelle d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique et a reconnu une capacité résiduelle de travail de 100% à raison de huit heures par jour, sans diminution de rendement. En revanche, il a indiqué que l'incapacité de travail

avait été totale du 1er février 2002 à fin septembre 2002, puis à 50% dès octobre 2002.

10. Le 14 juin 2004, la Dresse D_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a demandé à l'expert de préciser depuis quand la capacité de travail était entière.

11. Dans son rapport complémentaire du 3 juillet 2004, le Dr C_____ a expliqué qu'en indiquant une incapacité de travail totale du 1er février à fin septembre 2002, puis de 50% dès octobre 2002, il n'avait pas envisagé cette réponse au plan psychiatrique pur, mais avait repris les taux avancés par les médecins somaticiens. Il a précisé que l'incapacité de travail était nulle au plan psychiatrique dès la fin du congé de maternité, mais qu'en tenant compte de l'ensemble de la symptomatologie, il pensait que la pathologie psychiatrique avait pu entraîner une incapacité de travail fluctuante entre 0 et 25%, mais en tout cas nulle lors de son examen du 3 février 2004. Pour la période précédant le congé de maternité, il a estimé que la question devait être posée à la Dresse B_____ qui suivait la patiente à ce moment-là.

12. Le 16 juillet 2004, l'OCAI a demandé à la Dresse B_____ de se prononcer sur la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique dès le 1er février 2002.

13. Dans son rapport du 15 janvier 2005, la Dresse B_____ a précisé qu'elle avait suivi la patiente en thérapie de soutien du 11 janvier 2002 au 5 août 2003 et qu'elle ne s'était jamais prononcée sur la capacité de travail de l'assurée qui entreprenait à l'époque des mesures concrètes d'orientation professionnelle au sein de la fondation PHENIX. Elle a exposé qu'elle avait eu un entretien avec la patiente le 24 septembre 2004 et qu'elle s'était entretenue téléphoniquement avec le Dr E_____, psychiatre et thérapeute de couple, avec l'assistante sociale de l'assurée et avec son ancien conseiller d'orientation socioprofessionnelle. Elle a rappelé que, durant le traitement, elle n'avait pas constaté d'amélioration des troubles de la personnalité dépendante et borderline entretenant chez la patiente une dysthymie chronique. De plus, elle a contesté tant les diagnostics psychiatriques retenus par le Dr C_____ que son appréciation de la capacité de travail résiduelle. Elle a estimé que la patiente présentait toujours des troubles de personnalité borderline et dépendante qui avaient provoqué l'échec des mesures de soutien et de réinsertion professionnelle, notamment dans le domaine artistique et l'artisanat. Elle a réitéré sa proposition de stage d'observation professionnelle à mi-temps dans le cadre des ateliers de réadaptation de l'assurance-invalidité qui permettrait de procéder à l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle et a fait part de son pessimisme quant à l'acceptation par l'assurée de conditions de travail quelles qu'elles soient.

14. Dans un rapport du 10 août 2005, la Dresse D_____ a admis que l'hépatite C chronique entraînait une asthénie qui pouvait justifier une incapacité de travail de

30% seulement. Elle a précisé que la dysthymie retenue par l'expert n'était pas invalidante puisqu'elle ne présentait pas une gravité ou une durée suffisante pour être invalidante. Elle a également noté que cette dysthymie n'avait pas entraîné de perturbation de l'environnement psychosocial de l'assurée qui avait pu accoucher en mai 2003 et continuait à voyager fréquemment à travers le monde ainsi qu'à se rendre régulièrement dans sa famille au Tessin. Elle a estimé que l'assurée présentait toutes les ressources nécessaires pour surmonter son humeur dépressive et retrouver une activité lucrative à 70%.

15. Puis, le 18 août 2005, considérant que la recherche d'une activité à 50% par l'assurée était vraisemblablement davantage due à la situation familiale avec un enfant en bas âge qu'à des limitations fonctionnelles, l'OCAI a mis en œuvre une enquête ménagère destinée à évaluer les empêchements dans les travaux habituels.

16. Dans son rapport d'enquête économique du 13 décembre 2005, l'infirmière du service externe de l'OCAI a constaté l'existence d'empêchements dus à la fatigue estimés à 10% dans l'entretien du logement, à 5% dans les soins à l'enfant, enfin à 70% dans les divers en raison de l'abandon d'une tâche de bénévolat effectuée une fois par mois. Après pondération des champs d'activité, elle a conclu à l'existence d'un taux d'invalidité de 9.5% pour les tâches ménagères. En outre, elle a précisé que, sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait probablement à 50% dans le domaine de la restauration, la vente ou en usine, car elle n'avait pas envie de devoir travailler tous les jours et de ne voir son enfant que les week-ends. Elle a relevé que, malgré un état de fatigue chronique non négligeable, les empêchements dans le ménage étaient faibles, car l'assurée pouvait fractionner ses tâches ménagères et se reposer puisqu'elle n'avait pas de travail à l'extérieur.

17. Par décision du 23 décembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 30% dans toute activité et que, sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait probablement à un taux de 50%. Il a estimé qu'elle pouvait reprendre son ancienne activité à 50% sans qu'une perte de gain ne puisse être mise en évidence et que l'empêchement dans les travaux habituels représentait un taux d'invalidité de 5%.

18. Dans un rapport du 23 janvier 2006, le Dr A_____ a rappelé qu'outre l'affection psychiatrique, l'assurée présentait les trois maladies somatiques qu'ils avaient déjà mentionnées précédemment. Il a précisé que l'infection HIV avec immunodéficience ne s'accompagnait pas d'infections opportunistes, mais était responsable d'une atteinte de l'état général sous forme de fatigue. En outre, il a expliqué que l'hépatite C chronique, en tant qu'inflammation chronique au niveau du foie, participait à une atteinte de l'état général. Enfin, il a estimé que ces trois affections somatiques ainsi que les antécédents toxicomanes entraînaient une dysthymie anxio-dépressive relativement importante qui justifiait une incapacité de travail de 50%.

19. Le 27 janvier 2006, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a contesté que, sans atteinte à la santé, elle ne travaillerait qu'à 50% dès lors qu'avant de rencontrer des problèmes de santé, son taux d'activité professionnelle était de 100%. Elle a conclu à la reconnaissance d'une invalidité de 50%.

20. Dans son complément d'opposition du 15 février 2006, elle a relevé que l'OCAI n'avait pas évoqué les trois affections somatiques pour refuser le droit à une rente d'invalidité, alors que, selon la jurisprudence, les malades du sida souffraient d'une atteinte à la santé occasionnant en général une incapacité de gain, tant en raison du développement de nombreuses maladies dues à la déficience du système immunitaire que des effets secondaires importants générés par le traitement antirétroviral pouvant être fortement démoralisant. En outre, elle a reproché à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte du dernier rapport de la Dresse B_____.

21. Par décision sur opposition du 28 février 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a estimé que l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr A_____ dans son rapport du 23 janvier 2006 n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de son service médical basées sur l'ensemble des rapports médicaux et sur le rapport d'expertise. En outre, il a précisé qu'un stage d'observation professionnelle était sans objet puisque l'assurée était en mesure de reprendre son activité habituelle. Enfin, il a expliqué que la répartition 50%-50% entre l'exercice d'une activité lucrative et l'accomplissement des travaux habituels ressortait des propos tenus à l'enquêtrice par l'assurée.

22. Par acte du 5 avril 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut, sous suite de dépens, à ce qu'elle soit déclarée invalide dans une mesure d'au moins 50% et qu'une rente d'invalidité lui soit accordée en fonction du degré d'invalidité reconnu. A l'appui de ses conclusions, elle reprend les mêmes arguments que dans son opposition. En outre, elle relève que le rapport d'expertise du Dr C_____ est en totale contradiction avec le dernier rapport de la Dresse B_____. De plus, elle s'élève contre l'assertion de l'intimé selon lequel le médecin-traitant est généralement enclin à prendre parti pour son patient. Elle soutient que les conclusions du rapport d'expertise contiennent un certain nombre de contradictions par rapport à l'évaluation d'une capacité de travail entière. Par ailleurs, elle note que seul le Dr A_____ s'est prononcé sur les affections somatiques et estime que rien ne permet de contester les conclusions de ce médecin quant aux affections somatiques et à leurs conséquences sur son incapacité de travail à 50%. Enfin, elle critique tant le contenu que le principe de l'enquête économique sur le ménage et précise qu'elle n'a jamais déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% dans le domaine de la restauration, de la vente ou en usine.

23. Sur demande du Tribunal, l'intimé a précisé, le 11 avril 2006, que la décision sur opposition avait été envoyée par pli simple.

24. Dans sa réponse du 11 mai 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours dans son intégralité et à la confirmation de la décision attaquée. Il a renvoyé à la motivation contenue dans sa décision sur opposition et a considéré que les arguments de la recourante ne lui permettaient pas de procéder à une appréciation différente du cas.

25. Le 4 juillet 2006, le Tribunal a procédé à une instruction complémentaire en demandant au Dr A_____ de se prononcer sur l'incapacité de travail de la recourante en relation avec les troubles psychiques pour la période du 1er janvier 2002 au 31 août 2003.

26. Dans son rapport du 11 septembre 2006, le médecin-traitant a précisé que la recourante présentait une incapacité de travail de 50% dès le 1er janvier 2002. Il a expliqué que les troubles de la personnalité dépendante et borderline étaient suffisamment importants pour provoquer une dysthymie chronique secondaire qui était la cause de l'incapacité de travail. Il a indiqué que, dans le cadre de ses troubles de la personnalité, la patiente présentait une impulsivité et une immaturité qui étaient à l'origine de son incapacité à travailler et à intégrer un milieu social normal. Il a confirmé que, du point de vue psychiatrique, il existait des raisons suffisantes à l'arrêt de travail.

27. Le 14 septembre 2006, le Tribunal a communiqué ce rapport aux parties et leur a accordé un délai pour se déterminer.

28. La recourante n'a pas fait usage de ce délai.

29. Pour sa part, l'intimé a estimé que ce rapport ne modifiait pas son évaluation médicale et a maintenu ses précédentes conclusions. En outre, il a produit dans la procédure un rapport du SMR daté du 2 octobre 2006 reprochant au Dr A_____ de ne pas faire la distinction entre un trouble de la personnalité et des traits de la personnalité. En outre, la Dresse D_____ a relevé que les problèmes professionnels antérieurs de la recourante étaient plutôt dus à l'ancienne toxicomanie dès lors que sa vie sociale était actuellement parfaitement adéquate depuis son accouchement en mai 2003. Elle a confirmé que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail durable pour des raisons psychiques, que sa fatigue chronique était essentiellement liée à son hépatite C ce qui provoquait une diminution de 30% de la capacité de travail exigible dans toute activité lucrative. Elle a précisé que le rapport du médecin-traitant ne mentionnait pas d'aggravation objective ou de nouvelle atteinte depuis le 10 août 2005 de sorte que ses conclusions antérieures restaient valables.

30. Le 5 octobre 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1er juin 2002. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition a été reçue par la recourante le 6 mars 2006 et que le délai de recours ne commence à courir que le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA), soit le 7 mars 2006, le recours du 5 avril 2006 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai de recours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le statut de la recourante et sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

6. a) 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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 LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

c) 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).

d) 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. 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 dans son cas. 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

e) 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).

7. a) 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).

b) 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, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) De plus, 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 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Enfin, en ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

8. a) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (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 non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

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 affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

c) En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

9. Dans la décision sur opposition litigieuse, l'intimé considère que, sur le plan somatique, l'assurée souffre d'une asthénie responsable d'une incapacité de travail de 30% dans toute activité. En revanche, sur le plan psychiatrique, il relève que l'expert n'a mis en évidence aucun trouble psychique justifiant une quelconque incapacité de travail. Pour sa part, en se basant sur les constatations de la Dresse B_____ et surtout du Dr A_____ qui admet l'existence d'une incapacité de travail de 50% en relation avec les troubles psychiques dus à des affections somatiques, la recourante conteste les conclusions de l'expert et soutient avoir droit à une rente d'invalidité.

   En conséquence, il y a lieu d'examiner si l'intimé était fondé, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité de travail résiduelle de 70% dans toute activité.

   Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 29 mars 2004, le Dr C_____ a indiqué qu'il n'avait pas constaté la présence de troubles de l'attention ou de la concentration, de troubles formels de la pensée, de troubles de la conscience ou de la perception, de troubles délirants, enfin, d'anxiété psychique. En revanche, il a noté, d'une part, une thymie légèrement triste avec envie de pleurer, réveils nocturnes et sommeil non réparateur, d'autre part une anxiété somatique présente dans certaines conditions de stress. Il a diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité anxieuse et dépendante (Z 73.1). En définitive, il a conclu à l'absence d'incapacité de travail psychique dès la fin du congé de maternité et a estimé comme possible qu'une incapacité de travail

temporaire ait pu intervenir de façon fluctuante entre 0 et 25% du 1er février 2002 jusqu'à la fin du congé de maternité. Il a estimé que pour la période avant le congé de grossesse, il fallait poser la question plus spécifiquement à la Dresse B_____, qui suivait l'assurée sur le plan psychiatrique à cette époque. Ce faisant, l'expert a décrit la situation médicale et s'est exprimé tant sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail que sur la capacité de travail exigible.

En outre, le Dr C_____ a indiqué que la patiente lui avait déclaré qu'une reprise d'activité en usine n'était pas concevable à son sens, car elle redoutait la fatigue chronique, le surmenage et son incapacité à gérer son stress, mais qu'elle entrevoyait une activité comme serveuse dans un tea-room. En conséquence, l'expert se fonde sur une anamnèse professionnelle et sociale, deux entretiens avec la recourante ainsi que sur les plaintes qu'elle a exprimées, enfin, sur un test de Hamilton de sorte que le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical.

L'expert a également dûment motivé son point de vue en expliquant que, lors de son examen, il n'avait pas retrouvé les critères de personnalité borderline au sens de la CIM-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, dixième révision), ni ceux d'une pathologie psychiatrique provoquant une incapacité de travail. Au sujet des traits de personnalité, il a précisé que, lors de son examen, leurs portées n'apparaissaient plus comme invalidantes, mais qu'elles restaient activables en cas de surmenage professionnel ou en fonction de l'homéostase familiale. De plus, il a estimé qu'en cas de reprise professionnelle à 100%, la dysthymie, au vu de ses répercussions actuelles, ne pouvait pas expliquer la diminution de la capacité de résistance et surtout la fatigue attendues par la patiente. Il a ajouté que, sur cette question, il y avait lieu de connaître l'avis des somaticiens sur les répercussions de la trithérapie et de l'hépatite C non traitée, car apparemment l'affection cardiaque n'était pas en cause. Il a rappelé que l'assurée avait montré jusqu'ici une très grande fébrilité, voire fragilité professionnelle, et que ces expériences pénibles lui apportaient encore aujourd'hui une certaine insécurité. Il a conclu que la patiente avait présenté des difficultés sévères, tant sur le plan social que psychique, qui étaient susceptibles d'être réactivées, car différents facteurs restaient à risque et que les implications somatiques devaient être considérées au plan de la fatigabilité.

Contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport du Dr C_____ ne contient pas de contradictions. A cet égard, on ne voit pas en quoi, son affirmation que "ce qui gêne le plus l'assurée et avec une certaine raison, c'est la perspective d'une reprise professionnelle à 100%, car là elle ne croit pas qu'elle pourrait faire face, plusieurs jours de suite, à ses diverses occupations" serait contradictoire avec la reconnaissance d'une capacité de travail entière. En effet, la remarque "avec une certaine raison" concerne l'appréhension de la recourante quant à une reprise du

travail à 100% et non pas qu'elle ne pourrait pas faire face à ses diverses activités. Par ailleurs, le risque d'activation des portées des traits de personnalité en cas de surmenage professionnel ou en fonction de l'homéostase n'est pas davantage en contradiction avec la reconnaissance d'une capacité de travail entière. En effet, il s'agit d'un élément hypothétique futur qui ne peut pas être pris en considération pour évaluer la capacité de travail résiduelle actuelle de la recourante. Or, 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). Enfin, il n'est pas inhabituel qu'un expert qui examine ponctuellement une assurée soit emprunté pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle antérieure à son examen, sans qu'on puisse lui reprocher une quelconque contradiction.

ll s'ensuit que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

10. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr C_____.

Dans son rapport du 10 février 2003, la Dresse B_____ a exposé que la patiente se plaignait de tristesse, de sentiment d'inutilité, d'infériorité, de craintes quant à l'avenir. Elle a constaté une dysthymie chronique ainsi qu'une personnalité dépendante et immature. En conséquence, elle a diagnostiqué, d'une part, une dysthymie (F 34.1) présente depuis l'adolescence et, d'autre part, une personnalité dépendante (F 60.7) et une personnalité borderline (F 60.31) existants depuis le début de l'âge adulte. Elle a précisé que la patiente lui avait été adressée par le médecin-traitant dans le cadre d'une dysthymie chronique, d'un échec de réinsertion professionnelle, d'un conflit de couple dans le contexte d'un couple fusionnel, co-dépendant ainsi que très immature et dépendant de leur famille respective. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante.

Force est de relever que les constatations et les diagnostics contenus dans le rapport de la Dresse B_____ ne correspondent pas à ceux indiqués dans le rapport d'expertise subséquent. Ces divergences ne permettent toutefois pas de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert dès lors que celui-ci a expliqué qu'il n'avait pas posé le diagnostic de personnalité borderline parce qu'il n'avait pas retrouvé les critères de personnalité borderline au sens de la CIM-10. Or, pour sa part, la Dresse B_____ n'a pas expliqué en fonction de quels critères de la CIM-10,

elle retenait le diagnostic de personnalité borderline de sorte que son appréciation n'est pas suffisamment motivée. De plus, le diagnostic "d'accentuation de certains traits de la personnalité anxieuse et dépendante" posé par l'expert ne semble pas très éloigné de celui de "personnalité dépendante" si ce n'est quant à l'intensité des troubles. A cet égard, l'expert s'est prononcé à la suite de ses examens des 3 février et 23 mars 2004, soit plus d'une année après le rapport de la Dresse B_____ et après l'accouchement de la recourante intervenu en mai 2003. Or, il n'est pas invraisemblable que, dans l'intervalle de plus d'une année entre les deux rapports marqué par la naissance d'un garçon, les troubles de la recourante se soient améliorés, de sorte que, lors de ses examens de février et mars 2004, l'expert n'a pu constater que l'accentuation de certains traits de la personnalité anxieuse et dépendante. Au demeurant, ces divergences de diagnostic ne sont pas déterminantes car ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPGA). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähig-keit, St. Gall 2003, p. 64, note 93). On rappellera qu'un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (cf. ATF 131 V 50 consid. 1.2, 130 V 353 consid. 2.2.3; ATFA non publié du 13 mars 2006, I 134/05, consid. 3.2.1.3).

Puis, dans son rapport du 15 janvier 2005, la Dresse B_____ a estimé que la recourante présentait toujours des troubles de personnalité borderline et dépendante qui l'avaient conduit à faire échec aux mesures de soutien et de réinsertion professionnels dans le cadre de la fondation PHENIX. Elle a justifié son appréciation en indiquant que la recourante s'était montrée incapable de respecter le cadre de travail, même à temps partiel, par exemple en ne respectant pas ses horaires, en se fâchant à la moindre remarque, en s'opposant aux directives et en recourant à de nombreux arrêts de travail. Elle a ajouté que l'impulsivité de la patiente, son immaturité et son incapacité à mesurer les conséquences de ses actes l'avaient conduite à abandonner toutes les thérapies utiles afin de se replier en famille sur un mode de vie fusionnel et hyperprotecteur.

Ce rapport confirme la position de la Dresse B_____ et n'apporte rien de nouveau. Par ailleurs, la motivation de l'opinion de la thérapeute n'est pas convaincante car elle se rapporte, en réalité, à une période précédant de plus de six mois l'expertise du Dr C_____. En effet, en se référant à l'échec d'une réinsertion professionnelle effectuée dans le cadre de la fondation PHENIX, la Dresse B_____ fait référence à un bilan effectué au CEBIG en 2002 ainsi

qu'à des mesures concrètes de réorientation professionnelle entreprises durant la thérapie de soutien qui a duré du 11 janvier 2002 au 5 août 2003.

En conséquence, les rapports de la Dresse B_____ qui, au demeurant, ne se prononcent pas sur l'incapacité de travail de la recourante, ne constituent pas un indice permettant de douter du bien fondé des conclusions de l'expert, à savoir qu'il n'existe aucune incapacité de travail en relation avec les troubles psychiques de la recourante. Quant à la période précédant l'examen par l'expert, celui-ci indique que la pathologie psychiatrique a pu entraîner une incapacité de travail fluctuante entre 0 et 25%, mais en tout cas nulle lors de son examen du 3 février 2004. Selon cette précision de l'expert, l'existence d'une telle incapacité de travail est seulement possible. Or, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). De plus, pour la période antérieure à l'examen de l'expert, la recourante n'a pas souffert de troubles différents de ceux constatés par le Dr C_____ de sorte que l'existence d'une incapacité de travail pour cette période n'est pas établie au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante.

11. Sur le plan somatique, dans son rapport du 5 novembre 2002, le Dr A_____ a diagnostiqué avec influence sur la capacité de travail, une infection HIV stade BII, une hépatite C chronique, une dysthymie anxio-dépressive réactionnelle et un infarctus du myocarde. Il a expliqué que, depuis le mois de décembre 2001, le principal problème de la patiente était celui d'une dysthymie anxio-dépressive massive. Il a attesté une incapacité de travail de 50% dès le début juin 2001, avec une augmentation à 100% de juin à octobre 2002 en raison de l'infarctus du myocarde. Puis, dans son rapport du 19 mai 2003, il a précisé que l'incapacité de travail de 50% était justifiée tant par l'infection HIV traitée avec succès par trithérapie, que par l'hépatite C chronique qui allait probablement nécessiter un traitement à l'Interféron et à la Ribavirine, que par la dysthymie anxio-dépressive réactionnelle secondaire à l'importance des atteintes somatiques, qu'enfin par l'infarctus du myocarde qui avait entraîné une déstabilisation importante du psychisme de la patiente. Par ailleurs, dans un rapport du 23 janvier 2006, il a ajouté que, concernant l'infection HIV, l'immunodéficience ne s'accompagnait pas d'infections opportunistes, mais était responsable d'une atteinte de l'état général sous forme de fatigue et qu'au sujet de l'hépatite C chronique, une inflammation chronique au niveau du foie participait à une atteinte de l'état général. Il a également indiqué que les trois affections somatiques ainsi que les antécédents toxicomanes de la patiente entraînaient une dysthymie anxio-dépressive relativement importante. Enfin, dans son rapport du 11 septembre 2006, il a admis

l'existence d'une incapacité de travail de 50% dès le 1er janvier 2002 et il a exposé que la dysthymie chronique était la cause de l'incapacité de travail.

Le Dr A_____ a modifié au cours du temps sa justification de l'incapacité de travail puisque, dans son rapport du 5 novembre 2002, le médecin-traitant prétend que les trois maladies somatiques et principalement la dysthymie anxio-dépressive sont à l'origine de l'incapacité de travail, puis, dans son rapport du 11 septembre 2006, il n'invoque que la dysthymie chronique.

De plus, la dysthymie est une affection psychique correspondant au trouble F 34.1 de la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il s'agit d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou, dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. En d'autres termes, cette affection peut être qualifiée d'humeur dépressive qui n'atteint même pas la gravité d'un état dépressif majeur léger. Dans ces circonstances, on ne saurait retenir, en accord avec les critères dégagés par la jurisprudence que l'affection psychique présentée par la recourante revêt un caractère invalidant. (ATFA non publié du 3 mai 2002, I 354/01, consid. 4b).

Quant à la justification du Dr A_____ que la recourante doit être actuellement ménagée dans l'hypothèse d'une possible aggravation future éventuelle de son état de santé, elle n'est pas davantage pertinente. En effet, il s'agit d'un élément hypothétique futur qui ne peut pas être pris en considération pour évaluer la capacité de travail résiduelle actuelle de la recourante (cf. supra considérant 9). En conséquence, l'appréciation du Dr A_____ n'est pas convaincante.

Contrairement à ce que soutient la recourante, selon le rapport du Dr A_____ du 23 janvier 2006, l'infection HIV avec immunodéficience ne s'accompagne pas d'infections opportunistes de sorte qu'elle n'occasionne actuellement en tant que telle aucune incapacité de travail. En définitive, seule l'atteinte de l'état général sous forme de fatigue due à l'infection HIV et à l'hépatite C chronique justifie la reconnaissance d'une incapacité de travail. Dans ses rapports des 10 août 2005 et 2 octobre 2006, la Dresse D_____ a estimé que l'asthénie pouvait justifier une incapacité de travail de 30% dans toute activité lucrative. Cette évaluation ne contredit d'ailleurs pas celle du Dr A_____ qui a attesté une incapacité de travail de 50% tenant compte tant d'une fatigue due à une atteinte de l'état général que d'une dysthymie et du futur traitement de l'hépatite C. En effet, si on ne retient que le premier élément justificatif pour les raisons mentionnées ci-dessus, les taux d'incapacité de travail admis par la Dresse D_____ et le Dr A_____ concordent dans une large mesure. Etant donné qu'aucune pièce du dossier ne contredit sérieusement l'appréciation de la Dresse D_____, elle a pleine valeur probante. Au demeurant, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé la

reconnaissance d'une incapacité de travail de 30% tenant compte de la seule asthénie chez une assurée souffrant d'une infection HIV asymptomatique, d'une ancienne toxicomanie sous substitution de méthadone et d'hépatites B et C (ATFA non publié du 25 août 2004, I 687/03 consid. 2.2 et 2.3).

En conséquence, il y a lieu de confirmer l'appréciation de l'intimé sur ce point, à savoir que la capacité résiduelle de travail est de 70% dans toute activité.

12. La recourante conteste également le statut de ménagère à 50% retenu par l'intimé en soutenant que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100% dès lors qu'avant la survenance de celle-ci, elle travaillait à plein temps.

En l'espèce, lors de l'enquête économique sur le ménage du 6 décembre 2005, la recourante a indiqué que, sans handicap, elle ne savait pas à quel taux elle travaillerait, mais qu'elle n'aurait pas eu envie de travailler tous les jours et de ne voir son enfant que les week-ends car elle désirait être très présente pour lui. Dans son recours, l'assurée conteste avoir tenu de tels propos.

Selon la jurisprudence, l'enquête ménagère a valeur probante sauf cas exceptionnel (cf. Pratique VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publié du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1, ATFA non publié du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2, ATFA non publié du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2). Etant donné que, selon la Dresse B_____, l'assurée a adopté un mode de vie fusionnel et hyperprotecteur autant avec son époux qu'avec son fils, il est dès lors vraisemblable que, sans handicap, durant les premières années de son fils et en tout cas jusqu'à sa scolarité obligatoire, elle aurait exercé une activité lucrative à temps partiel pour pouvoir s'occuper de son enfant en bas âge. En conséquence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'enquêtrice sur cette question.

La recourante conteste également l'horaire de travail hypothétique de 21 heures retenu par l'enquête, sans toutefois indiquer si elle estime qu'elle aurait travaillé un certain nombre d'heures en plus ou si sa contestation a trait à la prise en considération d'un horaire à mi-temps. Faute d'indices contraires à ce sujet, le Tribunal ne peut que confirmer l'exactitude des chiffres admis par l'enquête. Dans ces conditions, l'OCAI pouvait retenir une activité lucrative vraisemblable de 50%.

En revanche, dans ses remarques de fin de rapport, l'enquêtrice précise que, malgré un état de fatigue chronique non négligeable, les empêchements de l'assurée dans le ménage sont faibles parce qu'elle a la possibilité de fractionner ses tâches ménagères et de se reposer puisqu'elle n'a pas de travail à l'extérieur. Or, cette justification démontre que l'enquêtrice n'a pas tenu compte que la recourante a l'obligation de mettre en pratique sa capacité de travail résiduelle de 70% également à l'extérieur de la maison.

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 (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).

En l'espèce, il n'est pas nécessaire de procéder à une nouvelle enquête ménagère pour déterminer les empêchements de la recourante dans le ménage tenant compte de l'exercice en sus d'une activité lucrative à mi-temps, car le seul poste des travaux ménagers nécessitant une réévaluation est celui de l'entretien du logement. L'enquêtrice a indiqué, d'une part, que le couple se partageait à parts égales les tâches ménagères, d'autre part, que l'assurée fractionnait les travaux ménagers sur la journée et la semaine pour ne pas être trop fatiguée. De plus, elle a exposé que, depuis 2003, elle demandait l'aide de sa sœur pour faire le grand ménage chaque deux ou trois mois. Etant donné que l'enquêtrice a évalué à 10% l'empêchement de ce poste représentant le 15% de tous les travaux ménagers, même en retenant un empêchement très généreux de 50% pour l'entretien du logement, l'invalidité n'est que de 7.5% (50% x 15%) pour ce poste et, en tenant compte de l'invalidité de 1% pour les soins aux enfants et de 7% pour l'abandon du bénévolat, le taux d'invalidité total pour les travaux ménagers n'excède pas 15.5% (7.5% + 7% + 1%).

13. a) Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. 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 128 V 30 consid. 1). 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).

b) 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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, qui équivaut normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 129 V 222 consid. 4; ATFA non publié du 10 décembre 2001, I 320/01, consid 2b). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (ATFA non publié du 23 mai 2000, U 243/99, consid. 2b) ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (ATFA non publié du 4 septembre 2002, I 774/01) ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié du 14 juillet 2006, I 201/06, consid. 5.2.3).

c) Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des ESS (ATF 126 V 76 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 321). 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 79-80 consid. 5b/aa-cc).

14. En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2002 puisque l'incapacité de travail est attestée depuis 2001 et que la demande de prestations date du 18 octobre 2002.

    En l'espèce, le contrat avec le dernier employeur a pris fin le 11 février 2001 en raison du terme de la mission temporaire. Puis, la recourante a bénéficié depuis cette date d'indemnités de chômage. Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb), en particulier, au salaire moyen auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2002 puisque ces secteurs recouvrent 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 de la recourante (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV no 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).

    Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publié du 15 avril 2003, I 1/03, consid. 5.2).

    Etant donné que, d'une part, la recourante a une capacité résiduelle de gain de 70% dans toute activité et, d'autre part, elle consacrerait le 50% de son temps à une activité lucrative si elle n'était pas atteinte dans sa santé, l'assurée peut réaliser un revenu excluant toute invalidité dans une activité lucrative à mi-temps en tâches simples et répétitives dans le secteur privé (ATFA non publié du 23 juin 2005, I 437/04, consid. 3.6.3). En conséquence, même en procédant à un abattement de 10% sur le revenu d'invalide pour tenir compte d'un éventuel plus grand besoin de pauses qu'un travailleur en bonne santé et du taux d'occupation réduite (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), le taux d'invalidité de la recourante dans une activité lucrative est au maximum de 10%.

    Il s'ensuit que la recourante présente une invalidité globale au maximum de 25.5% (15.5% + 10%) qui est insuffisante pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

15. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière | La présidente

Nancy BISIN | Valérie MONTANI

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