RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1576/2003 **ATAS/498/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 15 juin 2004

1ère Chambre

En la cause

Madame I_____ recourante
comparant par Me Jean-Bernard WAEBER en l'étude duquel elle élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, intimé
domicilié Rue de Lyon 97 à Genève

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame I_____, née le novembre 1947, a déposé le 28 avril 1999 une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente. Elle a travaillé au service de la société X_____ SA du 1er avril 1990 au 30 juin 1999, en qualité d'employée d'assurance, à temps partiel et pour un salaire de 2'245 fr. par mois. Elle a en réalité cessé toute activité à compter du 28 octobre 1998 et a été licenciée avec effet au 30 juin 1999 en raison d'une restructuration de la société.

2. Son médecin traitant, le Docteur A_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué qu'elle souffrait de cervico-brachialgies chroniques depuis juin 1996 et d'un état dépressif, de sorte qu'il a fixé l'incapacité de travail à 100% depuis le 28 octobre 1998 (cf. rapport du 17 mai 1999).

3. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 26 juillet 1999, le Docteur B_____, généraliste, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques, de tendinite du muscle angulaire de l'omoplate droite et d'un état dépressif moyen à sévère, indiquant au surplus que l'atteinte à la santé était survenue fin 1997.

4. Interrogée par l'OCAI, la Doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, n'a pas souhaité s'exprimer, n'ayant vu en consultation la patiente qu'à deux reprises en mai 1999 (cf. courrier du 19 août 1999).

5. Un rapport de consultation psychiatrique a été établi le 9 mars 1999 par le Docteur D_____, du Département de psychiatrie de l'établissement hospitalier, alors que l'assurée était hospitalisée en rhumatologie en raison de ses cervico-brachialgies droites chroniques. Il en résulte : « qu'elle présente un état dépressif d'intensité moyenne à sévère avec une symptomatologie somatique (troubles du sommeil, perte pondérale, etc.) évoluant depuis plusieurs mois. Cet épisode dépressif est probablement à mettre en rapport avec une période de transition dans sa vie, sur le plan familial (départ du dernier enfant du domicile familial) et professionnel (informatisation de sa place de travail). Le décès de son père avec un deuil qu'elle ne parvient pas à faire dans ces conditions (elle se reproche de ne pas avoir repris contact avec lui alors qu'elle savait qu'il était malade), joue très probablement également un rôle. Dans ce contexte, sa plainte douloureuse, motivant des demandes d'aide répétées à plusieurs thérapeutes (5 ou 6 médecins

au moins) évoque un syndrome douloureux somatoforme persistant qu'il faut comprendre comme une souffrance qu'elle n'a pu jusqu'à présent exprimer autrement ».

Une prise en charge psychiatrique a été proposée, mais n'a pas été poursuivie selon la Doctoresse C_____.

6. Le Docteur E_____, médecin conseil de l'OCAI, a considéré que les lésions dégénératives de la colonne cervicale déclarées à l'origine des douleurs de la patiente étaient peu marquées et ne justifiaient pas une incapacité de travail notable dans une activité de bureau à mi-temps. Au vu de la présence également d'un état dépressif, il a suggéré de confier un mandat d'expertise au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité – COMAI – de Lausanne. Il résulte du rapport d'expertise établi le 20 novembre 2001, que l'assurée souffre d'un syndrome somatoforme persistant sous forme de cervico-brachialgies droites, de trouble de la personnalité à traits paranoïaques, d'une hypothyroïdie substituée et d'un status après état dépressif en 1997 et 1999.

   D'un point de vue global, en tenant compte des avis rhumatologique et psychiatrique, les experts ont évalué la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 40%, étant précisé que si cette évaluation s'éloigne quelque peu de celle du psychiatre qui l'avait estimée à 25% seulement, c'est en raison de l'existence de ressources constituées par la présence d'une vie familiale avec soutien des enfants, du maintien d'un réseau social, de la persistance d'activités physiques avec notamment marche d'une heure par jour. La présence de facteurs de pronostics défavorables a cependant également été relevée, à savoir la présence d'un trouble de la personnalité, le long arrêt de travail, le status après état dépressif, le fait d'avoir déjà largement dépassé le cap critique de la cinquantaine, le fait que son mari bénéficie de prestations de l'AI et le fait qu'il y ait conflit dans le couple.

7. Invité à se déterminer, le Docteur F_____, du SMR Léman s'est écarté des conclusions du COMAI, a fixé à 100% la capacité de travail exigible en tant qu'active et en tant que ménagère dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée. Il rappelle que selon l'expert du COMAI, la capacité de travail est entière du point de vue somatique et qu'il n'y a pas chez la recourante de comorbidité psychiatrique majeure.

8. Par décision du 23 janvier 2003, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande de prestations AI était rejetée. Celle-ci, représentée par Maître Jean-Bernard WAEBER, a formé opposition le 27 février.

9. Par décision sur opposition du 23 mai 2003, la décision du 23 janvier 2003 a été confirmée. L'assurée a interjeté recours le 26 juin contre ladite décision, alléguant que les critères retenus par le TFA sont dans son cas réalisés.

10. Dans son préavis du 20 août 2003, l'OCAI conclut au rejet du recours.

EN DROIT

1. a) 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 (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le Tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).

- l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du

Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.

- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du

texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'AVS-AI (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. 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 de l'AVS-AI. Elle est applicable au cas d'espèce, la décision litigieuse datant du 25 mars 2003.

4. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 LAI, selon lequel l'assuré a droit à une rente entière s'il présente un degré d'invalidité de 66 2/3% au moins, à une demi-rente si le degré est de 50% au moins et à un quart de rente si le degré est de 40% au moins.

5. En l'espèce, au regard de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, il apparaît que la recourante ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique, de nature à entraîner, à elle seule, une diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée. En revanche, les experts du COMAI ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il y a dès lors lieu de déterminer si ce trouble est suffisamment invalidant pour justifier l'octroi d'une rente.

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. LAI, il faut mentionner – outre les affections mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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 convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché du travail équilibré. 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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 consid. 2b, p. 224s. ; VSI 2000 consid. 2a, p. 153 ; 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 N° U 256 p. 217 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).

Se fondant sur la doctrine médicale récente, MOSIMANN a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon cet auteur, 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'afffection. 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 (ATFA du 19 janvier 2000 en la cause K. réf. I 554/98, consid. 2c). 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 (Hans-Jakob MOSIMANN, Somatoforme Störungen, Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, in : Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle (RSAS) 1999, p. 1ss et p. 105ss ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

Plus l'expert constate de facteurs limitatifs de la capacité de travail de l'assuré au plan psychique, plus il y a lieu de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans le rapport d'expertise sur l'existence et l'intensité des divers critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoforme douloureux susceptibles de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle (ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 787/01 consid. 3b in fine).

Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'il est erroné de prétendre que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la LAI. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale (ATFA non publié du 6 mai 2002 en la cause I 275/01 et ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 783/01).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 surexpertise 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 (ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000 ; ATF 118 V 290 consid. 1b, 112 V 32ss et les réf. citées). 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. 297ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss).

En ce qui concerne 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 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 réf. ; ATFA non publié du 19 janvier 2000).

A ce titre, 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 qualité actuelles ?, in Schweizeriches Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). 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. 567ss. ; ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000).

A partir du moment où il est établi qu'il y a atteinte psychique ayant valeur de maladie, il est décisif de savoir si et dans quelle mesure l'assuré peut, malgré son infirmité mentale, mettre à profit sa capacité de travail et de gain en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé dans son cas (ATFA non publié I 3767/02 du 28 mars 2003 consid. 3.1 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; Plaidoyer 2002 N° 4 p. 64, consid. 2b). Si les avis des experts ne reposent que sur des hypothèses (le fait que l'environnement change, qu'elle ait un entourage affectif de meilleure qualité, etc.), et non sur des constatations objectives, sans que les médecins ne se prononcent concrètement sur une diminution de la capacité de travail en raison de problèmes d'ordre psychique leur avis ne peut emporter la conviction.

6. En l'espèce, la recourante ne présente plus d'état dépressif, mais une personnalité à traits paranoïaques, raison pour laquelle le Docteur G_____ a fixé à 75% son incapacité de travail. Un état dépressif moyen à sévère, et non pas moyen

comme l'a rapporté le Docteur F_____ du SMR Léman, a été constaté en mars 1999 lors de l'hospitalisation de l'assurée en rhumatologie, à telle enseigne qu'une prise en charge psychiatrique avait été recommandée. La recourante n'a cependant consulté la Doctesse C_____ en mai 1999 qu'à deux reprises. Cet état dépresssif ayant été provoqué par des événements précis, décrits dans le rapport psychiatrique du 9 mars 1999 ne saurait certes être déterminant à lui seul pour justifier l'octroi de prestations AI, il constitue cependant un élément important à prendre en considération.

Le Docteur F_____ du SMR Léman s'est écarté des conclusions du COMAI au motif que le trouble somatoforme douloureux n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique grave. Il ajoute à cet égard que le trouble de la personnalité à traits paranoïaques est présent depuis longtemps et n'a jamais entraîné d'incapacité de travail jusqu'à l'épisode actuel. Le Docteur F_____ oublie de préciser que ce trouble du caratère a été qualifié de chronique et rigide. L'amélioration de l'état dépressif relevé par le Docteur F_____ n'aurait guère d'impact sur la symptomatologie douloureuse selon les experts du COMAI.

Il convient de rappeler que le COMAI s'était déjà éloigné de l'évaluation du Docteur G_____ en estimant d'un point de vue global l'incapacité de travail à 60%. Le Tribunal de céans constate qu'en fixant ce taux de 60%, le COMAI a tenu compte à la fois de l'existence de ressources et des facteurs de pronostics défavorables. Il y a enfin lieu de relever que les conclusions des experts sont claires, bien motivées et complètes. Il n'y a dès lors pas de motif de s'en écarter. L'incapacité de travail de la recourante doit ainsi être fixée à 60%.

Il reste à rappeler qu'elle exerçait depuis de nombreuses années son activité lucrative à 50% à compter du 1er avril 1990.

7. Aux termes de l'art. 28 al. 2ter LAI, 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 réadapation 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.

On appliquera la méthode générale de comparaison des revenus pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité lucrative et la méthode spécifique de comparaison des champs d'activité pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité ménagère. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines

(RCC 1979, p. 276). La part de l'ensemble des tâches de l'activité lucrative s'obtient en comparant la durée de travail que la personne handicapée accomplirait sans invalidité avec la durée de travail total usuelle dans la profession concernée. La différence constitue la part du travail ménager. On ne peut pas tenir compte de la durée effective du travail ménager et professionnel (RCC 1992, p. 134 ; 1980 p. 564).

8. L'OCAI ayant considéré que les conditions de l'art. 4 LAI (8 LPGA) n'étaient pas réalisées, il n'a pas procédé à une enquête ménagère. La cause lui sera dès lors renvoyée afin qu'une telle enquête soit réalisée.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant
conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Reçoit le recours.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 23 mai 2003.

3. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il procède à une enquête ménagère et pour nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe