



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1712/2002

ATAS/166/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 23 octobre 2003

8ème Chambre

En la cause

Madame A _____, représentée par Me Mourad SEKKIOU, Rue Toepffer 11bis,
1206 GENEVE, recourante.

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, Case postale 425, 1211
GENEVE 13, intimé.

Siégeant : M. Jean-Louis BERARDI, Président, Mme Violaine LANDRY-ORSAT et
Mme Teresa SOARES, juges assesseurs.

EN FAIT

1. Madame A_____, ressortissante suisse, sans formation professionnelle spécifique, travaille depuis l'âge de 14 ans (mémoire de recours du 21 février 2002, § 2). De 1987 à début 1993, elle a travaillé comme repasseuse à temps partiel (80%), moyennant un salaire annuel de Fr. 33'268.- en 1992 (extrait de son compte individuel AVS). Suite à la faillite de son employeur, la recourante a bénéficié de prestations de l'assurance chômage entre mai 1993 et octobre 1997, puis du revenu minimum d'aide sociale destiné aux chômeurs en fin de droits (fourre 2, pièces 1, 2 et 4 ; fourre 5, pièce 13, dossier OCAI). Depuis le 1^{er} janvier 2002, elle est assistée par l'Hospice général (pièce 5, recourante).
2. Le 22 décembre 1997, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) une demande de prestations en vue de l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport médical du 17 février 1998, la doctoresse L_____, médecin traitant depuis 1996, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a posé le diagnostic de céphalées de tension et migraines simples intriquées (depuis 1988 au moins) ; cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis cervical bas (C5-C6, C6-C7) depuis septembre 1995 ; syndrome douloureux chronique avec état dépressif réactionnel à un chômage de longue durée et un état algique chronique ; conflit sous-acromial de l'épaule droite ; épicondylalgie gauche. Cette praticienne a attesté une incapacité totale de travail dès le 15 octobre 1997 dans la profession de repasseuse. Concernant la capacité résiduelle de travail, sa patiente pourrait travailler dans une activité légère à temps partiel, qui serait éventuellement envisageable à 30%. Dans un rapport complémentaire du 27/29 mai 2000, la doctoresse L_____ a précisé que sa patiente souffrait depuis 1996 d'un trouble somatoforme douloureux selon DSM III R avec hypothymie et que ses affections entraînaient une incapacité de travail de 75 à 100%. Elle ajoutait que l'exercice de la profession de repasseuse était devenu impossible, étant entendu que l'intéressée ne devrait pas se trouver dans la même position pendant plus de deux heures, que l'usage de son bras droit était limité et qu'elle ne devrait pas porter des charges excédant 2 kg, ni faire de mouvements répétitifs. Enfin, une activité de réceptionniste, à raison de 3 heures par jour, était raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes (fourre 3, pièces 2, 3 et 4, dossier OCAI).
4. Par lettre du 1^{er} septembre 2000, la doctoresse L_____ a demandé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) de procéder sur sa patiente à une évaluation multidisciplinaire de la douleur, afin de déterminer si l'on devait incriminer un abus d'antalgiques comme autoentretenant l'état algique chronique ou bien si l'état dépressif de l'intéressée majorait ce syndrome douloureux chronique (pièce 8, recourante). Le dossier soumis au Tribunal de céans ne contient pas la détermination éventuelle des HUG sur ce point.
5. Selon une note interne du 5 juin 2000 du docteur M_____, médecin conseil de l'OCAI, le métier de repasseuse était contre-indiqué compte tenu de l'atteinte à

l'épaule de droite. De plus, les positions avec une nuque fortement penchée en avant ne convenaient plus. Ce praticien estimait que l'intéressée avait une capacité résiduelle de travail de 40 à 50% au moins dans un poste léger, au motif que les atteintes à la nuque n'étaient pas très importantes et que l'épaule droite pouvait « *se calmer avec le repos* » (fourre 3, pièce 5, dossier OCAI).

6. Du 14 mai au 1^{er} juillet 2001, l'assurée a suivi un stage d'observation professionnelle mis en œuvre par l'OCAI (COPAI), tout d'abord durant près de quatre semaines au Centre d'intégration professionnelle (CIP), puis, pendant trois semaines dans une manufacture de gainerie et maroquinerie.
7. Selon un rapport du COPAI du 30 août 2001, l'assurée a une capacité résiduelle de travail évaluée à 52% (rendement de 70% sur un temps partiel de 30 heures/semaine ou sur un temps de travail de 75% sur une base de 40 heures hebdomadaires) susceptible d'être mise en œuvre dans une activité de vendeuse dans l'habillement, réceptionniste (sans outils informatiques), employée au conditionnement (horlogerie, produits de beauté), ou dans une activité à domicile (par ex. conditionnement à la tâche). Toutefois, la mise en pratique de la capacité résiduelle de l'assurée risquait d'être, en l'état, difficilement exigible, car basée sur une approche en partie théorique (évaluation d'un absentéisme hypothétique compte tenu des céphalées de l'intéressée) et sur un engagement moyen de l'assurée durant son stage en entreprise. De ce fait, il serait difficile pour l'intéressée de conserver un poste de travail, compte tenu de ses absences – aléatoires - dues à ses céphalées, soit en moyenne une journée par semaine en cas d'inefficacité du traitement médical. Néanmoins, une réadaptation aux postes précités était possible à condition que l'assurée puisse travailler dans un groupe où ses absences ne nuiraient pas à la productivité globale, comme par exemple dans un service d'accueil composé de plusieurs personnes, dans une activité de conditionnement comportant un stock important ou dans le cadre d'un poste rémunéré à la tâche. Enfin, dans l'hypothèse où ses céphalées devaient persister et où l'assurée continuait de s'occuper de sa mère et de ses petits-enfants, les auteurs du rapport se déclaraient ne pas être en mesure de « *conclure sur ce qui relevait de l'assurance invalidité et sur ce qui relevait de choix personnels ou d'une adaptation à la vie, avec des céphalées – semble-t-il – intraitables* » (rapport, pp. 1, p. 17) (fourre 5, pièce 14, dossier OCAI).
8. Dans le cadre du rapport précité, le docteur N_____, spécialiste FMH en médecin interne, médecin consultant du COPAI, a indiqué, dans une note du 23 août 2001, que l'assurée souffrait en particulier d'un trouble somatoforme chronique développé à partir d'un conflit cervical droit avec scapulgie. Il estimait que le pronostic global n'était « *pas très bon tant sur le plan médical que sur le plan socioprofessionnel* ». Selon ce praticien, les stages effectués au COPAI et en entreprise démontraient que l'intéressée disposait encore d'une capacité de travail ponctuelle, mais qu'il fallait également compter avec un absentéisme difficilement prévisible et important, ce qui rendrait toute activité professionnelle très difficile à poursuivre. En théorie, concluait-il, une activité à temps légèrement réduit et un rendement légèrement diminué pourrait être envisagée (fourre 5, pièce 14, dossier OCAI).

-
9. Il ressort d'un rapport du 9 février 2001 de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, rapport établi à la suite d'un entretien avec l'assurée, que, selon ses déclarations, cette dernière travaillerait à 50% si elle était en bonne santé (fourre 3, pièce 11, dossier OCAI).
 10. Dans un questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré, daté du 8 mai 2001, la recourante a indiqué qu'elle exercerait une activité à 80% si elle n'avait pas de problèmes de santé. Se fondant sur ce document, l'OCAI a considéré que l'intéressée avait un statut mixte (80% active et 20% ménagère) et a procédé à une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 12 novembre 2001, non signé par l'assurée, l'enquêtrice a fixé l'incapacité dans les tâches ménagères à 12.35%. Il ressort par ailleurs dudit rapport que, selon ses explications, l'intéressée s'occupe de sa mère malade et qu'elle voit régulièrement ses petits-enfants, sans pouvoir cependant s'en occuper de façon régulière (fourre 5, pièces 13, 15 et 19, dossier OCAI).
 11. Dans un rapport du 13 septembre 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a classé le dossier de réadaptation, retenant que l'assurée ne désirait « *manifestement pas de mesures (du) service de réadaptation* », au vu de son refus initial de suivre le stage COPAI (fourre 5, pièce 15, dossier OCAI ; pièce 14, recourante).
 12. Aux termes d'un rapport médical du 25 septembre 2001 de la doctoresse O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée, suivie depuis avril 2001, souffre depuis 1996 de troubles chroniques douloureux (migraines, douleurs à la nuque et au membre supérieur droit, épigastralgie, insomnie, anxiété) associés à des facteurs psychologiques (DSM-IV : F 45.4). Selon cette praticienne, ces affections entraînent une incapacité de travail de 100% (sans précision de date) « *à cause de la fréquence et de l'imprévisibilité de l'apparition des troubles* » (fourre 3, pièce 9, dossier OCAI).
 13. Dans un projet de décision du 18 décembre 2002, l'OCAI a informé l'assurée que son taux d'invalidité (soit 37.67 %, arrondi à 38%), évalué selon la méthode mixte, ne lui ouvrait droit à aucune rente, motif pris qu'il était inférieur au seuil minimal légal de 40%. L'Office s'est en particulier fondé sur un salaire annuel sans invalidité de Fr. 33'268.- en 1992 (calculé sur la base des extraits du compte individuel AVS de l'assurée pour cette année-là), montant réévalué à Fr. 37'207.60 (valeur 2001), et un salaire d'invalidité de Fr. 20'682.60 par an (soit 52% de Fr. 39'780.-, correspondant au salaire minimum annuel prévu par la CCT Unionpac-Comedia (cartonnage), en vigueur le 1^{er} janvier 2001, pour des travailleurs semi-qualifiés).
 14. Par lettre du 27 décembre 2001, l'assurée a contesté cette position, estimant que l'OCAI avait omis en particulier de prendre en considération les névralgies et les céphalées dont elle souffrait, maux qui l'avaient amenée à un état dépressif.
 15. Par décision du 21 janvier 2002, reçue au plus tôt le 22 janvier suivant, l'OCAI a confirmé son refus.
-

16. Le 21 février 2002, l'assurée a déféré cette décision devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle a tout d'abord contesté l'application d'un statut mixte à son endroit, affirmant avoir été « piégée » par le questionnaire ad hoc. Le taux de 80% mentionné par elle exprimerait uniquement le taux « idéal » de son activité, et non le taux d'activité exercé en l'absence de problèmes de santé, lequel serait de 100% (mémoire de recours du 21 février 2002, § 6). La recourante a en outre fait valoir en particulier qu'elle était dépressive, en raison de ses migraines et les épreuves de la vie (veuvage, divorce difficile et licenciement). Par ailleurs, l'assurée a contesté les taux d'invalidité de 12.35% et 52% retenus en matière respectivement de travaux ménagers et de capacité résiduelle de travail. Selon elle, en effet, ces taux ne tenaient pas compte de « la réalité du cas », - à savoir qu'elle ne pouvait « tout simplement plus travailler » -, ni de sa dépression nerveuse ou de ses douleurs à l'épaule droite (ibid, § 8 et 9). A cet égard, elle a produit un certificat complémentaire de la doctoresse L_____ du 4 février 2002, confirmant que sa patiente souffrait de céphalées de tension et de migraines survenant plusieurs fois par semaine et sans facteur déclenchant précis, aboutissant à une prise de médicaments répétitive avec auto-entretien des céphalées. De surcroît, l'intéressée présentait un état dépressif chronique avec anxiété contribuant au maintien d'un état de tension permanent jouant certainement un rôle dans l'importance des céphalées de tension. Malgré la prise en charge thérapeutique et un suivi psychiatrique, l'état de santé de sa patiente ne s'était pas amélioré, rendant aléatoire la reprise d'une activité professionnelle régulière, même à temps partiel. Selon la doctoresse L_____, la situation était permanente et il y avait peu de chances d'amélioration, ce qui devait justifier, à son avis, « une rente d'invalidité à 100% » (pièce 10, recourante).

La recourante fait également grief à l'OCAI d'avoir négligé de prendre en compte les difficultés pour elle de retrouver un emploi, eu égard à son âge, à sa santé déficiente et à son absence de formation et d'expérience dans les domaines proposés par cet Office pour l'exercice d'une activités résiduelle (vendeuse en habillement, réceptionniste, employée au conditionnement ou toute autre activité à domicile), propositions qu'elle estimait, de ce fait, irréalistes. En outre, sa capacité de gain avait été calculée arbitrairement sur la base d'une convention collective de travail [ie : la CCT-Unionpac-Comedia (cartonnage)] sans rapport avec ses activités professionnelles passées. Enfin, l'OCAI avait fait preuve d'incohérence dans la détermination du degré d'invalidité, retenant à tort un revenu sans invalidité annuel de Fr. 37'207.60 au lieu de Fr. 39'780.-, si bien que le taux d'invalidité aurait dû se situer à 40.87% et non à 37.67 %.

Le revenu sans invalidité de Fr. 33'268.- en 1992 n'est pas contesté.

17. Dans sa réponse du 22 avril 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, estimant en substance que le degré d'invalidité de l'assurée avait été correctement calculé.

18. Par envoi du 23 mai 2002, la recourante a versé à la procédure un certificat médical du 29 janvier 2002 du docteur P_____, neurologue FMH, et un autre de la doctoresse L_____, daté du 21 mai 2002. Il ressort de ces documents que le nouveau traitement entrepris contre les migraines était resté « peu efficace ». En

outre, l'état de santé de l'intéressée s'était relativement aggravé en raison du développement d'une hypertension artérielle justifiant un traitement complémentaire par bêta-bloquants.

19. L'assurée a encore produit un certificat de la doctoresse O_____ du 19 août 2003 attestant que le syndrome douloureux cervical et les céphalées dont elle souffrait ne s'étaient pas améliorés. Ce médecin relève en outre que l'attente (relative à la présente procédure de recours) et le sentiment d'insécurité découlant de la situation sociale précaire de sa patiente agissaient défavorablement sur son état physique et psychique, contribuant à la détérioration de ses relations affectives et sociales. Par ailleurs, dans un certificat du 19 septembre 2003, la doctoresse L_____ a confirmé l'absence de toute modification, depuis mai 2002, « *quant aux migraines, pathologie la plus invalidante avec des crises multiples plusieurs fois par semaine* ». En outre, l'état de la tension artérielle de la patiente, redevenue normale, malgré une tendance à une élévation de la pression diastolique, ne justifiait plus un traitement. Enfin, selon cette praticienne, le « *problème essentiel* » était l'état dépressif pour lequel sa patiente était régulièrement suivie par la doctoresse O_____.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi genevoise modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 14 novembre 2003, entré en vigueur le 1^{er} août 2003, la présente cause, introduite le 10 mai 2002 devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, a été transmise d'office au Tribunal de céans (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ).
2. La fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 LPGA a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure cependant déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règle de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b). En outre, le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467 consid.1, 121 V 366 consid. 1b ; cf. également disposition transitoires : art. 82 al. 1 LPGA).

La décision attaquée ayant été rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA, sa légalité doit, a contrario, être examinée au regard de l'ancien droit, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

-
3. Interjeté dans le délai et les formes prescrits devant l'autorité compétente, le présent recours est recevable (art. 84 aLAVS applicable en matière d'assurance-invalidité par renvoi de l'art. 69 aLAI).
 4. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité et, en premier lieu, sur la méthode d'évaluation de celui-ci.

5. Détermination du statut de l'assurée

5.1 Selon l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur au 31 décembre 2002), 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, 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.

5.3 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). Ainsi, il faut 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. 28 al. 2 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. 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 pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b).

5.4 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 41 LAI), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 ss. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes

- si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). Pour déterminer si l'assuré aurait voué l'essentiel de son temps à une activité lucrative à plein temps ou à temps partiel, on tiendra compte des circonstances personnelles, professionnelles, sociales et économiques, sans que l'une des composantes ait la préférence sur l'autre (ATF 117 V 196 s. consid. 4b; VSI 1997 p. 302 s. consid. 2c).

5.5 En l'occurrence, se fondant sur le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré, signé par la requérante le 8 mai 2001, l'Office intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, celle-ci aurait exercé une activité lucrative à 80% et aurait consacré 20% de son temps à son ménage. Il a ensuite calculé le taux d'invalidité de cette dernière en application de la méthode d'évaluation mixte. Ce faisant, il a arrêté ce taux en estimant l'invalidité de la recourante à 44% dans une activité lucrative et à 12.35 % dans les autres travaux ; chacun de ces taux devant s'appliquer à une activité réduite (respectivement à 80% et 20%), ils ont été ramenés à 35.20% et 2.47 %, soit un taux d'invalidité global de 37.67% (35.20% + 2.47%).

5.6 La recourante conteste l'application de la méthode d'évaluation mixte dans son cas. Elle soutient que si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à temps complet et qu'il y a par conséquent lieu de calculer le degré d'invalidité déterminant conformément à la méthode générale de comparaison des revenus.

Ce point de vue ne saurait être partagé. En effet, aucun élément du dossier ne permet de conclure que la recourante, comme elle l'affirme, se trouvait dans l'erreur (art. 23 ss CO) lorsqu'elle a mentionné, dans le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré, qu'elle exercerait une activité lucrative à 80% si elle n'avait pas de problèmes de santé. Au contraire, l'intéressée a expressément indiqué dans la présente procédure qu'il s'agissait-là d'un taux « idéal » (recours, p. 5, § 6 ; voir dans ce sens ATFA du 4 septembre 2001, dans la cause I 115/01). On relèvera au demeurant que ce dernier taux correspond effectivement à celui pratiqué durant plusieurs années lors de son dernier emploi, entre 1987 et 1993. Il n'est d'ailleurs pas établi que des raisons médicales auraient justifié, durant cet engagement déjà, une réduction de son horaire de travail. Enfin, une activité à temps partiel apparaît compatible avec les activités familiales alléguées par l'intéressée (voir dans ce sens ATFA du 29 octobre 2002, cause I 214/02, consid. 2.1).

Partant, c'est à juste titre que l'OCAI a estimé que l'assurée exerçait une activité lucrative à temps partiel avant la survenance de son invalidité au sens où l'entend l'art. 27bis al. 1 RAI. Il reste toutefois à examiner le bien-fondé de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité au cas particulier.

6. Applicabilité de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité

6.1 Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA du 10 juin 2003, cause I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat

lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est donc pas propre à l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques. Les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont dès lors plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (ATFA du 4 février 2003, cause I 726/02).

- 6.2 En l'espèce, dans la mesure où l'assurée souffre de troubles d'ordre psychique depuis 1996 (cf. not. rapport médical de la doctoresse L_____ des 27/29 mai 2000 ; rapport médical de la doctoresse O_____ du 25 septembre 2001), force est de considérer que l'enquête ménagère du 12 novembre 2001, sur laquelle s'est en particulier fondé l'OCAI pour déterminer le taux d'invalidité de l'assurée, n'est pas propre à établir l'empêchement subi par la recourante dans l'exercice de ses activités ménagères. Au demeurant, ce document n'est pas dûment signé par l'assurée, ce qui en réduit sensiblement sa portée.

L'empêchement de l'intéressée n'ayant pas été évalué plus précisément et de manière spécifique par rapport aux activités en question, il n'est pas possible, en l'état, d'appliquer la méthode d'évaluation mixte, ni, par conséquent, de calculer correctement le degré d'invalidité de la recourante.

Dans ces circonstances, il conviendra de renvoyer la cause à l'administration pour instruction complémentaire sur ce point, et ce dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, conformément aux considérations suivantes (cf. infra, § 7).

7. Expertise médicale pluridisciplinaire

- 7.1 D'après l'art. 4 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité est 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.

- 7.2 Parmi les atteintes à la santé psychique ainsi définies, la jurisprudence retient que 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 pp. 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).

- 7.3 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, étant précisé que là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). 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 ss et 105 ss; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

7.4 En l'espèce, si l'existence des affections en cause chez la recourante (état dépressif chronique et troubles somatoformes douloureux) est effectivement documentée, on ignore, toutefois, à ce stade, si les conséquences de ces affections doivent être supportées par l'AI, dès lors que la gravité du syndrome douloureux et son éventuel caractère invalidant (cf. art. 4 LAI) n'ont pas été instruits à satisfaction. En effet, en l'absence d'une expertise psychiatrique répondant aux exigences posées par la jurisprudence précitée (cf. VSI 2000 p. 155 consid. 2c), il n'est pas possible de se prononcer sur l'incapacité de travail que ledit syndrome douloureux, de même que les autres affections psychiques, seraient éventuellement susceptibles d'entraîner chez la recourante (VSI 2000 p. 160 consid. 4b).

7.5 En outre, s'agissant de la capacité de travail résiduelle - dans une activité exigible - d'un assuré dont la pathologie est, comme en l'espèce, essentiellement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il se justifie, conformément à la jurisprudence, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, dont les conclusions sont globales, contrairement à 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 du 6 août 2003, cause I 50/03 consid. 4).

7.6 Pareille solution va également dans le sens de la lettre de la doctoresse L_____ du 1^{er} septembre 2000, sollicitant des HUG la mise en œuvre d'investigations médicales multidisciplinaires aux fins d'évaluer en particulier l'incidence éventuelle de l'état dépressif de sa patiente sur son état algique chronique (pièce 8, recourante). On ignore d'ailleurs si les HUG ont procédé aux examens médicaux requis, le dossier ne contenant aucune indication à ce sujet.

7.8 Il suit de là que la cause doit être envoyée à l'OCAI pour qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire (effectuée le cas échéant par un centre d'observation médicale de l'AI), afin de déterminer globalement les effets des atteintes - d'origine somatique et psychique - à la santé de l'assurée sur sa capacité de gain et rende une nouvelle décision sur son droit éventuel à une rente d'invalidité.

7.9 Par surabondance, on relèvera dans ce contexte que le Tribunal de céans n'est pas lié par l'appréciation de la doctoresse L. _____ du 4 février 2002, selon laquelle la situation de sa patiente justifierait « *une rente d'invalidité à 100%* ». En effet, pareille appréciation n'est pas, dans le domaine de l'assurance-invalidité, du ressort du médecin. Il incombe au contraire à l'administration de trancher cette question de droit (cf. art. 28 al. 2 LAI) (ATFA du 4 juin 2003, cause I 748/02 consid. 4.2).

8. Salaire déterminant pour la comparaison des revenus

8.1 Si, au terme de son instruction complémentaire, l'administration devait constater que l'assurée dispose d'une capacité de travail résiduelle, il conviendra, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, d'évaluer le revenu d'invalidité sur la base des données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes suisses sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF V 76 consid. 3b/bb), et non plus de se référer au salaire minimum prévu par la CCT Unionpac-Comedia (cartonnage) invoquée par l'OCAI en l'espèce, convention dont l'application est par ailleurs contestée par la recourante. En effet, le gain de référence litigieux (Fr. 39'780.-) représente simplement le salaire minimum d'embauche auprès des seules entreprises soumises à ladite CCT (dont on ignore au demeurant le champ d'application territorial). De surcroît, la prise en compte d'un unique domaine d'activité exigible (cartonnage) n'apparaît pas représentative d'un éventail d'emplois diversifiés qui résulte d'un marché équilibré du travail, sur la base duquel doit être déterminé le revenu du travail que l'invalidité est encore capable de réaliser (ATFA du 30 juillet 2003, cause I 2435/03 consid. 5). On ne saurait ainsi se fonder sur ce montant, dès lors qu'il ne correspond pas nécessairement au revenu que la recourante pourrait, le cas échéant, effectivement obtenir (cf. dans ce sens ATFA 8 août 2001, cause I 98/01, consid. 4 ; ATFA du 18 mars 2002, cause U 239/00, consid. 3 d).

Le cas échéant, il y aura encore lieu d'appliquer au revenu d'invalidité ainsi obtenu le facteur de réduction (soit 25% au maximum) autorisé par la jurisprudence en matière de salaire statistique (cf. ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

8.2 Concernant le calcul du taux d'invalidité, l'attention de l'OCAI est également attirée sur la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, selon laquelle sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existant au moment du début du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174). In casu, l'assurée a présenté dès le 15 octobre 1997 une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption (cf. art. 29 al. 1 et 48 al. 2 LAI). En l'absence de modification significative de la situation des faits pertinents postérieurement à cette période, la comparaison des revenus devra être effectuée

compte tenu des circonstances de fait telles qu'elles se présentaient en 1998, et non en 2001 comme l'a retenu l'Office intimé dans la décision entreprise.

9. Dépens

Pour obtenir gain de cause – au sens des dispositions du droit fédéral qui prescrivent l'octroi de dépens – dans un litige au sujet d'une prestation de l'assurance sociale, il suffit que la décision attaquée soit annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Aussi bien doit-on considérer que la recourante obtient gain de cause, de sorte qu'elle a droit à des dépens (ATF 110 V 57 ; art. 85 al. 2 let. f aLAVS en corrélation avec l'art. 69 aLAI).

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours .

Au fond :

1. Annule la décision de l'OCAI du 21 janvier 2002 ;
2. Renvoie la cause audit Office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
3. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ;
4. Dit que l'Office intimé versera à la recourante Fr. 1'000.- à titre de dépens ;
5. 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 qu'elle 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 :

Nancy BISIN

Le président :

Jean-Louis BERARDI

6. Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe