REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1907/2006 **ATAS/771/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 3 juillet 2007

En la cause

Madame T_____, domiciliée , LE GRAND-SACONNEX - GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître de WECK Dominique	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 - GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame T_____, née le 1963, en Suisse depuis le 1er août 1976, a travaillé depuis 1988 en qualité d'employée de lingerie, ce jusqu'au 30 septembre 1990.

2. Elle a déposé le 7 mars 2001 une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), alléguant souffrir depuis 1998 de crises de perte de connaissance, chutes, malaises, douleurs à l'estomac, douleurs au genou gauche, céphalées, dépression et anémie. Elle a expliqué qu'elle avait été licenciée de son travail en 1990 pour des raisons économiques et qu'elle s'était depuis lors consacrée à l'éducation de ses trois enfants, nés en 1977, 1979 et 1989. Répondant au questionnaire servant à déterminer son statut, l'assurée a déclaré qu'elle avait travaillé comme femme de ménage / employée de lingerie à 100%, étant précisé qu'elle aurait exercé à nouveau une telle activité depuis 1998 pour des raisons financières, mais que son mauvais état de santé l'en avait empêchée.

3. Dans un rapport du 1er mai 2001 adressé à l'OCAI, le Dr A_____, médecin généraliste du Centre médical de Meyrin, a indiqué que sa patiente souffrait d'une anémie ferriprive depuis environ 20 ans (1979), d'une gastrite chronique antrofundique depuis décembre 2000, d'une encéphalopathie de type vasculaire sus-tentoriel depuis 2001, de syncopes à répétition avec céphalées de type migraineux depuis 2000 et d'un état dépressif. Il a ajouté, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui de pré-obésité. Il considère qu'elle ne peut plus exercer aucune activité.

   Le Dr A_____ a joint à son rapport plusieurs documents médicaux, à savoir:

   - un courrier à lui adressé le 15 décembre 2000 par le Dr B_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, confirmant que l'assurée présentait une importante gastrite.

   - un rapport de lecture de radiographies effectuées le 10 novembre 2000, dont il ressort que la patiente souffre d'ébauches ostéophytaires éparses dans la colonne dorsale et lombaire, et d'une discrète scoliose dorsale basse à convexité gauche.

   - une évaluation neurologique réalisée à sa demande par le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, le 1er février 2001, selon laquelle l'examen neurologique est normal, les pertes de connaissance évoquent en tout premier lieu des syncopes, les céphalées sont vraisemblablement d'ordre migraineux, une composante tensionnelle associée étant probable et l'IRM cérébrale est compatible avec une encéphalopathie vasculaire quelque peu inhabituelle chez une patiente de 47 ans.

- un courrier à lui adressé par le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne le 7 mars 2001, confirmant l'existence d'une anémie ferriprive. Selon ce médecin, il se pourrait que la patiente présente un problème d'absorption de fer en raison de son importante gastrite qui peut entraîner une perte de l'acidité et par la suite une moindre réduction de fer empêchant ainsi son absorption. Il conviendrait de procéder à un traitement martial intraveineux.

- les conclusions d'une IRM cérébrale pratiquée le 16 janvier 2001, sur la base de laquelle la Dresse E_____ a conclu à une très discrète encéphalopathie de type vasculaire à l'étage sus-tentoriel et d'un épaississement muqueux polypoïde modéré des deux sinus maxillaires.

4. Un mandat d'expertise a été confié aux Drs F_____, médecin-chef au Centre d'expertise médicale de Champel (COMAI) et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans leur rapport établi le 19 novembre 2004, ils n'ont retenu, objectivement, aucune atteinte somatique limitant les capacités physiques. Aussi ont-ils constaté que sur le plan ostéoarticulaire, elle pourrait exercer la profession de lingère pour autant qu'elle puisse s'asseoir fréquemment. Ils considèrent que la dépression anéantit cependant toute capacité de travail actuellement. Ils ont en effet posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et anémie hypochrome. Ils ont expliqué que l'assurée n'avait pas pu reprendre d'activité professionnelle en raison de l'apparition d'un état dépressif chronique en relation avec la maladie psychiatrique et la consommation de stupéfiants de l'un de ses fils. Elle présente un état dépressif sévère et les plaintes somatiques sont interprétées comme des manifestations de cet état dépressif. Les facteurs non médicaux comme la surcharge psychosociale (maladie psychiatrique du fils, conflit conjugal avec violence physique, émigration, éloignement familial) jouent un rôle important dans l'attitude actuelle de l'assurée. Selon le Dr G_____, sa situation sociale, psychologique et affective rend le pronostic très sombre. Il recommande une nouvelle évaluation dans environ deux ans.

5. L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE du canton de Neuchâtel (OAI NE), chargé du dossier dans le cadre de l'entraide inter-cantonale mise en place par l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES, a examiné quel était le statut de l'assurée. Il a à cet égard, dans une note du 16 mars 2005, relevé que selon l'assurée, celle-ci aurait souhaité se réengager dans la vie active pour être indépendante financièrement, précisant que son mari subvenait matériellement aux besoins (il est employé aux X_____) et que cette situation lui était difficile. L'OAI NE a étudié les ressources financières du couple et constaté que le budget n'était pas déséquilibré. Il a également constaté que, bien que l'assurée ait déclaré que sans atteinte à la santé elle aurait repris une activité professionnelle au moment où son dernier enfant aurait commencé l'école, soit en 1996 au plus tard, elle n'avait effectué aucune démarche concrète dans ce sens. Aussi a-t-il proposé de la considérer comme une ménagère à plein temps. Il a toutefois renoncé à faire

procéder à une enquête ménagère compte tenu du fait que selon le rapport d'expertise du COMAI, elle était en mesure d'effectuer la plupart de ses tâches ménagères, à l'exception des courses.

6. Par décision du 20 mai 2005, l'OCAI a dès lors retenu le statut de ménagère à 100% et conclu au refus de toute prestation.

7. L'assurée, représentée par Maître Dominique DE WECK, a formé opposition le 24 juin 2005. Elle conteste le statut de ménagère. Elle souligne en effet que si elle n'a pas repris d'activité professionnelle au moment où son plus jeune enfant a commencé l'école, c'est précisément parce qu'elle souffrait d'un état dépressif chronique, en relation avec la maladie psychiatrique de l'un de ses fils. Son mandataire insiste dès lors sur le fait que si elle avait demandé une rente d'invalidité à cette époque, elle lui aurait assurément été octroyée. Il est donc parfaitement absurde que, parce que pendant plusieurs années elle n'a pas osé demander une rente d'invalidité, cette rente lui soit aujourd'hui refusée. Il rappelle par ailleurs que selon les experts, aucune activité professionnelle n'est actuellement envisageable ni exigible.

8. Par décision sur opposition du 25 avril 2006, l'OCAI a relevé qu'il s'était basé sur les faits qui apparaissent clairement dans le dossier mais également sur les déclarations de l'assurée, laquelle a confirmé que c'est bien par choix qu'elle avait interrompu son activité professionnelle. Il constate également que même si l'assurée ressentait déjà des signes de dépression en 1996, cette maladie étant à évolution lente, elle aurait pu tenter une reprise de travail à temps partiel au moins, ce qui aurait représenté un sérieux indice qu'elle voulait renouer avec le monde du travail. L'OCAI en conclut qu'il n'a pas été rendu vraisemblable qu'elle aurait repris une activité lucrative en l'absence de problèmes de santé.

9. L'assurée a interjeté recours le 24 mai 2006 contre ladite décision. Elle conteste avoir interrompu son activité professionnelle par choix, et insiste sur le fait que si elle n'a pas repris d'emploi en 1996, c'est précisément parce qu'elle n'en était déjà plus capable en raison de son état de santé. Au surplus, elle a en réalité accueilli de 1993 à 1998 des enfants, principalement d'âge préscolaire, à son domicile avec l'autorisation du Département de l'instruction publique - DIP. Elle a cessé cette activité en 1998, son état physique et psychique ne lui permettant plus de continuer. Donc en 1996, si elle avait repris une activité professionnelle en plus de la garde d'enfants, elle aurait très vite dû arrêter de travailler en raison de son état de santé, souffrant déjà à l'époque de dépression chronique. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité.

10. Dans sa réponse du 14 août 2006, l'OCAI relève que la recourante est arrivée en Suisse en 1976 et n'a exercé une activité lucrative que depuis 1988. Pendant 12 ans donc, elle devait bel et bien être considérée comme active dans son ménage et dans l'éducation de ses enfants. D'autre part, son plus jeune enfant, Sercan, né le

17 novembre 1989, a commencé sa scolarité en 1995. Or, dans sa demande de prestations, l'assurée a indiqué qu'elle était atteinte dans sa santé depuis 1998 et son médecin traitant l'a déclarée incapable de travailler depuis 2001. Enfin, l'OCAI constate que rien dans le dossier ne fait état d'une activité de garde d'enfants. Il conclut dès lors au rejet du recours.

11. Dans sa réplique du 13 septembre 2006, l'assurée rappelle qu'elle avait joint à son acte de recours un courrier du DIP daté du 24 septembre 1993 l'autorisant à accueillir des enfants à la journée à son domicile pour une période de cinq ans, ainsi qu'une attestation établie par le service d'évaluation des lieux de placement du DIP le 6 juin 2005, aux termes de laquelle elle avait reçu chez elle des enfants du 24 septembre 1993 au 15 novembre 1998. Elle verse au dossier une nouvelle attestation, datée du 1er septembre 2006, confirmant la période durant laquelle elle a accueilli des enfants d'âge préscolaire et précisant qu'elle avait renoncé à cette activité pour des raisons de santé. Elle précise par ailleurs qu'elle a interrompu son activité professionnelle en septembre 1990 en raison de la naissance de son dernier enfant le 17 novembre 1989 et de la fermeture de l'entreprise.

12. Le 3 octobre 2006, l'assurée a communiqué au Tribunal de céans un certificat du Dr A_____ du 2 octobre 2006 selon lequel elle souffre d'une anémie ferriprive et d'un état dépressif sévère.

13. L'OCAI n'a pas dupliqué.

14. Les parties ont été entendues le 24 avril 2007. L'assurée a déclaré que

" J'ai gardé des enfants de 1993 à 1998 parce que j'ai pensé que ce serait mieux pour mes propres enfants que je sois à la maison pour m'occuper de tous. J'ai essayé de trouver un travail comme lingère dès 1998, mais en vain. Lorsque l'on me demandait si mon état de santé était bon je répondais que non. Je m'occupais d'un ou de deux enfants toute la journée. Il est vrai que notre situation financière ne m'obligeait pas à prendre un travail, je le voulais néanmoins pour gagner moi-même quelque argent et ne pas dépendre complètement de mon mari. Je précise que les hôtels n'engagent pas de lingère à temps partiel.

Je n'ai aucun document relatif à ma recherche d'emploi parce que je me rendais directement à la réception des hôtels pour demander s'il y avait du travail. Je n'ai pas non plus de document concernant la garde des enfants car les parents me payaient de main à main.

Le Dr A_____ m'a recommandé de m'adresser à un psychiatre, mais je ne l'ai pas fait. Un de mes fils est malade et je l'ai accompagné chez les psychiatres tout le temps. Je n'avais pas de temps pour moi. Le Dr A_____ m'a prescrit des antidépresseurs et il me soutient. Je le vois environ deux fois par mois".

Il a été convenu à l'issue de l'audience que l'assurée produirait un nouveau rapport de son médecin traitant.

15. Celui-ci a ainsi attesté, le 16 mai 2007, que malgré un séjour hospitalier effectué du 8 au 13 novembre 2004 et la poursuite du traitement antidépresseur, l'état psychique de l'assurée demeurait à ce jour inchangé. En revanche, l'anémie ferriprive a été améliorée suite au traitement médicamenteux de substitution en fer. Le médecin a également relevé que l'assurée présentait toujours une lenteur psychomotrice, un manque d'entrain, d'initiative et une grande fatigabilité. Il confirme dès lors que dans ce contexte, aucune activité professionnelle n'est envisageable et exigible actuellement, étant ajouté qu'une réadaptation professionnelle serait également vouée à l'échec dans la mesure où la patiente ne pourrait en raison de sa maladie psychiatrique y participer activement.

16. Invité à se déterminer, l'OCAI ne s'est pas manifesté.

17. Sur ce, la cause a été gardée 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 25 avril 2006 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000, le présent litige sera examiné à la lumière de la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 s'agissant de la période antérieure à cette date et de la nouvelle réglementation, s'agissant de la période postérieure. Il convient quoi qu'il en soit de rappeler que la LPGA et les dispositions de la 4ème révision de la LAI n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative.

En ce qui concerne la procédure en revanche et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le statut de l'assurée et sur son degré d'invalidité.

5. En vertu de l'art. 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité,

ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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).

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. Lors de l'examen 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 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, ou 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.

   On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

   Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

9. En l'espèce, l'OCAI a considéré que l'assurée, sans atteinte à la santé, se consacrerait à ses tâches ménagères et à l'éducation de ses enfants. Celle-ci en revanche allègue que si son état de santé ne l'en avait pas empêchée, elle aurait repris une activité professionnelle dès que son plus jeune enfant aurait été scolarisé.

10. Le Tribunal de céans constate que l'assurée, venue en Suisse en 1976, n'a commencé à travailler après la naissance de ses deux premiers enfants en 1977 et

1979 qu'en 1988, lorsque ceux-ci ont respectivement atteint 9 et 11 ans. Elle a ensuite quitté son emploi au moment de la naissance de son plus jeune enfant. Dans le questionnaire servant à déterminer son statut, elle a déclaré qu'elle aurait recommencé à travailler dès 1998, pour des raisons financières, si elle avait été en bonne santé. A cette date, son plus jeune enfant avait 9 ans, soit quasiment le même âge que ses aînés au moment où elle avait travaillé en 1988, ce qui pourrait laisser penser qu'en 1998, elle ait naturellement songé à retravailler. Elle soutient que si elle ne l'a pas fait, c'est en raison de son état de santé.

Il y a toutefois lieu de souligner que les atteintes à la santé décrites par le Dr A_____ dans son rapport du 1er mai 2001, sont survenues soit en 1979 environ (anémie ferriprive) soit en 2000 - 2001 (encéphalopathie, syncopes et état dépressif). Force dès lors est de conclure qu'elle était en réalité capable de travailler en 1998. Elle dit du reste avoir effectué à l'époque quelques démarches pour trouver un emploi, en vain, tout en répondant aux employeurs potentiels qu'elle n'était pas en bonne santé. Elle admet cependant que sa situation financière ne l'obligeait pas à travailler.

Elle allègue avoir gardé des enfants en âge préscolaire à domicile de 1993 à 1998 et avoir cessé cette activité parce que son état physique et psychique ne lui permettait pas de la poursuivre. On ne sait cependant pas combien d'enfants elle gardait, ni durant quelle(s) période(s). Une attestation a certes été établie le 1er septembre 2006 par le service d'évaluation des lieux de placements du DIP selon laquelle elle a cessé d'accueillir des enfants à compter du 15 novembre 1998 pour des raisons de santé. Une telle attestation ne saurait cependant suffire à conclure que ce sont bien des motifs liés à son état de santé qui l'ont contrainte à ne pas continuer à garder des enfants à domicile.

Les raisons financières par ailleurs invoquées lors de l'examen de son statut sont contredites par le fait que selon l'examen effectué par l'OAI NE, le budget du couple n'était pas déséquilibré.

Aussi le Tribunal de céans est-il d'avis que, selon le degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, le statut de l'assurée est celui de ménagère.

11. L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 al. 1 et 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les

art. 27 al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au supplément 1 aux directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales. Le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion d'admettre la conformité aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI de cette pratique administrative (ATFA non publiés du 9 avril 2001, I 654/00, du 22 août 2000, I 102/00 et du 15 novembre 1999, I 331/99). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faille faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

12. Il appert des documents médicaux figurant dans le dossier et plus particulièrement de l'expertise réalisée par le COMAI le 21 juin 2004, qu'aucune atteinte somatique ne peut être retenue qui limiterait les capacités physiques de l'assurée à exercer une activité lucrative. Aussi sur le plan ostéoarticulaire a-t-il été considéré qu'elle pouvait exercer la profession de lingère à 100%, pour autant qu'elle puisse s'asseoir fréquemment.

    Les experts du COMAI ont en revanche observé que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère qui l'empêchait de travailler et relevé une lenteur psychomotrice qui est à mettre en relation avec des tensions musculaires dues à son état psychiatrique. Ils ont également indiqué que des facteurs non médicaux comme la surcharge psychosociale (maladie psychiatrique du fils, conflit conjugal avec violence physique, émigration, éloignement familial) jouaient un rôle important dans l'attitude actuelle de l'assurée. Considérant que l'atteinte psychique était sujette à une amélioration nette sous traitement adéquat, ils ont proposé une réévaluation à moyen terme dans deux ans.

    Deux ans après, soit en octobre 2006, le Dr A_____, répète que sa patiente souffre d'un état dépressif sévère. L'assurée a toutefois confirmé en audience qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre ; son médecin traitant lui prescrit des antidépresseurs.

13. L'OCAI n'a pas fait procéder à une enquête sur les activités ménagères pour déterminer l'empêchement éventuel dans chacune de ces activités, considérant

qu'une telle enquête était inutile, dans la mesure où selon l'expertise, l'assurée était en mesure d'accomplir la plupart des tâches ménagères.

Or, force est de constater que les experts ne parlent en réalité que d'activité professionnelle ; ils ne se prononcent précisément pas sur les empêchements que pourrait rencontrer l'assurée dans l'accomplissement des tâches ménagères.

14. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'une enquête ménagère soit réalisée. Considérant par ailleurs qu'en présence de troubles psychiques en effet, les constatations d'ordre médical l'emportent sur l'enquête ménagère, le Tribunal de céans invite également l'OCAI, à requérir du Dr G_____ un complément d'expertise qui permettra de déterminer si et dans quelle mesure le cas échant l'assurée rencontre des difficultés à s'acquitter de ses tâches domestiques.

15. Aussi le recours est-il admis et la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens

5. Met un émolument de 200 fr. à la charge à la charge de l'intimé.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

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 le