RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/283/2005 **ATAS/65/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 19 janvier 2006

En la cause

Madame D_____, représentée par Maître NERFIN Corinne en l'Etude de laquelle elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente,
Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 7 octobre 1952, a travaillé depuis l'âge de sept ans aux travaux des champs pour aider ses parents, paysans en Espagne. Sans formation professionnelle, elle a émigré en Suisse en 1972. Elle a alors été engagée dans une fabrique de tissus. Mariée depuis 1975, elle a une fille, née en 1978. De 1980 à 1998, elle a travaillé comme employée de maison, à temps partiel, à raison de 18 heures par semaine. Les dernières années, son salaire s'est élevé à Fr. 12'960.- (soit 1'080.- par mois).

2. Au mois de juin 1998, les douleurs dorsales déjà éprouvées depuis longtemps par l'assurée se sont accentuées. Après plusieurs chutes, elle s'est retrouvée dans l'incapacité totale de travailler à compter du 13 juin 1998.

3. Hospitalisée du 13 juin au 7 juillet 1998, l'assurée s'est vu diagnostiquer une hernie discale L4-L5 lui bloquant régulièrement la jambe droite, ce qui expliquait ses chutes.

4. L'assurée n'a plus repris le travail depuis lors et, le 31 mars 1999, son employeur a résilié son contrat.

5. Le 6 décembre 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Elle a invoqué des douleurs lombaires, une perte de sensibilité dans la jambe droite ainsi qu'une diminution de force.

6. Dans un rapport médical daté du 6 mars 2000, le Dr A_____, médecin traitant, a diagnostiqué une lombosciatalgie avec canal lombaire étroit, une hernie discale, de l'obésité et une thyroïdite auto-immune. Il a expliqué que, devant l'échec du traitement conservateur, une intervention chirurgicale avait été proposée à l'intéressée mais que cette dernière, devant les doutes exprimés par le chirurgien quant au succès d'une telle opération, avait préféré poursuivre le traitement conservateur. Il a indiqué que l'état de l'assurée était allé en s'améliorant mais qu'elle éprouvait d'énormes difficultés à monter les escaliers ou à exercer son métier. Depuis son hospitalisation, elle l'avait consulté environ une fois par mois, toujours pour les mêmes symptômes. Le médecin a relevé que les lombosciatalgies devenaient chroniques et nécessitaient l'administration de médicaments en permanence, que l'assurée avait développé un état dépressif et que son état d'obésité s'était aggravé en 2000 : elle avait atteint un poids d'environ 110 kg pour une taille de 151 cm. Il a émis l'avis qu'une reconversion professionnelle semblait pratiquement impossible et que demander à la patiente de reprendre une activité de femme de ménage était illusoire, vu ses douleurs lombaires et son obésité massive.

7. Le 12 juin 2002, une enquête économique sur le ménage a été effectuée. Il ressort du rapport établi que, depuis que l'assurée a cessé son activité professionnelle, ses douleurs lombaires ont diminué, sans toutefois disparaître. A l'époque où le rapport d'enquête a été établi, les douleurs irradiaient toujours dans la jambe droite de sorte que l'assurée ne pouvait y prendre complètement appui, sans sentir sa jambe se dérober. A la maison, elle a indiqué pouvoir se reposer entre deux activités ménagères mais devoir malgré tout éviter tout effort physique. Il a également été relevé que l'assurée souffrait depuis deux ans d'incontinence urinaire importante. Il a été mentionné que l'assurée avait manifestement des difficultés à accepter sa situation car elle avait eu l'habitude de mener de front son travail et ses activités ménagères sans problèmes. L'assurée a affirmé que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à exercer une activité lucrative et ce, pour des raisons financières. Son époux est maçon indépendant. Sa fille, indépendante financièrement, a quitté le domicile parental.

   S'agissant de la conduite du ménage, il a été indiqué que l'assurée était dépendante de ses proches pour les tâches pénibles, qu'elle devait s'arrêter fréquemment entre deux activités afin de ménager son dos et qu'elle ne pouvait plus se charger des gros travaux d'entretien tels que le nettoyage des armoires de haut en bas, celui du four, la décongélation du congélateur ou le déplacement de meubles. C'est elle qui s'occupait de la préparation des repas et de la vaisselle. Sa fille l'aidait en passant l'aspirateur et en nettoyant les sols ainsi que les fenêtres, son mari se chargeait des courses importantes.

   En définitive, l'enquête a conclu à un empêchement de 32% dans la tenue du ménage et à un taux d'incapacité de 17,6%, compte tenu du statut de l'assurée, active à 45%.

8. Le 10 juillet 2002, le Dr A_____ a brièvement indiqué à l'OCAI que l'état de sa patiente était demeuré stationnaire.

9. Une expertise médicale a été mise sur pied par l'OCAI le 16 octobre 2003 et a été effectuée conjointement par le Dr BURGAT, rhumatologue, et la Dresse LOMIER-VIRET, psychiatre.

   Dans leur rapport du 19 novembre 2003, les experts ont relevé que l'assurée s'était plainte d'une lombosciatalgie droite continue dont l'intensité oscillait entre 5 et 8 sur l'échelle de l'algométrie analogique (laquelle compte dix graduations [EVA]). L'intéressée a décrit ses symptômes comme des brûlures ou des piqûres, augmentant lors de l'antéflexion du tronc, de positions prolongées ou lors de la marche. Ils n'ont constaté ni lâchage ni faiblesse des membres inférieurs. L'assurée a affirmé que ses algies la réveillaient toutes les deux à trois heures et qu'elle ne pouvait accomplir, durant la journée, que de menues activités ménagères. Elle a par ailleurs fait état d'hypertension artérielle et d'incontinence urinaire due au stress.

L'assurée a encore expliqué avoir refusé la médication antidépressive proposée par son médecin traitant en raison de ses gastralgies persistantes.

Le dossier radiologique a révélé un canal lombaire étroit et rétréci latéralement par des lésions dégénératives, une dégénérescence discale avec discopathie et protrusion discale médiane et paramédiane droite, et des séquelles de maladie de Scheuermann. S'y ajoutent une gonarthrose bilatérale à prédominance gauche du genoux et une arthrose fémoro-patellaire.

Au plan somatique, la patiente se plaint de douleurs dorsales constantes, accentuées par les positions statiques ou les efforts physiques.

L'examen rhumatologique a permis d'observer chez l'assurée une importante hyperlordose lombaire associée à un syndrome vertébral tout à fait net, sans syndrome d'irritation radiculaire, ni déficit sensitivomoteur objectifs au status neurologique des membres inférieurs. Le bilan radiologique a mis en évidence un canal lombaire étroit dont le retentissement fonctionnel n'engendre pas d'altération du status neurologique.

Sur le plan psychique, l'expert a relevé que l'assurée présentait depuis 1998, une dysthymie, soit une "dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Le trouble peut toutefois avoir répondu au critère d'un épisode dépressif léger dans le passé, en particulier au moment de son installation. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours ou quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien mais la plupart du temps (souvent plusieurs mois consécutifs), ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal, et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne".

En conclusion, les experts ont estimé que l'atteinte somatique et la comorbidité psychiatrique - sous forme de dysthymie chez une personnalité fruste à traits abandonniques - interféraient avec la capacité de travail, qu'ils ont évaluée à 60% (par rapport à un plein temps). Ils ont posé un pronostic défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, mais ceci, pour des raisons socioculturelles sortant du champ médical.

Les experts ont indiqué qu'aucun diagnostic psychique n'avait de répercussion sur la capacité de travail. En revanche, ils ont estimé que la dysthymie et la personnalité fruste à traits abandonniques avaient des conséquences quantitatives sur le travail de l'assurée, dont ils ont relevé qu'elle était limitée dans sa profession de femme de ménage par ses lombalgies et son obésité. Ils ont émis l'avis que l'activité de femme de ménage pouvait cependant être exigée de l'assurée à raison de cinq heures par jour, avec un rendement de 100% sur un 60%. Les experts ont estimé que des

mesures de réorientation professionnelle n'étaient pas envisageables en raison des faibles ressources psychiques et intellectuelles de l'assurée, laquelle n'imaginait d'ailleurs pas reprendre la moindre activité professionnelle. D'autres activités, n'impliquant pas le port de charges, pourraient être exercées à raison de cinq heures par jour.

10. Par courrier du 27 novembre 2003, la Dresse VINCENT, du service médical régional AI (SMR), a interpellé le Dr ROSATTI, du Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Relevant une discordance sur la capacité de travail exigible de l'assurée dans son ancienne activité d'employée de maison (en effet, après avoir indiqué que les algies de l'assurée ne lui permettaient pas la poursuite de ses activités professionnelles habituelles à un taux d'occupation de 50% [§2 p. 16], les experts ont indiqué que l'activité exercée jusqu'alors pouvait encore être exigée à raison de cinq heures par jour [p. 20]), la Dresse VINCENT a posé les questions supplémentaires suivantes : 1) quelle est, sur un plein temps, la capacité de travail exigible dans l'activité d'employée de maison, sur le plan somatique ? 2) quelle est, sur un plein temps, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée au problème rachidien ? 3) quelles sont, de manière plus précise, les limitations fonctionnelles somatiques à prendre en compte pour une activité adaptée ?

11. Par courrier du 8 janvier 2004 à la Dresse VINCENT, le Dr BURGAT a indiqué s'être trompé et avoir inversé les termes de capacité et d'incapacité. Il a précisé que la capacité de travail de l'assurée en tant qu'employée de maison était bien de 60% - et non de 40% comme indiqué par erreur dans son rapport.

12. Le 14 janvier 2004, la Dresse VINCENT a conclu que la diminution de la capacité de travail sur un plein temps était de 40%, quelle que soit l'activité et que, s'agissant des tâches ménagères, il se justifiait de suivre les conclusions de l'enquête.

13. Par décision du 18 mars 2004, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente. Il a considéré que l'assurée était capable d'exercer son ancienne activité d'employée de maison à 60% et ce, sans baisse de rendement. Dès lors qu'elle n'avait travaillé jusqu'alors qu'à 45%, aucune invalidité n'en découlait. Il a en revanche admis une certaine incapacité dans le cadre de l'activité ménagère, insuffisante pour ouvrir droit à des prestations dans la mesure où le taux d'invalidité global s'établissait à 17,6%..

14. Le 3 mai 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a conclu à ce que lui soit octroyée une rente entière, alléguant que ses problèmes de santé étaient d'une telle ampleur qu'ils l'empêchaient totalement de travailler, d'assumer son ménage et rendaient difficile tout déplacement. A l'appui de ses dires, elle a produit un rapport établi par le Dr B_____ en date du 27 février 2004, dont il ressort qu'elle souffre d'un épanchement intra-articulaire et d'un kyste volumineux, de chondropathie rotulienne et condylienne avec signe d'arthrose fémoro-patellaire

et gonarthrose et d'une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne.

15. Dans un bref avis daté du 11 juin 2004, la Dresse VINCENT a estimé que si l'examen montrait effectivement une déchirure méniscale interne, l'intervention serait rapide et permettrait en peu de temps de retrouver l'état antérieur. Elle a donc admis qu'il y avait péjoration mais souligné que celle-ci serait limitée dans le temps et ne devrait pas influencer la capacité de travail de manière durable.

16. Dans son rapport du 5 juillet 2004, le Dr A_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et précisé que, depuis le mois de février 2004, la patiente boitait en raison de douleurs au genou droit. Il a estimé sa capacité de travail à 0%.

17. Du rapport établi par le Dr C_____, chef de clinique adjoint de la policlinique des services de chirurgie des HUG, le 3 mai 2004, il ressort que la lésion méniscale est en relation avec une surcharge du compartiment fémoro-tibial interne des genoux. Ce médecin a déconseillé de pratiquer une méniscectomie, laquelle ne ferait selon lui qu'aggraver le déséquilibre déjà contraint par le problème de surcharge et conduire à la survenue précoce d'une gonarthrose invalidante à laquelle la patiente paraissait d'ailleurs déjà sujette. Sa seule proposition thérapeutique a été un régime alimentaire.

18. Le SMR, auquel ces documents ont été soumis, a relevé que l'IRM et le rapport du Dr C_____ n'amenaient pas d'élément diagnostique nouveau mais confirmaient les lésions dégénératives des genoux déjà décrites dans l'expertise du COMAI. Les experts n'avaient alors pas fait de référence explicite au problème évoqué par le Dr C_____ mais, selon le SMR, il était clairement documenté. Quant à l'examen clinique, il était comparable à celui du Dr C_____, lequel a signalé une amplitude articulaire complète des deux genoux.

19. Par décision sur opposition du 11 janvier 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a notamment souligné que l'âge de l'assurée et son manque de formation professionnelle n'étaient pas des facteurs liés à l'invalidité, que son obésité n'était pas propre, à elle seule, à justifier une incapacité de gain et qu'une nouvelle instruction médicale n'avait pas lieu d'être, compte tenu du fait qu'une expertise avait déjà été diligentée.

20. Par courrier du 4 février 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle invoque une violation de son droit d'être entendue au motif que l'OCAI n'a pas procédé à son audition alors que, dans son opposition, elle avait invoqué des faits nouveaux et demandé un nouvel examen médical complet après aggravation de son état de santé. Quant au fond, elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et conteste formellement pouvoir exercer à 60% une activité d'employée de maison. Elle conteste également que l'empêchement qu'elle rencontre dans la tenue de son ménage ne soit que de 32%. Elle fait valoir que l'enquête économique sur le

ménage du 12 juin 2002 ne correspond plus à la réalité des faits. Elle explique pouvoir à peine marcher et ne plus pouvoir se pencher en avant si bien que les quelques activités qu'elle réussit encore à accomplir seule nécessitent beaucoup plus de temps et d'organisation qu'auparavant. Entre chaque tâche ménagère, elle doit s'accorder une phase de repos de dix à quinze minutes. Enfin elle soutient qu'il est faux de prétendre qu'elle aurait poursuivi son activité au même taux qu'avant la survenance de ses problèmes de santé puisqu'elle est en arrêt de travail depuis le 13 juin 1998 et n'a plus été en mesure de travailler depuis lors.

21. Le 15 février 2005, l'assurée a encore produit un certificat émanant du Dr A_____, son médecin traitant, établi le 10 février 2005, indiquant que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le mois de juillet 2004, date de son dernier rapport. Le médecin s'y montre très sceptique sur les possibilités de l'assurée d'exercer son métier de femme de ménage et se déclare étonné de la décision de l'OCAI.

22. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 14 mars 2005, a conclu au rejet du recours. S'agissant de la violation du droit d'être entendue invoquée par la recourante, il fait valoir que le conseil de cette dernière a pris connaissance du dossier et participé à l'administration des preuves, et que, suite à la demande formulée dans l'acte d'opposition, il a interrogé le Dr A_____ et obtenu des informations relatives à une éventuelle péjoration de l'état de santé de l'assurée, lesquels renseignements ont été examinés par les médecins du SMR. Quant à la demande d'une nouvelle instruction médicale, l'OCAI s'y oppose, au motif que les renseignements recueillis ont toute valeur probante.

23. Dans sa réplique du 8 avril 2005, la recourante a souligné n'avoir plus été examinée par l'OCAI depuis le 16 octobre 2003, date de l'expertise COMAI.

24. Dans sa duplique du 7 juin 2005, l'OCAI a pour sa part maintenu sa position. Il a ajouté que si la santé de l'assurée s'était péjorée entre le moment de l'expertise et la décision, il lui appartenait de le prouver.

25. Par courrier du 27 juin 2005, la recourante a encore produit copie d'un rapport médical établi par le Dr A_____ le 24 juin 2005 et confirmé par le rapport du Dr B_____ le 21 juin 2005. Elle allègue que son état de santé s'est encore péjoré depuis le dernier rapport de février 2005, son genou gauche étant désormais tuméfié. Cette pathologie du genou gauche ne s'est cliniquement manifestée que depuis quelques mois et n'existait pas lors de la première demande.

26. Par courrier du 21 juillet 2005, l'OCAI a fait remarquer qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à la décision litigieuse ne remettrait nullement en question cette dernière. Il a par ailleurs admis qu'une aggravation justifiant instruction avait été rendue plausible postérieurement à la

décision. Il a dès lors proposé le retrait du recours et dans la négative, conclu à son rejet.

27. Par courrier du 12 août 2005, la recourante a maintenu son recours en faisant valoir que s'il était exact que son état s'était encore aggravé, il justifiait déjà, depuis le mois de juin 1998, le droit à une rente entière. Elle a par ailleurs pris note de ce que l'OCAI ouvrait une instruction pour la période postérieure à la décision attaquée.

28. Le 21 octobre 2005, l'OCAI a précisé que l'instruction ne concernerait que la période postérieure à la décision querellée et qu'une décision sujette à opposition serait rendue pour la période en question.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 398 consid. 1.1 et les références). En l'occurrence, les faits déterminants remontent au 13 juin 1998, date du premier arrêt de travail en raison de douleurs dorsales déjà éprouvées antérieurement. Pour les mêmes motifs, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 ne sont pas applicables. En revanche, les dispositions de procédure de la LPGA s'appliquent immédiatement.

4. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ et 60 LPGA).

5. Avant tout, il convient d'examiner la violation du droit d'être entendu dont se plaint la recourante en invoquant l'art. 29 al. 2 Cst., au motif qu'elle n'a pas été entendue par l'OCAI après avoir formé opposition dans laquelle elle invoquait des faits nouveaux et sollicitait un nouvel examen médical complet après aggravation de son état de santé.

   La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références). Le droit de faire administrer les preuves pertinentes n'empêche cependant pas l'administration ou le juge de mettre un terme à l'instruction lorsque, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, ils sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 124 I 211 consid. 4a, 124 V 94 consid. 4b, 122 II 469 consid. 4a, 122 V 162 consid. 1d, 120 Ib 383 consid. 3b). En particulier, une expertise ou une demande de renseignements d'ordre médical peut être refusée lorsque tous les éléments de faits nécessaires ressortent des pièces du dossier.

   En l'occurrence, non seulement la recourante a eu tout loisir de prendre connaissance du dossier et de participer à l'administration des preuves, mais l'OCAI s'est renseigné auprès de son médecin traitant, le Dr A_____, quant à une éventuelle péjoration de son état de santé, et a soumis les renseignement obtenus aux médecins du SMR.

   Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime donc qu'il n'y a pas eu violation du droit d'être entendu.

6. Quant au fond, il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante.

7. Selon l'art. 4 LAI, 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.

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1 ; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

   En cas d'activité à temps partiel, il y a lieu de fixer l'invalidité pour cette part par comparaison des revenus selon l'art. 28 al. 2 LAI et l'invalidité pour la part consacrée aux travaux habituels par comparaison des activités selon l'art. 27 RAI (méthode mixte cf. art. 27 bis al. 1 RAI). Dès lors, il convient de déterminer préalablement la part de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels avant de calculer le degré d'invalidité d'après le handicape dont l'assurée est affectée dans chacune des activités concernées (RCC 1986 p. 244 ss.).

9. En l'espèce, l'invalidité doit être évaluée selon la méthode mixte susdécrite. En effet, il sied de rappeler qu'avant son arrêt maladie, en juin 1998, la recourante travaillait à temps partiel (18 heures par semaine, soit l'équivalent de 45%) comme employée de maison et consacrait l'autre partie de son temps aux activités ménagères (55%).

   Certes, la recourante a prétendu qu'elle aurait augmenté son taux d'activité sans la survenance de ses problèmes de santé. Il paraît toutefois hautement improbable qu'elle aurait augmenté son taux d'activité dès lors que, alors que sa fille avait atteint l'âge de la majorité, elle avait continué, comme par le passé et comme depuis le début de son activité en qualité d'employée de maison, à travailler à l'extérieur à

raison de 18 heures par semaine. Elle a au demeurant dit elle-même, lors de l'enquête économique sur le ménage, que sans ses problèmes de santé, elle aurait poursuivi son activité professionnelle chez M. X_____ y travaillant tantôt le matin tantôt l'après-midi cinq jours sur sept. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas pris en compte l'argumentation de la recourante développée sur ce point.

10. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

    En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc 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 équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

    Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

    En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme 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, l'on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

En dernier lieu, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

11. En l'espèce, dans un rapport daté du 6 mars 2000, le Dr A_____, médecin traitant, a indiqué qu'une reconversion professionnelle lui semblait pratiquement impossible et que l'activité de femme de ménage était en tous les cas exclue en raison des douleurs lombaires et de l'obésité de la patiente. Le 10 février 2005, ce même médecin a fait état d'un statu quo depuis son rapport datant de juillet 2004.

L'expertise multidisciplinaire réalisée au COMAI le 16 octobre 2003 conjointement par le Dr J.-M. BURGAT, rhumatologue, et la Dresse C. LOMIER-VIRET, psychiatre, a par contre conclu à une capacité de travail résiduelle de 60% dans son activité antérieure ou dans d'autres activités avec un rendement complet.

En effet, l'examen rhumatologique a permis d'observer chez la patiente une importante hyperlordose lombaire associée à un syndrome vertébral tout à fait net, sans syndrome d'irritation radiculaire, ni de déficit sensitivomoteur objectif au status neurologique des membres inférieurs et selon le bilan radiologique, le canal lombaire étroit n'engendrait pas d'altération du status neurologique.

Par ailleurs, sur le plan psychique, l'expert a relevé que la recourante présentait depuis 1998 une dysthymie pouvant être décrite comme une "dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen".

En conclusion, les experts ont ainsi estimé que, en dépit de l'atteinte somatique et la comorbidité psychiatrique, la capacité de travail à ce jour pouvait être estimée à 60% (par rapport à une activité à 100%), le pronostic leur paraissant toutefois défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, mais ceci pour des raisons socioculturelles sortant du champ médical.

En effet, s'agissant des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. 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 ; ATFA non publié du 18 octobre 2002 I 141/02).

Force est de constater que cette expertise répond aux réquisits jurisprudentiels. Les experts ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante en se basant sur l'entier du dossier AI, notamment sur les rapports médicaux du médecin traitant. Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été entendue par chacun des experts. Le rapport d'expertise est circonstancié, tient compte des plaintes de la recourante et les médecins du COMAI ont apprécié la capacité résiduelle de travail sur les deux plans rhumatologique et psychique.

En conséquence, l'expertise du COMAI ne prête pas le flanc à la critique et a pleine valeur probante. C'est donc à juste titre que l'OCAI a pris en compte une capacité résiduelle de travail de 60%. L'assurée ne travaillant qu'à raison de 18 heures par semaine avant l'atteinte à sa santé, celle-ci n'entraîne donc aucune incapacité de gain.

12. Aux fins d'établir le taux d'invalidité admissible dans le cadre de l'accomplissement des travaux habituels, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage.

    En ce qui concerne la pondération des différentes activités ménagères, force est de constater que, in casu, ladite enquête a été établie en conformité des Directives contenues dans la circulaire concernant l'invalidité, l'impotence (ch. 3090ss (CIIAI) et de la jurisprudence fédérale. En particulier, lors de cette enquête, il a été dûment procédé à la classification et évaluation des travaux ménagers par référence aux 7 postes indiqués au chiffre 3095 CIIAI, en fixant leur importance respective en pour cent, dans une fourchette déterminée, compte tenu des données du cas concret; l'empêchement subi pour chaque poste a été fixé en fonction des déclarations de l'intéressée ou des observations faites sur place.

    Cela étant, au vu des considérations qui précèdent, le Tribunal considère que l'estimation des empêchements subis par l'assurée dans ses activités habituelles, telle qu'elle a été effectuée par l'administration, ne saurait être critiquée et que lesdits empêchements ont été correctement fixés à 32%, d'où un degré d'invalidité de 17,6 % en ce qui concerne la tenue du ménage.

13. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté.

14. Il convient cependant de relever qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante, postérieure à la décision querellée du 18 mars 2004 et justifiant instruction, a été rendue plausible: de nouvelles pièces médicales établies et produites en juillet 2005 font en effet état d'une tuméfaction du genou gauche (diagnostic nouveau) depuis le mois de février 2005. Le Tribunal prend acte que l'intimé a proposé d'ouvrir une instruction concernant la période postérieure à la décision litigieuse.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

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