

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3903/2006

ATAS/127/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 6 février 2007

En la cause

Madame E _____, domiciliée , GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame E_____, née le 1961, mariée et mère de trois enfants, sans formation, était employée en tant qu'aide soignante par le Foyer X_____, depuis le 1^{er} décembre 1988.
2. A partir du 18 décembre 2001, l'assurée a présenté sans interruption des périodes d'incapacité de travail tantôt totale, tantôt partielle, en raison de douleurs dorsales et cervicales ainsi qu'aux poignets. L'employeur a mis fin aux rapports de travail en date du 31 octobre 2002.
3. Le 20 décembre 2002, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OCAI), tendant à l'obtention d'une rente et à l'octroi de mesures de rééducation dans la même profession. Elle faisait valoir qu'elle souffrait de fibromyalgie, de double hernie discale, d'atteinte des nerfs des tunnels carpiens et d'écrasement des disques cervicales, et ce depuis le 18 décembre 2001.
4. Par pli du 8 janvier 2003, l'assureur perte de gain en cas de maladie a transmis à l'OCAI, à sa demande, le dossier médical en sa possession. Il en ressortait notamment un rapport d'expertise établi le 3 juin 2002 par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, faisant état d'un léger syndrome déficitaire sensitif au membre inférieur droit lié à la hernie discale et d'une atteinte tronculaire du tunnel carpien à gauche. Le reste de la symptomatologie était probablement à mettre en relation avec des troubles somatoformes douloureux ou une fibromyalgie, ces éléments étant en partie confirmés par le fait que depuis quelques semaines le tableau s'était compliqué par la présence d'un état dépressif pour lequel le médecin traitant avait prescrit du Déroxat. Le Dr A_____ estimait qu'une reprise de travail à 50% dans l'activité d'aide-soignante était indiquée.
5. En date du 16 janvier 2003, l'OCAI a pris connaissance du questionnaire pour l'employeur, duquel il ressortait que l'assurée avait travaillé à raison de 32 heures par semaine depuis le 1^{er} août 1995, pour un salaire mensuel de 4'058.50 fr. (depuis le 1^{er} juillet 2002), son taux d'activité étant ainsi de 80%.
6. Dans un rapport à l'OCAI du 9 janvier 2003, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, a exposé qu'il suivait l'assurée depuis le 15 mars 2001. Elle souffrait de lombosciatalgies chroniques avec des signes volumineux d'hernie discale (depuis 2001) et de fibromyalgie aigue, de cervico-brachialgies chroniques, du syndrome du tunnel carpien gauche et d'un état dépressif depuis 2002. Dans l'annexe relative aux capacités fonctionnelles, il précisait que sa patiente présentait une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle, depuis le 1^{er} novembre 2002, et une capacité de travail de 50% dans une activité légère adaptée, lui permettant, notamment, d'alterner les positions assise et

debout et d'éviter les positions accroupie, à genou ou en inclinaison ainsi que le port de charges. Le Dr B _____ communiquait en même temps à l'OCAI un rapport d'une IRM lombaire effectuée le 13 juin 2001 par le Dr C _____, radiologue, qui faisait état d'une discopathie L4-L5 et L5-S1, avec un pincement prédominant en L5-S1, et d'une volumineuse hernie discale postéro-latérale droite L5-S1. Il joignait également deux courriers de la Dresse D _____, spécialiste FMH en neurologie, datés du 29 juillet 2002 et du 19 novembre 2002: l'assurée présentait des plaintes assez polymorphes, l'examen neurologique ne montrant pas de signes nets en faveur d'une atteinte centrale. Une atteinte bilatérale de sévérité moyenne du nerf médian dans le tunnel carpien, qui n'avait pas progressée depuis le mois de janvier 2002, était aussi observée. De manière générale, les nombreux examens réalisés, dont une ponction lombaire, avaient permis d'exclure bon nombre de pathologies neurologiques. La présence d'une hernie discale droite volumineuse L5-S1 pouvait toutefois expliquer les douleurs. Le tableau évoquait une fibromyalgie.

7. La Dresse D _____ a exposé à l'OCAI, en date du 20 janvier 2003, qu'elle suivait l'assurée depuis le mois de janvier 2002. Celle-ci se plaignait d'un état de fatigue importante ainsi que de douleurs dans les membres inférieurs prédominant à gauche, avec difficultés à la marche, de maladresse de la main gauche avec lâchages d'objets, de cervico-brachialgies gauches, de douleurs musculaires diffuses et de vertiges. La Dresse D _____ retenait les diagnostics de lombosciatique droite sur hernie discale L5-S1, de cervico-brachialgies gauches, d'un possible syndrome du défilé thoracique gauche, d'un syndrome du tunnel carpien gauche et d'une fatigue importante, et ce depuis le 18 décembre 2001. Le pronostic était réservé, les traitements prodigués ne produisant pas l'effet escompté. L'assurée présentait une incapacité de travail entière dans son ancienne activité ainsi que dans toute autre activité professionnelle, son absence de qualification ne lui permettant pas d'accomplir des travaux moins lourds physiquement.
8. Dans un rapport intermédiaire du 2 octobre 2003, le Dr B _____ a confirmé les diagnostics posés précédemment, l'état de santé de sa patiente étant stationnaire. L'assurée était toujours très plaintive dans le cadre de la fibromyalgie et le pronostic était mauvais. Il communiquait à l'OCAI toute une série de pièces médicales, à savoir un compte-rendu opératoire du 16 janvier 2003, qui faisait état d'une décompression chirurgicale du tunnel carpien gauche effectuée par le Dr E _____ à la "établissement hospitalier" et un rapport du 26 février 2004, établi par le centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des "établissement hospitalier", qui décrivait la présence de douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques au niveau cervical et lombaire, avec la mise en évidence à l'examen clinique de points de gâchette au niveau de la musculature cervico-scapulaire gauche et fessière droites signalant un syndrome myofacial responsable de la majeure partie des plaintes de la patiente. La présence d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec une volumineuse hernie discale était aussi

confirmée. Il joignait également un rapport du 19 mars 2003 du Dr Daniel MAY, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui signalait une - probable - sciatalgie S1 droite sur une hernie discale L5-S1, sans indication chirurgicale, et des cervicobrachialgies bilatérales à prédominance gauche ainsi que des céphalées de tension, et un courrier de la Dresse D _____ du 5 août 2003, relatant un status post-cure du tunnel carpien gauche avec amélioration des paramètres par rapport à la situation antérieure à l'intervention et un syndrome du tunnel carpien droit n'ayant pas progressé par rapport à l'examen précédent.

9. Par courrier séparé du même jour, le Dr B _____ a précisé, en réponse aux questions de l'OCAI sur le diagnostic de dépression évoqué dans le rapport initial, que l'assurée souhaitait suivre une psychothérapie et avait contacté, à cet effet, plusieurs praticiens afin d'obtenir un rendez-vous; toutefois, à Genève il était impossible de trouver un psychiatre disponible. En tant que médecin traitant, il lui avait prescrit un traitement antidépresseur, soit deux comprimés de Cipralax par jour.
10. Le Dr CLAIVAZ, du Service médical régional AI Léman (ci-après: le SMR), a résumé dans une note manuscrite du 22 octobre 2003, que l'assurée présentait des lombosciatalgies avec une hernie discale L5-S1, une fibromyalgie et une atteinte psychique de type dépression non définie. Il était nécessaire de déterminer le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide soignante, une description des limitations fonctionnelles éventuelles et une évaluation psychiatrique. Le cas étant relativement complexe, il paraissait nécessaire de confier une expertise au COMAI de Genolier.
11. En date du 7 janvier 2004, l'assurée a été examinée par la Dresse SAUDAN-KISTER, rhumatologue, et par la Dresse LOMIER-VIRET, psychiatre. Dans leur rapport bi-disciplinaire daté du 27 février 2004, les deux médecins ont exposé que l'assurée se plaignait de lombosciatalgies à droite depuis 2001, ainsi que de douleurs du membre supérieur gauche, diffusant sur toute la colonne, accompagnées de plaintes multiples (céphalées, fatigue, troubles de la concentration et du sommeil). Sur le plan somatique, les experts ont retenu des signes de dénervation-réinnervation chronique de la racine S1 droite en relation avec une grosse hernie discale paramédiane droite en L5-S1, pour laquelle il n'y avait pas d'indication opératoire selon le Dr MAY, neurochirurgien. Il existait aussi des signes électro-neuro-myographiques en faveur d'un tunnel carpien bilatéral, opéré à gauche début 2003. Par ailleurs, tous les points de fibromyalgie étaient positifs. En résumé, il convenait de poser les diagnostics de fibromyalgie, de lombosciatalgie S1 droite chronique, de status post tunnel carpien à gauche et tunnel carpien symptomatique à droite. Fonctionnellement, l'assurée ne pouvait pas beaucoup se déplacer ou rester longtemps debout en raison de troubles sensitifs très gênants du membre inférieur droit. Elle ne pouvait pas se pencher en avant, ni porter des charges, déplacer ou manipuler des patients lourds ou encore effectuer des

mouvements répétés. Sur le plan psychique, la thymie était bien équilibrée et aucun trouble psychique n'était observé; l'assurée s'occupait elle-même de son ménage, de ses trois enfants et d'activités diverses et avait une vie sociale diversifiée. Elle présentait un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique associée. En résumé, compte tenu des affections somatiques, l'assurée ne pouvait plus exercer son ancienne activité professionnelle d'aide-soignante, qui nécessitait la manipulation de patients lourds. En revanche, elle possédait une capacité de travail entière, dans une activité légère, qui respectait les limitations fonctionnelles observées.

12. Dans un rapport d'examen du 24 mars 2004, le Dr CHEVAUX du SMR a retenu une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle et une capacité de travail à 100% dans une activité légère adaptée. Une réadaptation apparaissait opportune.
13. Par courrier du 7 avril 2004, l'OCAI a informé l'assurée que les conditions d'octroi de mesures d'orientation professionnelle étaient réunies et qu'elle serait informée en temps utile des démarches ultérieures et de la date d'un premier entretien.
14. En date du 8 septembre 2004, le Dr B _____ a retourné à l'OCAI le questionnaire médical E 213, spécialement élaboré dans le cadre des accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne pour collecter les informations médicales des personnes ayant exercé une activité lucrative dans un pays membre de l'Union. Le médecin traitant a indiqué à cette occasion que sa patiente possédait une capacité de travail nulle dans toute activité.
15. Le 27 octobre 2004, l'assurée a eu un premier entretien avec le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI dans la perspective d'une reconversion professionnelle, à l'issue duquel il a été décidé de compléter l'instruction médicale du dossier avant de poursuivre l'orientation.
16. Le Dr Christian E _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a retourné à l'OCAI un rapport médical en date du 5 novembre 2004. L'assurée souffrait d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré à gauche avec une évolution lente et de douleurs invalidantes dans les activités courantes (ménage voire hygiène corporelle), dans le contexte de fibromyalgies. Elle ne pouvait plus travailler en tant qu'aide-soignante.
17. Dans un rapport intermédiaire daté du 12 décembre 2004, le Dr B _____ a exposé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis environ une année, les diagnostics étant toutefois demeurés les mêmes. L'assurée décrivait une augmentation des douleurs partout.
18. Le 8 février 2005, l'OCAI a sollicité l'avis du SMR, compte tenu, notamment, du dernier rapport médical du Dr B _____ faisant état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Dans une note du 22 février 2005, la Dresse F _____ du

SMR a confirmé les conclusions du SMR du 24 mars 2004, fondées sur l'expertise du COMAI de Genolier du 27 février 2004. En effet, l'aggravation alléguée par le Dr B_____ ne reposait sur aucun élément objectif et le Dr E_____ n'avait fait que confirmer l'incapacité de travail totale dans la profession d'aide-soignante. Partant, il n'y avait pas d'aggravation objective ni de nouvelle atteinte à la santé, et des mesures professionnelles pouvaient le cas échéant être mises en place.

19. A la suite d'un second entretien en date du 6 avril 2005, le service de réadaptation professionnelle a proposé la prise en charge par l'OCAI d'un stage d'orientation professionnelle, du 2 août 2005 au 30 octobre 2005, destiné à évaluer les capacités de l'assurée, à déterminer un projet professionnel et, le cas échéant, à trouver une entreprise formatrice (rapport de réadaptation professionnelle du 2 juin 2005).
20. Le 14 septembre 2005, la responsable de réadaptation de l'OCAI a consigné dans une note qu'au terme de sept semaines de stage, deux projets professionnels avaient été esquissés, soit celui d'une activité de téléphoniste et celui de vendeuse de bijoux. Il était par ailleurs apparu que l'assuré tenait des propos contradictoires, tantôt faisant état de son désir de travailler tantôt déclarant qu'elle était désormais incapable d'exercer une quelconque activité, compte tenu de sa fibromyalgie. Dans une note du 21 septembre 2005, il a été rapporté qu'un stage de téléphoniste dans un EMS avait été organisé, l'assurée ayant toutefois présenté un certificat médical attestant d'une incapacité de travail à 50%.
21. En date du 21 octobre 2005, le centre d'intégration professionnelle de l'OCAI a établi un rapport dans lequel il a été constaté que l'évaluation des capacités professionnelles de l'assurée n'avait pas pu être menée à son terme. La première partie de l'observation avait eu lieu en atelier, les capacités physiques de l'assurée s'étant révélées compatibles avec une activité légère, permettant l'alternance des positions et évitant les gestes répétitifs. Elle était apte à suivre une formation pratique en entreprise, complétée par des cours de français écrit. Des fluctuations de l'attention avaient été observées ainsi qu'une mise en avant systématique d'un état douloureux. Au moment de l'organisation de deux stages en entreprises, l'assurée a été mise en arrêt de travail à 50% par son médecin traitant. Après deux demi-journées de stage, il a été mis un terme à la mesure d'observation, l'assurée étant en incapacité de travail complète selon son médecin. Les résultats de l'observation en atelier demeuraient valables. Cependant, avant de poursuivre la réadaptation, des investigations médicales complémentaires devaient être mises en place.
22. L'OCAI a sollicité l'avis du Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et nouveau médecin traitant de l'assurée et de la Dresse H_____, psychiatre traitante, en date du 14 novembre 2005.

23. Dans un rapport du 2 décembre 2005, la Dresse H_____ a signalé qu'elle suivait l'assurée depuis le 14 septembre 2005, à raison d'une séance une fois par semaine, pour, notamment, un syndrome somatoforme persistant (F 45.4 fibromyalgie) et un trouble dépressif récurrent (épisode moyen). La thymie était triste et exprimait un manque d'énergie avec perte de l'initiative, une diminution de la confiance en soi et la présence d'idées noires. Un traitement antidépresseur ne pouvait pas être administré en raison d'un glaucome. Elle retenait une incapacité de travail à 100%.
24. Le Dr G_____ a exposé, en date du 24 janvier 2006, qu'il suivait l'assurée depuis le 3 février 2005, sa patiente souffrant d'un trouble somatoforme douloureux chronique (aussi syndrome fibromyalgique), accompagné de lombosciatalgies, de migraines et d'un état dépressif, qui s'était installé au fil des années, réfractaire à toutes sortes de thérapies. L'état de santé s'était lentement dégradé depuis 2002. L'octroi d'une rente lui paraissant la seule issue, la capacité de travail de l'assurée étant nulle.
25. A la demande de l'OCAI, la Dresse F_____ du SMR a indiqué dans une note manuscrite du 31 janvier 2006 qu'il y avait visiblement une aggravation subjective des douleurs, les deux derniers médecins interrogés attestant d'une incapacité de travail entière. Un nouvel examen bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) paraissait nécessaire.
26. Le 1^{er} février 2006, le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a mis fin au mandat de réadaptation, dès lors que le SMR avait décidé de mettre en place une nouvelle expertise.
27. Dans un avis du 16 mars 2006, le SMR a décidé de confier la nouvelle expertise au COMAI de Nyon, l'examen devant permettre de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'était objectivement aggravé depuis l'expertise du COMAI de Genolier, et de définir la capacité de travail dans une activité adaptée, l'activité antérieure n'étant plus exigible depuis le 18 décembre 2001.
28. Dans leur rapport du 23 juin 2006, la Dresse I_____, rhumatologue, et le Dr J_____, psychiatre, ont confirmé, en substance, que sur le plan somatique la situation clinique n'avait pas changé depuis l'évaluation effectuée par le COMAI de Genolier en janvier 2004. Une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée - ne comportant pas de port de charges au-delà de 8 kg, l'exposition au froid et la position en porte-à-faux, et permettant l'alternance des positions assise-debout -, devait être retenue. Dans l'activité habituelle d'aide soignante, la capacité de travail était nulle. Sur le plan psychique, les experts ont observé une aggravation de la symptomatologie. Les plaintes étaient beaucoup plus étendues, l'angoisse plus manifeste avec apparition, en particulier, de phobies, d'une anxiété plus diffuse et d'une réduction des plaisirs. Sur le plan objectif, l'attitude de l'assurée n'était plus la

même par rapport à 2004. Le discours était redondant, appauvri, ralenti et l'assurée ne s'est jamais animée ni montrée gaie comme lors de la première expertise. La mimique était pauvre, triste et il y avait un rétrécissement global de la personnalité. L'assurée présentait les critères d'un épisode dépressif avec syndrome somatique d'intensité au moins moyenne, sans que l'on puisse le qualifier de sévère. Il n'était pas possible de parler de trouble dépressif récurrent, compte tenu de l'histoire médicale. Sur le plan thérapeutique, l'efficacité du Jarsin devait être remise en question et la notion de glaucome devait être approfondie. La capacité de travail était réduite comme l'était le rendement. La capacité motivationnelle était diminuée en raison du trouble dépressif, et si en 2004 le tableau paraissait typique d'un trouble somatoforme douloureux, sans comorbidité psychiatrique, en 2006 le tableau dépressif prédominait sur l'ensemble. Il était difficile d'imaginer une capacité de travail significative dans le circuit économique normal, raison pour laquelle on pouvait la considérer nulle. Les médecins du COMAI ont diagnostiqué un épisode dépressif avec syndrome somatique d'intensité moyenne (CIM-10: F32.11), avec répercussion sur la capacité de travail, et une fibromyalgie, sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis 2005, la capacité de travail était nulle sur le plan psychique, dans toute activité. Des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles.

29. Dans un avis médical du 28 juillet 2006, la Dresse F_____, médecin-conseil, et le Dr K_____, psychiatre, tous deux médecins au SMR, ont considéré que, contrairement à l'avis des médecins du COMAI, les critères posés par la CIM-10 pour retenir l'existence d'un épisode dépressif moyen (F 32.1) n'étaient pas réunis, raison pour laquelle il convenait d'exclure la présence d'une maladie psychique invalidante. Il était tout au plus possible de parler d'humeur dépressive d'accompagnement aux douleurs. L'assurée présentait certes un trouble somatoforme douloureux, mais sans comorbidité psychiatrique, la jurisprudence estimant par ailleurs qu'un épisode dépressif moyen n'était pas suffisant. Partant, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était entière.
30. En date du 7 août 2006, l'OCAI a communiqué au conseil de l'assurée un projet de décision. Il était constaté que l'assurée était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle d'aide-soignante mais qu'elle possédait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En application de la méthode générale de comparaison des revenus, l'OCAI retenait un degré d'invalidité de 18.1%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Compte tenu de la démotivation de l'assurée, un reclassement professionnel financé par l'assurance-invalidité n'était pas justifié. Des objections éventuelles pouvaient être présentées dans un délai de trente jours, non prolongeable. Passé ce délai et sans nouvelles de la part de l'assurée, une décision sujette à recours, au contenu identique, serait notifiée.
31. Le 18 août 2006, à la demande de Me Monique STOLLER FÜLLEMANN, conseil de l'assurée, l'OCAI a communiqué une copie du dossier complet en sa possession.

32. En date du 12 septembre 2006, le conseil de l'assurée a demandé à l'OCAI une prolongation du délai de trente jours, qui a été refusée par retour de courrier.
33. Par décision du 20 septembre 2006, l'OCAI a rendu une décision de refus de rente qui reprenait les termes du projet de décision du 7 août 2006, vu l'absence de réaction de la part de l'assurée.
34. Le 29 septembre 2006, Me Karin BAERTSCHI, avocate, a informé l'OCAI qu'elle succédait à Me STOLLER FÜLLEMANN dans la défense des intérêts de l'assurée et qu'elle souhaitait à cet effet un délai pour se prononcer sur le projet de décision du 7 août 2006.
35. L'OCAI lui a répondu que le délai pour présenter des observations était déjà échu, la décision sujette à recours ayant été notifiée au précédent conseil de l'assurée en date du 20 septembre 2006.
36. Par courrier du 16 octobre 2006, l'assurée, par l'intermédiaire de Me BAERTSCHI, a formé opposition contre la décision du 20 septembre 2006. Elle reprochait à l'OCAI de s'être écarté des conclusions claires de l'expertise du COMAI du 23 juin 2006 et d'avoir retenu, à tort, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Elle produisait un courrier de la Dresse H_____ du 5 octobre 2006, confirmant le diagnostic d'épisode dépressif moyen, et un courrier du Dr G_____, du 11 octobre 2006, contestant l'appréciation médicale des médecins du SMR. L'assurée a conclu à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.
37. L'OCAI a transmis l'opposition de l'assurée au Tribunal cantonal des assurances sociales, en sa qualité d'autorité compétente pour statuer sur les recours contre les décisions de refus de prestations de l'assurance-invalidité.
38. Par courriers du 26 octobre 2006, le Tribunal de céans a d'une part invité la recourante à produire par retour de courrier la décision sujette à recours et d'autre part invité l'office intimé à présenter sa réponse ainsi que le dossier complet avant le 23 novembre 2006.
39. Par l'intermédiaire de son conseil, la recourante a communiqué au Tribunal de céans par pli daté du 31 octobre 2006 une copie de la décision querellée.
40. Dans sa réponse au recours du 17 novembre 2006, l'OCAI a fait valoir que la pathologie dépressive évoquée dans l'expertise du COMAI du 9 mai 2006 ne représentait pas un diagnostic spécifique car elle était intrinsèquement associée au trouble somatoforme douloureux. Quant au taux d'invalidité, l'OCAI relevait que compte tenu du statut mixte de l'assurée, une enquête économique sur le ménage était en principe nécessaire pour déterminer le degré d'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères. En l'espèce toutefois, une telle enquête

apparaissait superflue, dès lors que les limitations fonctionnelles constatées ne faisaient pas obstacle à la tenue du ménage. Partant, il convenait de retenir un degré d'empêchement nul dans la sphère ménagère. Quant au degré d'invalidité dans la sphère lucrative, il s'élevait à 36.51%, compte tenu d'un abattement de 10% sur les salaires statistiques. Au total ($36.51\% \times 80\% + 0\% \times 20\%$), l'assurée présentait un taux d'invalidité de 29%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Partant, le recours devait être rejeté et la décision de refus de rente confirmée.

41. Le Tribunal de céans a communiqué une copie de la détermination de l'intimé à la recourante, en date du 23 novembre 2006. 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 1^{er} 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. a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

c) En l'espèce, la décision litigieuse, du 20 septembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003

(4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 20 décembre 2002), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu; de la sorte, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. a) Le 1^{er} juillet 2006, est entrée en vigueur la nouvelle relative aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptée le 16 décembre 2005. Celle-ci a eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a notifié à la recourante un préavis de refus de rente, en date du 7 août 2006. Ce préavis a ensuite été confirmé par la décision du 20 septembre 2006, qui mentionnait, en application de ces nouvelles dispositions légales, la possibilité de faire recours au Tribunal cantonal des assurances sociales, dans les trente jours.

En application de l'art. 8 PA, auquel l'art. 55 al. 1 LPGA renvoie, c'est à juste titre que l'OCAI a transmis d'office au Tribunal de céans l'opposition de l'assurée,

formée en date du 16 octobre 2006, pour que celle-ci soit traitée comme un recours, le délai de trente jours étant ainsi réputé observé (art. 60 et art. 39 LPGA).

Partant, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA et art. 57a et 69 al. 1 LAI).

4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et susceptibles d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. a) 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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesure de réadaptation exigible. 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).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, 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 aLAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, il a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.
6. a) 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. 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).

b) 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).

7. En l'espèce, au plan somatique, les deux expertises établies par les COMAI de Genolier et de Nyon à deux ans d'intervalle, soit en février 2004 et en juin 2006, retiennent que la recourante présente des lombosciatalgies à droite chroniques, un status post tunnel carpien à gauche, un tunnel carpien symptomatique à droite, les plaintes formulées étant pour le surplus compatibles avec une fibromyalgie. Selon les deux expertises, la capacité de travail de l'assurée est nulle dans la profession habituelle d'aide soignante, mais entière dans une activité adaptée, sans port de charges au-delà de 8 kg, sans exposition au froid ou positions en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout. Ces conclusions reposent sur deux expertises complètes et convaincantes, dont la pertinence n'est mise en doute ni par l'OCAI ni par la recourante. Les conclusions des deux expertises COMAI rejoignent d'ailleurs celles du centre d'intégration professionnelle (CIP). Dans le rapport d'observation professionnelle du 21 octobre 2005, il a été observé que les capacités physiques de la recourante se sont révélées compatibles avec une activité légère, permettant l'alternance des positions et évitant les gestes répétitifs. Dans ces conditions, les avis divergents des médecins traitants (Drs B_____ et G_____), qui considèrent, sans l'étayer, que la recourante est totalement incapable de travailler dans toute activité, ne sauraient remettre en cause l'appréciation issue de deux expertises. En effet, s'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un

spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

b) Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Le Tribunal fédéral des assurances a retenu qu'il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4).

9. a) En l'espèce, les experts du COMAI ont clairement nié, dans la première expertise de 2004, l'existence d'une comorbidité psychiatrique, à côté du diagnostic principal de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4 incluant la fibromyalgie). Dans l'expertise de 2006, les médecins du COMAI ont observé une aggravation de la symptomatologie depuis 2004, et retenu un épisode dépressif avec syndrome somatique d'intensité au moins moyenne (F 32.11), les critères n'étant pas suffisamment intenses pour que la qualification de sévère puisse être donnée. Le psychiatre traitant de la recourante a aussi qualifié de moyen l'épisode dépressif de sa patiente (rapport médical AI de la Dresse H_____ du 2 décembre 2005).

b) Les médecins du SMR ont quant à eux considéré, dans leur avis du 28 juillet 2006, que les critères posés par la CIM-10 à l'égard d'un épisode dépressif moyen n'étaient pas réunis, raison pour laquelle le diagnostic de dépression posé par la deuxième expertise COMAI ne pouvait pas être retenu.

c) Le Tribunal de céans observe à ce sujet que la question du bien fondé du diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par la seconde expertise COMAI n'est pas déterminante pour l'issue du présent litige. En effet, même si l'on se fonde sur les conclusions de l'expertise du COMAI de 2006, force est de constater que la recourante souffre d'un épisode dépressif moyen - et non pas sévère -, qualifié au demeurant de non récurrent par le COMAI. Cela suffit pour exclure la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique importante, tant sous l'angle de l'acuité que de la durée, au sens de la jurisprudence. Cette solution se justifie d'autant plus que les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié du 5 octobre 2006, I 582/2005, consid. 2 et les références citées), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATFA non publié du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1; voir également Fauchère, A propos de l'article de Jean Pirrotta « Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité », in SZS/RSAS 2006 p. 135). En l'occurrence, l'épisode dépressif observé n'a pas précédé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, déjà posé en 2004 par la première expertise COMAI, mais apparaît plutôt comme étant une manifestation réactive.

d) On ne voit pas non plus que la recourante réunit en sa personne plusieurs des autres critères (ou du moins pas dans une mesure suffisamment marquée) consacrés par la jurisprudence qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

e) Certes il y a lieu de tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques dès lors qu'à la date déterminante, l'assurée souffrait depuis plusieurs années de douleurs diffuses, principalement de lombosciatalgies, mais aussi de

douleurs migratrices et au membre supérieur droit (rapport du COMAI du 23 juin 2006, p. 9-10). Cependant, cette symptomatologie ne l'empêche pas d'accomplir les activités ménagères légères (rapport du COMAI du 23 juin 2006, p. 13). Elle sort quotidiennement pour effectuer notamment des longues promenades et elle fait régulièrement des exercices en piscine ainsi que de la physiothérapie (rapport du COMAI du 23 juin 2006, p. 13). Elle maintient une vie de famille intacte (elle vit avec son mari et ses trois enfants, bien qu'elle se plaint de sa vie de couple) et elle voit une amie de temps en temps. L'assurée n'a donc à l'évidence pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. En tout état de cause, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie fait défaut, même si un retrait social plus grand est observé par rapport à 2004. On peut également douter que chez la recourante, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulte d'une libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En effet, les experts n'ont fait mention d'aucune source de conflit intra-psychique ni situation conflictuelle externe; des facteurs comme l'émigration ainsi que le faible degré de scolarisation et de formation professionnelle ont été évoqués, mais de façon si vague et si générale qu'il est impossible d'en apprécier la portée dans le cas de la recourante qui vit à Genève depuis longtemps sans difficultés d'intégration particulières. Il n'y a pas non plus lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, la recourante ne consulte un psychiatre que depuis une année (au moment de la décision querellée), le traitement médicamenteux prescrit devant d'ailleurs être remis en question selon les experts du COMAI.

f) Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique et durable des douleurs de la recourante, on doit nier - d'un point de vue juridique - qu'une mise en valeur de sa capacité de travail, jugée complète au plan somatique dans une activité adaptée, ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée d'elle ou qu'elle serait même insupportable pour la société. A cet égard, la reconnaissance d'une invalidité, dans une perspective thérapeutique psychosociale, échappe aux buts de la loi. Il y a dès lors lieu de s'écarter des conclusions des médecins du COMAI (expertise du 23 juin 2006) et de retenir que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail issue d'un trouble somatoforme douloureux. Elle est ainsi en mesure de reprendre une activité professionnelle à temps complet dans une activité adaptée qui tienne compte des contre-indications formulées par les experts au point de vue rhumatologique.

10. Il reste à évaluer le taux d'invalidité de la recourante.
11. a) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut 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. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003 : art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004 : art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

b) Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des 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).

c) En l'espèce, il ressort du questionnaire pour l'employeur que la recourante a travaillé en dernier lieu, en tant qu'aide soignante dans un EMS, à raison de 32 heures par semaine, et ce depuis le 1^{er} août 1995, suite à la naissance de son deuxième enfant. L'horaire de travail normal dans l'entreprise étant de 40 heures par semaine, son taux d'activité dans la sphère lucrative était de 80%, le reste du temps étant consacré aux travaux habituels (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). Il est aussi hautement vraisemblable, et au demeurant non contesté, que la recourante aurait continué à travailler en tant qu'aide soignante à 80%, si elle avait été en parfaite bonne santé. Le taux d'invalidité de la recourante doit par conséquent être évalué selon la méthode mixte.

12. a) S'agissant de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative, elle doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, indépendamment des effets engendrés par une perte de capacité dans la part vouée à l'accomplissement des travaux habituels (ATF 125 V 159 consid. 5c/dd). Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu obtenu effectivement dans cette activité (revenu sans

invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé).

b) Pour procéder à la comparaison des revenus selon l'art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité, soit au plus tôt en 2002, dès lors que la recourante n'a plus exercé son emploi depuis le 17 décembre 2001 (art. 29 al. 1 let. b LAI; ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

c) S'agissant du revenu sans invalidité, il sied de constater que le dernier salaire réalisé par la recourante en 2002 se montait à 4'058.50 fr. par mois (et non à 4'169 fr. comme retenu par erreur par l'OCAI en se référant au salaire que la recourante aurait réalisé en 2003). Ce salaire était versé douze fois l'an selon le questionnaire pour l'employeur, auquel s'ajoutait une gratification annuelle, se montant à 3'016.90 fr. en 2003. Annualisé, le dernier salaire réalisé par la recourante, sans invalidité, s'est élevé à 51'718.90 fr.

d) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, compte tenu de l'activité adaptée de substitution que pourrait exercer la recourante, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé toutes branches économiques confondues, qui s'élevait en 2002, à 3'820 fr. par mois, soit à 80%, un salaire de 3'056 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, [ESS], p. 43, TA1). Annualisé, le salaire est de 36'672 fr. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures: Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale de travail dans les entreprises (DNT)), ce montant doit être porté à 38'231 fr, le calcul présenté par l'OCAI en annexe à sa détermination étant ainsi à cet égard correct (pièce 114 OCAI). En procédant à un abattement de 10 % sur ce salaire statistique (ATF 126 V 78 consid. 5), afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée et du taux d'activité réduit, on obtient un revenu d'invalidé de 34'408 fr.

e) Le taux d'invalidité dans la sphère lucrative s'élève ainsi à 33.47% ($[51'718.90 - 34'408] \times 100 : 51'718.90 = 33.47\%$).

13. a) Pour déterminer le degré d'empêchement dans la sphère ménagère, l'on applique en règle générale la méthode spécifique de comparaison des champs d'activités, à l'aide d'une enquête ménagère. En l'espèce, l'OCAI n'a pas procédé à une telle enquête.

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il

est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

c) En l'espèce, il ressort de la première expertise COMAI, que l'assurée assumait toutes les tâches ménagères et s'occupait des repas, en se faisant aider par le mari pour les courses (page 14, expertise COMAI du 27 février 2004). Aucune incapacité particulière dans ce domaine n'a été retenue (cf. page 23 du même rapport). Dans le rapport d'expertise de 2006, les médecins du COMAI ont fait état des plaintes de la recourante en relation avec la tenue du ménage, notamment de difficultés pour refaire les lits, porter des objets lourds ou soulever les bras pour prendre des objets. Au plan somatique, les conclusions de la seconde expertise rejoignent toutefois entièrement celles de la première, la recourante devant éviter le port de charges supérieures à 8 kg, les positions en porte-à-faux et l'exposition au froid, et devant pouvoir alterner les positions.

d) Dans une affaire concernant une assurée qui ne pouvait pas porter de charges lourdes et devait éviter la station debout, le Tribunal fédéral des assurances a ratifié un degré d'empêchement de 10% dans la sphère ménagère, établi à l'aide d'une enquête économique. Dans cette même affaire, le degré d'empêchement médico-théorique, tel qu'il ressortait des expertises médicales, était de 20% s'agissant des travaux habituels (ATFA non publié, I 735/04, du 17 janvier 2006). Dans le cas d'une assurée qui souffrait de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne vertébrale lombaire, suspicion de fibromyalgie, état anxio-dépressif, douleurs bilatérales aux mains et aux poignets sur rhizarthrose bilatérale ainsi que de gonalgies chroniques sur gonarthrose, et dans lequel le médecin avait, d'une part, admis une capacité fonctionnelle en position assise (3-4 heures/jour) et debout (2-3 heures/jour), avec alternance des positions assis/debout et alternance assis/debout/marche, les positions à genoux ou accroupie étant toutefois contre-indiquées et, d'autre part, nié toute capacité dans d'autres domaines (parcours à pied, utilisation des 2 bras - mains complète, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, horaire de travail irrégulier/de nuit/matin, travail en hauteur/sur une échelle, déplacements sur sol irrégulier ou en pente), le Tribunal fédéral des assurances a admis le résultat de l'enquête économique, selon laquelle l'incapacité dans le ménage était de 30 % (ATFA non publié, I 257/04, du 17 mars 2005). Or, dans cette dernière affaire, les limitations fonctionnelles observées étaient bien plus importantes que dans le cas d'espèce.

e) Par analogie avec les cas de comparaison et sur la base des rapports médicaux, on peut considérer que dans le cas d'espèce les empêchements dans le ménage ne sauraient excéder 30 %. En retenant un tel degré d'empêchement, la recourante

présenterait un taux d'invalidité globale inférieur à 40 % ($[33.47\% \times 0.8] + [30\% \times 0.2] = 32.77\%$), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente.

f) Par surabondance de moyens, il convient d'ajouter que même dans l'hypothèse d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, qui ne pourrait en aucun cas être supérieur compte tenu du fait que la recourante est relativement jeune, qu'elle est bien intégrée en Suisse, pays dans lequel elle réside depuis 1984, et qu'elle est au bénéfice d'un permis C, le taux d'empêchement dans la sphère lucrative serait de 37.16%, soit un taux d'invalidité global de toute manière inférieur à 40% ($[37.16\% \times 0.8] + [30\% \times 0.2] = 35.72\%$).

14. En conséquence, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, le Tribunal de céans considère qu'il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'OCAI pour complément d'instruction sous forme d'une enquête ménagère.
15. Eu égard aux explications qui précèdent, le taux d'invalidité de la recourante est inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente. La décision querellée n'étant ainsi pas critiquable dans son résultat, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté.

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

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.
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

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI
RIZZI

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