RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3945/2006 **ATAS/7/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 9 janvier 2007

En la cause

Madame A_____, domiciliée , ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MARTIN Jean-Jacques	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____, née en 1952, travaillait à temps partiel (2,5 heures par jour) en qualité de nettoyeuse pour l'Entreprise Générale de Nettoyage X_____. Elle s'occupait le reste du temps de la tenue de son ménage.

2. En date du 31 janvier 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), en raison notamment d'une fibromyalgie. Dans le cadre de l'instruction de l'affaire, l'OCAI a rassemblé diverses attestations médicales.

3. Dans un rapport du 24 février 2003, le Dr A_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère, sans caractéristique psychotique, depuis le mois d'octobre ou de novembre 2000. L'incapacité de travail avait été totale pour des problèmes psychiques du 1er novembre au 9 décembre 2001. Le pronostic était favorable et l'évolution se faisait lentement vers une amélioration non négligeable.

4. Dans un rapport du 18 février 2003, le Dr B_____, médecin-traitant interniste, a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral, opéré à gauche, un conflit acromio-claviculaire de l'épaule droite, ainsi qu'un état dépressif. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient en outre les suivants : HTA labile avec poussées sévères, obésité, état dépressif, lésions cutanées, apnées du sommeil. L'incapacité était totale depuis le 4 septembre 2002. Aucune activité n'était compatible avec l'état de santé de la patiente.

5. Dans un rapport du 4 mars 2003, la Dresse C_____, rhumatologue, a diagnostiqué des cervico-lombalgies chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique depuis 2001, un status post-opération pour tunnel carpien gauche en septembre 2002, une périarthrite scapulo-humérale gauche chronique. La patiente présentait une incapacité totale de travail depuis le 4 septembre 2002 et l'état de santé s'aggravait.

6. L'assurée a été soumise à une expertise multidisciplinaire effectuée au Centre d'expertise médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Les experts ont reçu l'assurée le 11 février 2005; l'examen psychiatrique s'est déroulé le 10 mars 2005 et l'examen rhumatologique le 14 mars 2005. Le collège des experts a diagnostiqué un syndrome de fibromyalgie modéré, des dorsolombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, un conflit sous-acromial modéré de l'épaule gauche, une rhizarthrose gauche débutante, une dysthymie, ainsi qu'un diabète de type II avec polyneuropathie. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : obésité, syndrome d'apnée du sommeil léger, mastocytose cutanée, hypertension artérielle, stéatose hépatique. L'ensemble des atteintes (épaule gauche, rachis dorsolombaire, main

gauche) limitait l'assurée dans l'exécution d'activités physiques lourdes, notamment dans le soulèvement et le port de charges lourdes, surtout en porte-à-faux pour le rachis. Le maintien d'une position prolongée fixe était mal toléré. L'assurée était également limitée dans les manipulations avec la main gauche et la présence d'une polyneuropathie périphérique ralentissait et rendait la marche sur un terrain inégal non sûre. Sur le plan psychique, en raison de la chronicisation des troubles psychiques avec fatigue et perte de l'élan, elle n'était plus apte à un travail à temps complet. Sur le plan physique, c'était les douleurs ainsi que la fatigue qui limitaient son activité physique. L'activité exercée jusqu'alors était possible à raison de 6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 70 % en raison du ralentissement au travail et des temps de repos nécessaires. Au vu des plaintes ostéo-articulaires, l'assurée avait tout avantage à se réadapter dans une activité moins physique que celle de femme de ménage. Il fallait éviter le port de charges au-delà de 10 kg et les mouvements de flexion et d'extension du tronc; l'assurée devait en outre avoir la possibilité de s'asseoir ou de se lever à son gré. Elle pouvait également travailler dans une activité physiquement légère comme par exemple dans un travail industriel léger où elle aurait la possibilité de s'asseoir ou de se lever à son gré, sans port de charges répétitif au-delà de 10 kg, à raison de 8 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20% en raison d'une fatigabilité accrue (rapport du COMAI du 20 mai 2005).

7. Dans un rapport sans examen clinique du 6 juillet 2005, le SMR Léman, service médical de l'assurance-invalidité, a constaté que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le Dr D_____a formulé les remarques suivantes : " En l'absence de pathologies rhumatismale et psychiatrique clairement objectivables, dont les conséquences sont minimes, nous ne pouvons pas suivre les experts du COMAI dans leur appréciation de la baisse de rendement supplémentaire et, de ce fait, admettons une capacité de travail de 80 % dans la profession de nettoyeuse et de 100 % dans une activité adaptée".

8. En date du 7 septembre 2005, une enquête économique sur le ménage a été conduite au domicile de l'assurée. Cette dernière a déclaré que sans invalidité, elle travaillerait à un taux de 50 %. L'infirmière de l'OCAI a constaté un taux de 32,2 % d'invalidité dans la tenue du ménage (cf. rapport d'enquête économique du 7 septembre 2005).

9. Par décision du 22 septembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle présentait une incapacité de travail de 20 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 32,2 % dans son activité ménagère. De la comparaison des revenus avant et après invalidité, pondérée par le taux d'invalidité dans la tenue du ménage, découlait un taux d'invalidité global de 26 %, n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité.

10. Par courrier du 17 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision, demandant à pouvoir consulter le dossier et formant une demande d'assistance juridique pour la procédure d'opposition devant l'OCAI.

11. Par décision du 27 avril 2006, l'OCAI a refusé la demande d'assistance juridique au motif qu'un examen prima facie du dossier permettait d'estimer que les perspectives d'obtenir gain de cause dans la procédure d'opposition étaient notablement plus faibles que les risques de se voir notifier un rejet.

12. Par décision du 27 septembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, se référant à l'avis du SMR Léman, selon lequel l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail entière dans une profession adaptée et une capacité de 80 % dans la profession de nettoyeuse.

13. Par courrier du 27 octobre 2006, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'ordonnance d'une nouvelle expertise psychiatrique, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 31 janvier 2003. Elle a fait valoir que son état de santé ne cessait de s'aggraver et justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. De surcroît, son état dépressif ne s'était pas amélioré depuis l'expertise du COMAI et il était probable qu'elle ait développé un trouble dépressif majeur, qui rendait une nouvelle expertise nécessaire. Enfin, s'agissant de la fibromyalgie, elle a fait valoir qu'elle était invalidante au regard des critères jurisprudentiels posés par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) et que dès lors, elle présentait une incapacité totale de travail qui ouvrait droit à une rente entière d'invalidité.

14. Dans sa réponse du 9 novembre 2006, l'intimé a relevé qu'une nouvelle expertise psychiatrique était inutile dans la mesure où, si une aggravation de l'état de santé était constatée, elle devrait faire l'objet d'une demande de révision.

15. Par courriers du 17 novembre 2006, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il gardait la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 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 de céans connaît en instance unique des contestations prévues par 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 fédérale 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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 27 septembre 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne 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).

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

5. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante ouvrent droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine

d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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).

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).

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le TFA a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa

durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

7. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de

l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment

déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

b) Selon l'art. 28 al. 2 bis LAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1; du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2; du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 ter LAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'alinéa 2 bis pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 du règlement de l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

8. 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). 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, ces données 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 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).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l’administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

   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)

9. a) En l'occurrence, se trouvent au dossier :

- un rapport du 24 février 2003 du Dr A_____, selon lequel la patiente, présentant un trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère, sans caractéristique psychotique, depuis le mois d'octobre ou de novembre 2000, sous pronostic favorable, s'était trouvée en incapacité totale de travail pour des problèmes psychiques du 1er novembre au 9 décembre 2001,

- un rapport du 18 février 2003 du Dr B_____, selon lequel les diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral, opéré à gauche, de conflit acromio-claviculaire de l'épaule droite et d'état dépressif rendait la capacité de travail nulle pour toute activité,

- un rapport du 4 mars 2003 de la Dresse C_____, selon lequel les cervico-lombalgies chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique depuis 2001, le status post-opération pour tunnel carpien gauche en septembre 2002 et la périarthrite scapulo-humérale gauche chronique entraînaient une incapacité totale de travail depuis le 4 septembre 2002,

- un rapport d'expertise multidisciplinaire du COMAI du 20 mai 2005, selon lequel l'activité de femme de ménage est possible à raison de 6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 70 % et une activité physiquement légère, telle celle d'un travail industriel léger où la recourante aurait la possibilité de s'asseoir ou de se lever à son gré, sans port de charges répétitif au-delà de 10 kg, est possible à raison de 8 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20% en raison d'une fatigabilité accrue.

- un rapport d'enquête économique sur le ménage du 7 septembre 2005, selon lequel la recourante présente un taux de 32,2 % d'invalidité dans la tenue de son ménage.

Le Tribunal retiendra tout d'abord que l'expertise multidisciplinaire du COMAI répond à toutes les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître pleine valeur probante; ses conclusions sont convaincantes et seront suivies, malgré l'avis des médecins traitants dont la valeur probante est moindre compte tenu de la relation particulière qui les unit à leur patient. Il convient par conséquent de constater que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20% en raison d'une fatigabilité accrue.

S'agissant de la demande de nouvelle expertise psychiatrique de la recourante, elle doit être rejetée, car celle-ci n'a pas rendu plausible d'aggravation de sa santé psychique.

b) Dès lors il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité global de la recourante, soit dans son activité professionnelle et dans la tenue de son ménage.

Avant l'invalidité, elle travaillait en tant que nettoyeuse à raison de 2,5 heures par jour durant 5 jours par semaine pour un salaire horaire de 17 fr. 50. Cependant, elle a déclaré lors de l'enquête à domicile que sans invalidité, elle exercerait son activité à un taux de 50%. Ces déclarations faites à l'occasion de l'enquête à domicile, alors que l'assurée ignorait leur portée juridique, doivent être considérées comme vraisemblables et il y a lieu de tenir pour établi que la recourante aurait, sans invalidité, travaillé à 50%. L'année de référence pour la comparaison des revenus est l'année 2003, année d'ouverture d'un éventuel droit à une rente d'invalidité, compte tenu du délai de carence de 12 mois de l'art. 29 LAI.

Pour le revenu avant invalidité, il convient de se référer au questionnaire de l'employeur du 3 février 2003, selon lequel la recourante gagnait 17 fr. 50 par heure en 2003. Si elle avait travaillé à 50%, il faut considérer que le nombre d'heures effectuées se serait élevé à 22 heures, compte tenu de la durée de travail de 44 heures hebdomadaires dans la branche du nettoyage (cf. convention collective de la branche) et son salaire se serait dès lors élevé à 20'020 fr. (17,5 x 22 x 52 semaines = 20'020).

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2002 TA 1), le salaire mensuel s'élève pour les femmes à 3'820 fr. en 2002. Dans cette catégorie, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne requièrent aucune formation professionnelle. Compte tenu de l'horaire de travail de 41,7 heures habituelles dans les entreprises (La Vie économique, 3-2006, tableau B9.2, p. 90), le salaire annuel doit être fixé à 47'788 fr. 20 (3'820 x 12 = 45'840 / 45'840 : 40 x 41,7 = 47'788,20). Il y a encore lieu de réactualiser ce montant à l'année 2003. Le calcul est le suivant : indice 2003 (2334) divisé par indice 2002 (2296) = 1,016 x 47'788 fr. 20, ce qui représente un revenu annuel de 48'579 fr. 10, qu'il convient de diviser par deux compte tenu du taux d'activité de la recourante. Le revenu d'invalide est de 24'289 fr. 55 auquel il y a lieu encore de retrancher 20% de diminution de rendement, ce qui représente un revenu de 19'431 fr. 64.

En raison des limitations fonctionnelles, il est possible de diminuer le revenu d'invalide de 10%, compte tenu du fait que la fatigabilité de la recourante a déjà été prise en considération dans la diminution de rendement de 20% reconnue par les médecins du COMAI, ce qui correspond à un revenu d'invalide de 17'488 fr. 50.

En procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité, on aboutit à un taux d'invalidité de 12,65 %, ([(20'020 fr. - 17'488 fr. 50) x 100] : 20'020 fr. = 12,65 %).

Il s'agit dès lors de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{E \times IE + ([EZ - E] \times H)}{EZ}$$

E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par semaine
IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent
EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine
H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Le calcul à effectuer est donc le suivant : [20,85 x 12,65 + ([44 – 20,85] x 32,2)] : 44] = 22,93 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours mal fondé 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. Condamne la recourante à un émolument de procédure de 200 fr.

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 :

Frédérique GLAUSER

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