REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/50/2006 **ATAS/295/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 28 mars 2006

En la cause

Madame Y.S._____, domiciliée rue_____, 1217 MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DUCOR Philippe	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

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

EN FAIT

1. Madame Y.S._____, ressortissante suisse née en 1948, a travaillé en dernier lieu en tant qu'employée à la production pour G.G.G._____ SA du 1er mars 1985 au 31 mai 2004. Son horaire de travail a été réduit à 27 heures par semaines dès 1990, puis à 26 heures par semaine dès 2001 pour des motifs personnels.

2. Dès le 13 mai 2002, elle a été totalement incapable de travailler. La HELSANA ASSURANCES SA lui a alloué des prestations pour perte de gain jusqu'au 12 mai 2004.

3. Le 19 décembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), visant à l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

4. Dans un rapport du 7 janvier 2003, le Dr A._____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée depuis décembre 2002, a diagnostiqué des polyarthralgies existantes depuis mars 2002 et ayant nécessité une acromioplastie de l'épaule gauche. Il a également constaté des douleurs électives à la palpation des articulations MPC et IPP ainsi que des douleurs à l'étreinte métatarsophalangienne. Le bilan radiologique du bassin et des mains, de même que le bilan biologique, étaient dans la norme. Ce médecin a réservé son pronostic pour l'épaule gauche et a relevé la présence d'un syndrome inflammatoire pour lequel une investigation était en cours. Selon lui, l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis mars 2002 ; son état de santé était stationnaire.

5. Le 15 janvier 2003, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a rendu un rapport dans lequel il a indiqué que l'assurée présentait une polyarthralgie avec un syndrome inflammatoire en cours d'investigation, une cervicarthrose importante, une arthrose scapulo-humérale, une importante pathologie des coiffes des rotateurs bilatérale et une maladie de Ménière. Il a expliqué que l'assurée souffrait depuis environ cinq ans de cervicalgies importantes, de douleurs des épaules bilatérales, d'une impossibilité d'élever les bras au-delà de 40 degrés sans douleur ainsi que de douleurs des ceintures pelviennes. Depuis début 2002, elle s'était plainte de plus en plus souvent d'une impotence fonctionnelle de son épaule gauche, raison pour laquelle une plastie de la coiffe des rotateurs de cette épaule avait été pratiquée le 16 mai 2002 par le Dr S._____. Toutefois, malgré cette intervention, l'évolution était restée extrêmement difficile avec une perte de la mobilité de l'épaule gauche ainsi que des douleurs dans le membre supérieur droit. Ce médecin a conclu que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1er mai 2002 et que son état s'aggravait du fait de la péjoration de ses douleurs aux ceintures scapulaires et pelviennes dans un contexte probable d'une pathologie rhumatismale inflammatoire séronégative sous-jacente. Il a par ailleurs indiqué que la capacité de travail de l'assurée ne

pouvait pas être améliorée par des mesures médicales ; des mesures professionnelles étaient en revanche indiquées. Il a au surplus précisé que son pronostic était sombre, du fait que la reprise d'une autonomie par l'assurée lui semblait difficile, celle-ci ayant souvent recours à l'aide de son mari pour s'habiller, accomplir des tâches journalières ou simplement porter des objets courants à cause de ses atteintes articulaires.

En complément à ce rapport figurait la copie d'un avis établi le 3 janvier 2003 par la Dresse G._____, spécialiste en neurologie. Selon cette spécialiste, l'assurée avait constaté une amélioration de ses brachialgies gauches depuis son opération du 16 mai 2002. Des douleurs avaient toutefois persisté, notamment dans la région paracervicale gauche, et irradiaient dans la face postérieure du membre supérieur gauche vers le médius et l'annulaire avec un sentiment de brûlure. La douleur était exacerbée lorsqu'elle devait faire un effort avec ce membre, en particulier lors de mouvements de nettoyage et elle avait l'impression d'avoir perdu de la force par rapport à avant l'intervention. Ce médecin a relevé que l'assurée souffrait de céphalées de longue date, de lombalgies irradiant dans les membres inférieurs de façon prédominante à gauche, qu'elle avait des problèmes de concentration et qu'elle n'arrivait plus à lire en raison d'un sentiment vertigineux et d'un trouble de la vue. Elle était suivie à cet égard pour un glaucome qui était bien contrôlé. Une IRM cervicale et un scanner cervical réalisés le 20 septembre 2002 avaient par ailleurs mis en évidence une sténose moyennement sévère du canal radiculaire C6-C7 gauche, une uncarthrose et une discopathie. L'examen électroneuromyographique pratiqué sur l'assurée n'avait quant à lui pas apporté d'arguments en faveur d'une atteinte nerveuse périphérique radiculaire ou centrale ; il avait en revanche révélé un syndrome du tunnel carpien gauche modéré. Cette spécialiste a estimé que les douleurs résiduelles du membre supérieur gauche étaient en grande partie séquellaires à la rupture de la coiffe des rotateurs gauches, précisant toutefois qu'elle n'excluait pas une composante de cervico-brachialgies C7. Elle a enfin considéré qu'en cas de non amélioration des douleurs de l'assurée, le bilan devrait être complété par une IRM cérébrale, afin de s'assurer de l'absence de lésion organique cérébrale, bien qu'il puisse s'agir de troubles somatoformes dans le cadre d'un état anxio-dépressif.

Au rapport du Dr C._____- était également joint un questionnaire concernant la réinsertion professionnelle dans lequel il a indiqué que l'assurée était totalement incapable de travailler dans son ancienne profession depuis mai 2002 et que la diminution de son rendement était totale du fait qu'elle ne pouvait pas bouger les épaules. Selon lui, une autre activité, comme par exemple un emploi de bureau ne nécessitant pas d'élévation des bras, était exigible, bien qu'il ne puisse pas évaluer dans quelle mesure. Ce médecin a par ailleurs estimé que l'assurée était capable de rester assise 5 à 7 heures par jour, de marcher un kilomètre ainsi que d'alterner les positions assise et debout. Elle ne pouvait en revanche pas rester debout, se mettre à genoux ou accroupie, utiliser ses épaules, porter des charges et

travailler dans le froid. Selon ce spécialiste, la motivation de l'assurée pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel était bonne, bien que le taux d'absentéisme prévisible dû à son état de santé soit important.

6. Dans un rapport du 6 octobre 2003, le Dr S._____, médecin traitant de l'assurée spécialisé en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué des douleurs polyarticulaires avec des symptômes un peu plus marqués au niveau des épaules, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une rupture du sus-épineux gauche existantes depuis 2000. Il a estimé que la pathologie de l'assurée était étroitement liée à son activité professionnelle, notamment le port de plateaux lourds en porte à faux. Il a par ailleurs relevé que, suite à son opération, l'assurée avait senti une amélioration mais qu'elle avait progressivement développé un syndrome polyarticulaire inflammatoire. Selon ce médecin, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 13 mai 2002 ; son état de santé était stationnaire. Sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales sur le plan orthopédique ; des mesures professionnelles étaient en revanche indiquées dans le cadre d'un travail sans port de charges en porte à faux. Ce médecin a pour le surplus réservé son pronostic et indiqué que la reprise du travail par l'assurée devait être évaluée en fonction de l'évolution de son syndrome inflammatoire.

   Dans un questionnaire concernant la réinsertion professionnelle annexé à son rapport, le Dr S._____ a estimé que l'assurée ne pouvait plus exercer son ancienne activité professionnelle et qu'elle présentait une diminution de rendement de 100%. Il a toutefois considéré qu'une autre activité serait possible, selon l'évolution de son syndrome inflammatoire, à condition d'éviter les travaux nécessitant le port de charges.

7. Dans un rapport d'expertise rendu le 10 décembre 2004 à la demande du Service médical régional du Léman (SMR Léman), le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué un syndrome inflammatoire, précisant toutefois que, sur le plan clinique et radiologique, il ne disposait pas d'arguments évocateurs d'une polyarthrite, notamment rhumatoïde. Il s'agissait dès lors d'un tableau de type fibromyalgique, tous les points classiques étant présents à la pression. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était de plus de 80% au vu de ce seul diagnostic et de l'absence de limitation fonctionnelle significative, hormis celles occasionnées par la douleur. Ce médecin a toutefois observé chez l'assurée des cervicalgies sur discopathies C4-C5 et C5-C6 débutantes, un status après une acromioplastie et une suture du sus-épineux gauche avec une limitation peu spécifique, bien qu'un peu plus marquée de l'épaule gauche, notamment aux mouvements au-delà de l'horizontale, une probable maladie de Ménière, un glaucome bilatéral et un status après rectorragies sur une colite ischémique. Il a ainsi estimé qu'en tenant compte de l'âge de l'assurée, de la limitation subjective provoquée par le syndrome douloureux ainsi que de ses autres affections, il n'était pas raisonnable d'exiger d'elle une capacité de travail de plus de 50% dans une

activité permettant d'alterner les postures, de ne pas utiliser les bras au-dessus de l'horizontale et de ne pas porter de charge. Un travail très voisin de celui qu'elle exerçait par le passé, comme une activité de conditionnement de produits légers ou un travail sur une chaîne de montage, était ainsi possible à mi-temps. Ce médecin a au surplus relevé qu'une investigation dans la sphère psychiatrique révèlerait probablement un état dépressif ; il n'avait toutefois pas l'impression que celui-ci serait sévère ou qu'il s'associerait à une autre comorbidité.

8. Le 18 janvier 2005, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage lors de laquelle l'assurée a déclaré que, en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative de la même façon qu'au moment de son arrêt de travail, soit à raison de 63%. L'enquêtrice a relevé que l'assurée passait beaucoup de temps à la préparation des repas avant ses problèmes de santé, qu'elle avait depuis lors beaucoup simplifié sa manière de faire et que son mari l'aidait dans cette tâche. Une femme de ménage se chargeait par ailleurs de l'entretien du ménage et son mari, au bénéfice d'une rente AI depuis 1995, s'occupait la plupart du temps des courses et des lessives. L'enquêtrice a ainsi estimé que l'assurée présentait un taux d'empêchement de 28%. Elle a au surplus relevé que celle-ci paraissait sincère dans l'expression de sa souffrance mais qu'il était difficile d'évaluer les empêchements qu'elle rencontrait au quotidien puisque c'était la peur de provoquer des douleurs qu'elle aurait du mal à calmer qui la retenait d'effectuer la plupart des tâches domestiques.

9. Par décision du 19 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité de l'assurée n'atteignait pas le seuil légal minimum de 40%.

10. Par courrier du 4 février 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision, faisant valoir que son état de santé se détériorait et qu'une hospitalisation était déjà prévue.

11. Le 19 avril 2005, le Dr C._____ a indiqué par courrier qu'il était d'avis que l'assurée présentait un état dépressif majeur occasionné par les douleurs qu'elle endurait depuis plusieurs années. Selon lui, elle n'était toujours pas apte à travailler et une rente d'invalidité de 50% lui semblait justifiée. Il a joint à son courrier la lettre de sortie de l'Hôpital Cantonal de l'assurée ainsi qu'un rapport du Dr S.____.

    Dans leur rapport établi le 3 mars 2005 suite à une hospitalisation du 10 au 19 février 2005, les Dr G._____, G._____ et J._____ du service de rhumatologie des HUG ont diagnostiqué chez l'assurée des vertiges chroniques, un glaucome primaire à angle ouvert traité, une cervicarthrose C4-C5 à droite, un tunnel carpien gauche infra-clinique à l'ENMG et un status post-colite ischémique du côlon gauche en 2003. Ces médecins ont également estimé qu'au vu des bilans biologique, radiologique et anamnestique ainsi que devant l'absence de réponse aux différents traitements immuno-modulateurs et biologiques effectués en ambulatoire,

peu d'arguments allaient dans le sens d'une polyarthrite rhumatoïde. Ils ont dès lors conclu à une fibromyalgie, tous les points étant positifs. Rien n'indiquait au surplus qu'un état dépressif majeur y était associé.

Dans un rapport daté du 4 mars 2005, le Dr S._____ a observé chez l'assurée des douleurs au niveau des différentes insertions musculaires notamment au niveau du coude, des sterno-claviculaires, de l'angulaire de l'omoplate ainsi qu'un état de fatigue. Il a toutefois affirmé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur tous ces symptômes et qu'il serait dès lors indiqué de demander l'avis du Dr A._____. Il a par ailleurs estimé qu'il n'était pas raisonnable que l'assurée reprenne son ancienne profession à mi-temps.

12. Le 6 juin 2005, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et médecin traitant de l'assurée depuis avril 2005, a observé chez celle-ci un état dépressif sévère devenu chronique et une fibromyalgie invalidante présents depuis 2000. Elle a relevé que l'assurée se plaignait de troubles du sommeil, d'une apathie, de troubles de la communication, de fatigue et de douleurs diffuses partout dans le corps. Selon ce médecin, elle ne présentait pas de troubles de la lignée psychotique. Elle a par ailleurs indiqué que l'assurée avait besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie depuis 2003 et que sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles n'étaient au surplus pas indiquées. Selon cette spécialiste, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 13 mai 2002 et son état de santé s'aggravait ; son pronostic était mauvais.

    Dans un questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, la Dresse G._____ a précisé que les troubles de l'assurée n'étaient pas influencés par des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale et qu'ils n'étaient pas apparus en réaction à des évènements de vie adverses. Son incapacité de travail était donc uniquement due à des affections physiques ou mentales.

13. Le 21 juillet 2005, le Dr C._____ a fait parvenir à l'OCAI un rapport d'examen établi le 25 février 2005 par les Dr. G._____, L._____ et B._____ du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des HUG. Selon ces médecins, l'anamnèse de l'assurée évoquait une maladie de Ménière à gauche, bien qu'il soit curieux qu'elle conserve un audiogramme tonal normal après une évolution de 10 ans. Cette affection n'était dès lors pas symptomatique au moment de l'examen.

14. Dans un rapport d'expertise rendu le 7 octobre 2005 dans le cadre du SMR Léman, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie, a diagnostiqué un possible trouble de l'adaptation accompagné d'une réaction mixte anxieuse et dépressive, prolongée et compensée, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Selon lui, ce

trouble était apparu en réaction à la chronicisation d'une symptomatologie somatique de type douloureux et à la mauvaise réponse aux stratégies thérapeutiques essayées. Il n'était cependant pas possible d'observer chez l'assurée une symptomatologie psychopathologique floride. Il ne constatait en effet pas la présence d'une tristesse, d'un désarroi, d'une perte d'élan vital, d'un ralentissement, d'une apathie ou d'une aboulie qui auraient pu justifier le diagnostic d'état dépressif majeur. Ce médecin a par conséquent conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière sur le plan psychiatrique dans toute activité.

15. Par décision sur opposition du 29 novembre 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale, en se fondant sur l'expertise du Dr C_____.

16. L'assurée a interjeté recours le 9 janvier 2006 contre ladite décision. Elle a fait valoir que la décision sur opposition faisait référence à l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 dans une teneur qui n'était plus à jour. Elle a également déclaré qu'elle transmettrait au Tribunal de céans des certificats de ses médecins traitants démontrant la nécessité de lui octroyer une rente d'invalidité. Elle a par ailleurs souligné le fait que l'OCAI n'avait pas pris en considération le fait qu'elle avait toujours voulu travailler à temps complet mais qu'elle n'avait pas pu le faire car son mari était souffrant et avait besoin de sa présence auprès de lui ; au vu de leur situation financière, elle aurait pourtant dû travailler davantage. L'assurée a dès lors conclu à ce que le statut de travailleuse à plein temps lui soit reconnu.

17. Le 11 janvier 2006, l'assurée a produit un rapport du Dr C._____ daté du 28 cembre 2005. Ce médecin a confirmé son diagnostic de pathologie de la coiffe des rotateurs bilatérale, de vertiges chroniques, de glaucome primaire à angle ouvert traité, de cervicarthrose C4-C5 à droite, de tunnel carpien gauche et de status post-ischémique du colon en 2003. Il a précisé que, depuis mai 2002, l'assurée arrivait à peine à lever les bras au-delà de 90° et qu'elle avait besoin de l'aide de son mari pour effectuer beaucoup de gestes de la vie quotidienne. Selon lui, l'état dépressif chronique qu'elle avait développé en relation avec ses diverses pathologies médicales était le trouble qui avait le plus grand effet négatif sur sa vie, l'empêchant de sortir seule et la privant ainsi de toute vie sociale. Ce médecin a par conséquent estimé qu'en raison de son état dépressif sévère et de sa pathologie bilatérale de la coiffe des rotateurs, il était nécessaire d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité de 50% voire de 100%.

18. Dans son préavis du 23 janvier 2006, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter du statut mixte qui avait été appliqué à l'assurée dans la mesure où l'ensemble de sa situation avait été examiné avec attention lors de l'enquête ménagère du 18 janvier 2005 qui n'avait pas été contestée. Il a également considéré que l'assurée présentait une capacité résiduelle de 50% conformément aux avis des Dr. C._____ et C._____ et que les

conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître sa fibromyalgie ou son trouble somatoforme douloureux comme invalidant n'étaient pas remplies. Son taux d'invalidité étant dès lors de 23%, il n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. S'agissant de l'octroi de mesures professionnelles, l'OCAI a estimé que l'assurée n'y avait pas droit parce qu'elle pouvait poursuivre son ancienne activité au même taux qu'une autre activité adaptée ; de telles mesures ne seraient dès lors pas susceptibles de diminuer son degré d'invalidité.

19. Après avoir transmis cette écriture à la recourante, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, 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.

   Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA et la novelle du 21 mars 2003 (4ème révision de la LAI) sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003 et 1er janvier 2004, entraînant de nombreuses modifications légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure.

En matière de procédure toutefois, les règles de la LPGA s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée présente un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une rente d'invalidité.

5. L'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 LAI). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente si son taux d'invalidité est de 50 % ou plus et à une rente entière si celui-ci est supérieur à 66 2/3 %. Depuis le 1er janvier 2004, l'échelonnement des rentes selon l'art. 28 al. 1 LAI n'a pas été modifié en tant qu'il concerne le quart et la demi-rente, mais qu'il permet désormais d'octroyer trois-quarts de rente à celui dont le degré d'invalidité atteint 60 % au moins, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 2/3 % à 70 %.

7. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA). 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 (art. 28 al. 2bis LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là (art. 28 al. 2 ter LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004).

8. A titre préalable, il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique)

dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif.

9. 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).

10. Le critère de la vraisemblance prépondérante, qui est généralement appliqué dans le domaine du droit de l'assurance sociale, vaut également pour l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 111 V 372 consid 1b et 105 V 229 consid 3a). La notion de vraisemblance prépondérante signifie que l'existence d'un fait est plus vraisemblable que son absence (cf. ATF 111 V 374). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

11. En l'espèce, l'assurée affirme dans son recours qu'elle aurait toujours voulu travailler à temps plein, "mais que je ne l'ai pas pu car mon mari était souffrant et nécessitait ma présence auprès de lui bien que notre situation économique m'imposait de travailler davantage". Lors de l'enquête ménagère réalisée par l'OCAI toutefois, l'assurée avait au contraire affirmé qu'elle aurait poursuivi son activité professionnelle de la même façon qu'au moment de son arrêt de travail si elle avait été en bonne santé. Il convient à cet égard de rappeler que l'assurée a travaillé en tant qu'employée à la production du 1er mars 1985 au 31 mai 2004, que

suite à l'introduction de la semaine de 41 heures, elle avait choisi d'entente avec son employeur de réduire son temps de travail à 27 heures par semaine dès le 1er juillet 1990 et à 26 heures par semaine dès le 1er janvier 2001. Il ne peut dès lors pas être établi au degré de prépondérance requis que l'assurée aurait cherché à exercer son travail ou une autre activité à plein temps si elle n'avait pas subi d'atteinte à sa santé, puisqu'elle a elle-même accepté de diminuer son horaire depuis 1990 alors qu'elle ne souffrait pas encore de problèmes de santé. Il y a lieu de constater que cette réduction n'était au surplus pas motivée par la présence d'enfants en bas âge ni par la nécessité de prendre soin d'un mari invalide. Celui-ci n'a en effet été mis au bénéfice d'une rente qu'en décembre 1995 et, selon le rapport d'enquête ménagère, c'est précisément lui qui effectue les travaux ménagers qu'elle n'est plus en mesure d'accomplir depuis son atteinte à la santé. Enfin, le seul fait qu'un travail à plein temps apparaisse souhaitable en raison de difficultés financières ne permet pas non plus de conclure avec la vraisemblance prépondérante requise qu'elle aurait repris une activité lucrative (cf. Pratique VSI 1997 p. 298 consid. 3).

Il convient par conséquent d'admettre que, sans limitation dans son état de santé, l'assurée aurait continué à travailler dans la même proportion qu'au moment de son arrêt de travail, si bien que son degré d'invalidité doit être déterminé selon la méthode mixte.

12. En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, 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'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; 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).

13. En l'occurrence, l'assurée a travaillé en dernier lieu à raison de 26 heures par semaine en tant qu'employée à la production. L'horaire de travail usuel dans l'entreprise qui l'employait étant de 41 heures par semaine, la part de son activité

professionnelle dans l'ensemble de ses travaux est donc de 63%. L'autre partie de son temps, correspondant à 37%, est donc consacrée aux activités ménagères.

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

    En ce qui concerne 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).

15. Sur le plan physique, les médecins amenés à se prononcer sur l'état de santé de l'assurée ont observé une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ainsi qu'une rupture du sus-épineux gauche existantes depuis 2000 et ayant nécessité une acromioplastie de l'épaule gauche. Ils ont également diagnostiqué une cervicarthrose, une arthrose scapulo-humérale, des céphalées, des lombalgies irradiant dans les membres inférieurs de façon prédominante à gauche, des problèmes de concentration, un glaucome bien contrôlé, une sténose moyennement sévère du canal radiculaire C6-C7 gauche, une uncarthrose, une discopathie, un syndrome du tunnel carpien gauche modéré et un status après rectorragies sur une colite ischémique. Ces divers troubles ont en grande partie été relevés par l'ensemble des spécialistes amenés à se prononcer sur l'état de santé de l'assurée et ils n'ont pas été contestés. Il convient par conséquent d'admettre que ces affections sont avérées.

    Le Dr C._____ a par ailleurs diagnostiqué une maladie de Ménière qui a été qualifiée de probable par le Dr C._____. Les Dr. G._____, L._____ et B._____ du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des HUG ont quant à eux estimé que l'anamnèse évoquait bien une maladie de Ménière à gauche ; il était cependant curieux que l'assurée conserve un audiogramme tonal normal après une évolution de 10 ans. Selon eux, cette affection

n'était pas symptomatique au moment de leur examen. La question peut quoi qu'il en soit rester ouverte puisque de nombreux autres troubles physiques sont avérés.

16. Les médecins estiment que l'assurée est totalement incapable de travailler dans son ancienne profession. Ils considèrent toutefois, à l'exception du Dr A._____, qu'une autre activité ne nécessitant pas d'utiliser les bras au-dessus de l'horizontale ou de porter des charges est exigible. Les Dr. C._____ et S._____ indiquent à cet égard qu'il ne leur est pas possible d'évaluer dans quelle mesure. Seul le Dr C._____ déclare qu'il est raisonnable d'exiger de l'assurée une capacité de travail allant jusqu'à 50%.

    Cette appréciation peut être retenue du fait que, pour effectuer son expertise, ce spécialiste a étudié l'ensemble du dossier de l'assurée comprenant notamment les rapports des autres médecins. De plus, lors de l'examen qu'il a pratiqué, il a été attentif aux plaintes émises par l'assurée et à sa situation actuelle. Une anamnèse détaillée a également été réalisée. L'état de santé de l'assurée a ainsi fait l'objet d'un examen complet et approfondi et ce spécialiste a pris soin de motiver son appréciation, de sorte que le diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause. Le rapport d'expertise satisfait donc à tous les critères jurisprudentiels et doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il convient par conséquent d'admettre que l'assurée est capable de travailler à 50% dans une activité adaptée, sur le plan physique.

17. Le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, a constaté que les examens clinique et radiologique ne mettaient en évidence aucun argument évocateur d'une polyarthrite, notamment rhumatoïde, contrairement aux avis des Dr. A._____, C._____ et S_____, médecins traitants de l'assurée, qui ont diagnostiqué une probable pathologie rhumatismale inflammatoire. Il s'agissait dès lors selon lui d'un tableau de type fibromyalgique, tous les points classiques étant présents à la pression. Cette appréciation a été confirmée par les Dr G._____, G._____ et J._____ du service de rhumatologie des HUG. La Dresse G._____ a également indiqué que l'assurée pourrait souffrir d'un trouble somatoforme dans le cadre d'un état anxio-dépressif si ses douleurs ne s'amélioraient pas. Le Dr C._____ a quant à lui constaté un tableau de type fibromyalgique, tous les points classiques étant présents à la pression. Il a au surplus relevé qu'une investigation dans la sphère psychiatrique révèlerait probablement un état dépressif ; il n'avait toutefois pas l'impression que celui-ci serait sévère ou qu'il s'associerait à une autre comorbidité. Les Dr G._____, G._____ et J._____ du service de rhumatologie des HUG sont également parvenus aux mêmes conclusions. Selon le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie, l'assurée souffre d'un trouble de l'adaptation accompagné d'une réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée et compensée, sans répercussion sur sa capacité de travail, apparu en réaction à la chronicisation d'une symptomatologie somatique de type douloureux et à la mauvaise réponse aux stratégies thérapeutiques essayées. Il n'était cependant pas

possible d'observer chez celle-ci une symptomatologie psychopathologique floride. Enfin, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie, a considéré que l'assurée présentait un état dépressif majeur sévère devenu chronique et une fibromyalgie invalidante sans troubles de la lignée psychotique.

Tous les médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé psychique de l'assurée ont ainsi diagnostiqué un trouble somatoforme. Il convient à cet égard de préciser que la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances assimile la fibromyalgie à un trouble somatoforme, plus précisément au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt G. du 24 août 2005, I 752/04 ; arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. Buchard, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in : Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443 ss, spécialement p. 446; cf. aussi Meyer-Blaser, op. cit., p. 64 n. 93). Ce trouble doit donc être admis.

18. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut

de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large

de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

19. En l'espèce, la Dresse G._____, médecin traitant de l'assurée, et le Dr C._____ du SMR Léman, tous deux spécialistes en psychiatrie, ont un avis divergent en ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée. Se pose dès lors la question de la valeur probante des avis de ces deux médecins.

    Le rapport d'expertise du Dr C._____ comprend une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique de l'assurée et il tient compte de ses déclarations et de ses plaintes. Les points litigieux ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et le rapport comporte également une appréciation médicale claire et sans équivoque. L'expertise du Dr C._____ a par conséquent pleine valeur probante.

    Concernant le rapport de la Dresse G._____, il convient de rappeler que la jurisprudence considère que le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En

principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

20. S'agissant de la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie, affirme qu'il n'a pas constaté la présence d'une tristesse, d'un désarroi, d'une perte d'élan vital, d'un ralentissement, d'une apathie ou d'une aboulie qui auraient pu justifier le diagnostic d'état dépressif majeur. La Dresse G._____ estime au contraire que l'assurée présente un état dépressif majeur sévère. Cette spécialiste étant le médecin traitant de l'assurée, il convient d'admettre, conformément à l'avis du Dr C._____, que l'assurée souffre d'un état dépressif qui n'est pas sévère ou associé à une autre comorbidité.

    Au sens de la jurisprudence, se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

    Le critère de la présence d'affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé au vu des multiples troubles somatiques qui ont été diagnostiqués par l'ensemble des médecins. Le critère de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2) ne peut quant à lui pas être considéré comme réalisé. En effet, bien que le Dr C._____, médecin traitant de l'assurée, ait relevé que celle-ci ne sortait plus et n'avait plus de vie sociale, aucune perte particulière d'intégration n'a été mentionnée par les autres médecins. Le Dr C._____ a à ce propos indiqué qu'une des amies de l'assurée venait chez elle pour apprêter le repas et que si elle se sentait bien, l'assurée sortait faire une petite promenade. S'agissant de l'état psychique de l'assuré, rien n'indique qu'il soit cristallisé (3). Le Dr C._____ a d'ailleurs affirmé que le trouble somatoforme douloureux de l'assurée avait apparemment bien répondu au traitement médicamenteux antidépresseur et neuroleptique instauré. Enfin, il n'est pas possible d'affirmer que les traitements ambulatoires ou stationnaires ou les mesures de réhabilitation entrepris par l'assurée sont un échec en dépit de sa motivation et de ses efforts pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (4). Il apparaît en effet

que le seul contact de l'assurée avec la psychiatrie est récent puisqu'il remonte au 14 avril 2005, date de la prise en charge de l'assurée par la Dresse G._____.

21. En conclusion, il ressort de l'ensemble de ces éléments qu'il n'est pas possible de reconnaître le trouble somatoforme douloureux dont l'assurée souffre comme invalidant, en dépit de la présence d'affections corporelles chroniques. Il convient en conséquence d'admettre, conformément à l'avis du Dr C._____, que l'assurée ne souffre d'aucune limitation suffisamment importante sur le plan psychique dans l'exercice d'une activité lucrative.

    Au vu de ce qui précède, le taux d'incapacité de travail de 50% retenu en raison de l'atteinte à la santé physique doit être confirmé.

22. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au supplément 1 aux directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales (DII ; spécialement ch. 2122), en vigueur du 1er janvier 1993 au 31 décembre 2000 (dès le 1er janvier 2001, ch. 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotente de l'assurance-invalidité [CIIAI]. Le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion d'admettre la conformité aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI de cette pratique administrative (arrêt du 9 avril 2001 dans la cause G., I 654/00, et arrêts non publiés du 22 août 2000 dans la cause C., I 102/00 et du 15 novembre 1999 dans la cause H., I 331/99). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faille faire procéder par un médecin à une estimation des empêchement que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c).

    Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en

particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt non publié C. du 8 novembre 1993, I 407/92; arrêt S. du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

23. En l'espèce, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage de l'assurée ; les résultats sont les suivants :

Travaux	Pondération	Invalidité
Conduite du ménage	5%	0%
Alimentation	45%	15%
Entretien du logement	20%	8%
Achats/courses diverses	8%	3%
Lessive/entretien des vêtements	20%	1%
Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille	0%	0%
Divers	2%	1%
Total	100%	28%

Cette enquête a été établie en conformité avec la CIIAI. En effet, les différentes activités de la recourante ont été pondérées de telle manière que l'ensemble représente 100 %, indépendamment de la taille du ménage, ce qui s'impose pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés (Pratique VSI 1997, p. 304 consid. 4). Il s'ensuit que lorsque, comme en l'espèce, l'assuré ne déploie aucune activité de l'une ou l'autre catégorie (par exemple en l'absence d'enfants et d'autres membres de la famille nécessitant des soins), la pondération des autres postes doit être augmentée d'autant.

L'assurée n'a pas contesté la pondération des différents travaux ménagers ou l'évaluation de son invalidité établie par l'enquête ménagère. Il convient en conséquence de retenir un empêchement à hauteur de 28% en ce qui concerne l'accomplissement des activités ménagères.

24. L'évaluation du taux d'invalidité au moyen de la méthode mixte d'évaluation se détermine à l'aide de la formule suivante :

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

EZE = 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 taux d'invalidité ainsi obtenu [26 x 50 + (41 – 26) x 28] : 41 est de 42%.

33. Or, ce taux d'invalidité de 42% est suffisant pour justifier l'octroi d'un quart de rente au sens de l'art. 28 al. 1 LAI. Aussi le recours doit-il être partiellement admis.

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. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Annule les décisions des 19 janvier et 29 novembre 2005.

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

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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