RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/101/2005 **ATAS/936/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 26 octobre 2005

En la cause

Madame S_____,	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 19 octobre 1949, est séparée depuis août 2002. Sans formation professionnelle, elle a exercé diverses activités lucratives à temps partiel dès 1967 ; elle a travaillé notamment depuis 1989 comme employée de maison à raison de 3 heures par jour, trois jours par semaine, et comme caissière à la COOP, à 50 %, jusqu'au 30 septembre 2002. Elle a été au chômage dès le mois d'octobre 2002 et a entrepris une formation d'aide-auxiliaire à la Croix-Rouge en automne 2003.

2. L'intéressée a subi des fractures de fatigue aux deux pieds en juillet 2002 et été opérée d'un névrome de Morton du pied gauche en janvier 2003. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 30 juin 2003, visant à l'octroi d'une rente.

3. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 8 août 2003, la Doctoresse A_____, a indiqué avoir opéré sa patiente en date du 13 janvier 2003 pour une névrite intermétatarsienne sur charge articulaire des 3ème et 4ème rayons du pied gauche. L'incapacité de travail était de 100 % du 2 décembre 2002 au 1er mars 2003. L'assurée souffrait aussi de diabète et présentait des varices des membres inférieurs, diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. La Doctoresse A_____ a estimé que l'activité de caissière était encore exigible, sans diminution de rendement et que tout travail de moins de trois heures d'affilée en position debout était exigible, huit heures par jour.

4. Le Docteur B_____, spécialiste en médecin interne FMH, a mentionné dans son rapport du 10 octobre 2003 à l'OCAI les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail : douleur résiduelle du pied gauche et état dépressif. Les autres diagnostics, à savoir le diabète de type II et l'HTA, n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. Il a indiqué que sa patiente avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 29 juillet au 16 septembre 2002. Le médecin a précisé qu'en raison de l'état dépressif réactionnel (difficultés par rapport à un enfant, problèmes de couple), la patiente présentait un état de fatigabilité rapide, l'empêchant d'être active longtemps, ainsi qu'une douleur de l'avant-pied gauche si elle fait trop d'effort ou porte des chaussures trop fermées. Dans l'annexe au rapport médical, le Docteur B_____ a indiqué que l'assurée ne pouvait rester longtemps debout ou marcher plus de 500 mètres. Elle assume son ménage seule, fait les courses. Elle va entreprendre des cours de formation d'aide-auxiliaire à la Croix-Rouge. Quant au Docteur C_____, il a informé l'OCAI qu'il avait vu la patiente à la demande de sa gynécologue pour des investigations qui se sont révélées négatives. Il n'avait prescrit aucun arrêt de travail.

5. L'OCAI a soumis le dossier de l'assurée au médecin du Service Médical Régional (SMR) : ce dernier a indiqué que l'activité d'aide à domicile ou d'auxiliaire de la

Croix-Rouge ne convenait pas en raison du problème du pied, mais qu'un travail essentiellement assis, par exemple caissière ou en atelier, était possible, 8 heures par jour, en prévoyant parfois des pauses.

6. Par décision du 6 juillet 2004, l'OCAI a refusé à l'intéressée l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas, en l'état, une année d'incapacité de travail de 40 % sans interruption notable.

7. L'intéressée a formé opposition le 29 juillet 2004. Elle a produit un certificat médical établi par le Docteur B_____ le 7 novembre 2004, aux termes duquel elle présente des douleurs du pied gauche qui la limite dans différentes activités de la vie quotidienne, qu'elle ne peut marcher librement plus de 500 mètres ou rester en position sur place trop longtemps. La fonction globale du pied est estimée à 50 %, mais l'avis d'un expert chirurgien orthopédiste serait préférable pour cette évaluation.

8. Par décision du 16 décembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que les incapacités de travail prescrites par les médecins traitants étaient limitées du 9 juillet 2002 au 16 septembre 2002 et du 2 décembre 2002 au 28 février 2003. A partir du 1er mars 2003, il ne subsiste plus aucune incapacité de travail dans son activité de vendeuse. L'atteinte à la santé n'a entraîné aucune incapacité de gain durable, ni une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année.

9. L'assurée a interjeté recours en date du 13 janvier 2005, alléguant être dans l'incapacité totale de travailler en raison d'une opération au pied, d'un pied cassé et d'une excroissance d'un orteil au pied gauche. Elle soutient que son emploi précédent était dans la vente et qu'elle a été licenciée, car elle ne pouvait rester debout plus de 4 heures par jour. Elle a pris des cours d'aide auxiliaire de santé et travaille actuellement à 40 % dans ce nouvel emploi, car elle ne peut rester debout plus longtemps. Elle conteste la décision de l'OCAI, car elle n'a jamais été convoquée chez le médecin expert de l'AI, malgré ses demandes.

10. Dans sa réponse du 9 février 2005, l'OCAI se réfère aux rapports des médecins interrogés dans le cadre de l'instruction, selon lesquels les incapacités de travail étaient limités dans le temps et que dans une activité adaptée, à savoir essentiellement assise ou évitant la position debout prolongée, la capacité de travail était entière pour un plein temps. Le certificat du Docteur B_____, déjà produit par l'assurée dans le cadre de son opposition, ne fait état d'aucune affection nouvelle, ni d'aggravation de l'état de santé. L'OCAI conclut au rejet du recours.

11. Invitée à se déterminer, la recourante n'a pas déposé d'autres conclusions.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 8 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b).

   La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. La recourante conteste la décision de l'intimé, s'estimant totalement incapable de travailler.

   Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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. 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).

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

L'art. 6 LPGA précise qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à 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.

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

5. 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).

6. En l'occurrence, il résulte des pièces du dossier que la recourante a été en incapacité de travail à 100 % du 2 décembre 2002 au 28 février 2003 (Doctoresse

A_____) et du 29 juillet 2002 au 16 septembre 2002 (Docteur B_____). La recourante avait subi des fractures de fatigue en 2002 et présentait un névrome de Morton au pied gauche pour lequel elle a été ré-opérée le 13 janvier 2003.

Selon la Doctoresse A_____R, la recourante pouvait reprendre l'activité de caissière sans perte de rendement, à 100 %, dès le 1er mars 2003 : en effet, tout travail comportant moins de trois heures d'affilée debout convenait à l'assurée, sur une durée normale de travail de huit heures par jour, l'assurée étant par ailleurs limitée pour les parcours à pied supérieurs à 3000 mètres. Quant au Docteur B_____, il a mentionné dans son rapport du 19 octobre 2003 que les répercussions de l'atteinte sur l'activité exercée jusqu'ici se manifestaient par le fait que l'assurée ne pouvait rester longtemps debout ou marcher plus de 500 mètres. Pour ce qui est du ménage, l'assurée l'assumait seule et faisait elle-même ses courses.

C'est en vain que la recourante entend se prévaloir du rapport du Docteur B_____ du 7 novembre 2004 ; en effet, ce dernier ne fait état d'aucun diagnostic nouveau ni d'aggravation de l'état de santé.

Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'une activité adaptée, telle que celle de caissière déjà exercée auparavant, est raisonnablement exigible, à 100 %, ainsi que l'intimé l'a admis, à juste titre.

C'est en conséquence à bon droit que l'intimé a refusé à la recourante l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors qu'elle ne présente aucune incapacité de gain durable de 40 % au moins et qu'elle n'a pas présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins au moins pendant une année, sans interruption notable (art. 29 al. 1 LAI).

Pour le surplus, des mesures de réadaptation n'entrent pas en ligne de compte, la recourante ne subissant aucune diminution de sa capacité de gain (cf. art. 8 LAI).

Le recours, mal fondé, sera 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. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier — La Présidente

Walid BEN AMER — Juliana BALDE

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