

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1022/2010

ATAS/904/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 1<sup>er</sup> septembre 2010**

En la cause

Madame L. \_\_\_\_\_, domiciliée à CHENE-BOURG, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame L \_\_\_\_\_, née en 1958, mariée, a travaillé en dernier lieu comme gouvernante à raison de 20 heures par semaine dans une famille du 1<sup>er</sup> octobre 2002 à mi-septembre 2005. L'intéressée est en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 septembre 2005.
2. Le 20 septembre 2006, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OCAI) visant à un reclassement dans une nouvelle profession, ainsi qu'à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport établi en date du 2 octobre 2006 à l'attention de l'OCAI, la Dresse A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué une dépression majeure récurrente d'intensité moyenne pour l'épisode actuel, existant depuis 1978. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 16 septembre 2005 à ce jour, dans l'activité de gouvernante.
4. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à cet effet. Dans son rapport du 23 juillet 2007, l'expert relève que son examen met en évidence un syndrome dépressif modéré, caractérisé par l'importance des éléments subjectifs et la rareté des signes objectifs. Si l'on se base sur les données de l'expertisée, c'est le diagnostic de dysthymie qui correspond le mieux au tableau clinique, même si le critère de la durée des troubles n'est pas tout à fait atteint. Toutefois, seule une observation prolongée permettrait d'étayer le diagnostic de trouble de la personnalité qui reste à définir. En définitive, il retient comme diagnostic le plus probable celui de dysthymie F 34.1 et de trouble dépressif récurrent en rémission F 33.4. S'agissant de la répercussion des affections sur la capacité de travail, l'expert indique qu'actuellement, les limitations professionnelles liées à l'état thymique n'entraînent pas une diminution de la capacité de travail supérieure à 25 %. Pour ce qui est du trouble dépressif récurrent, il n'a jamais atteint un caractère sévère et il est actuellement en rémission. Il n'entraîne donc pas pour le moment d'incapacité durable. La situation devrait être réévaluée si l'expertisée devait présenter à l'avenir des épisodes dépressifs résistants et atteignant le degré sévère, ce qui ne semble jamais avoir été le cas jusqu'à maintenant. Quant au pronostic, l'expert indique que l'état clinique devra être suivi attentivement pour repérer une éventuelle évolution permettant de clarifier le diagnostic. La capacité résiduelle de travail est de 75 % dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement.
5. A la demande du SMR, l'expert a expliqué, par courrier du 12 octobre 2007, que l'évaluation de la capacité de travail l'était par rapport à un plein temps, y compris dans le ménage.

6. Le 23 novembre 2007, l'OCAI a notifié à l'assurée un projet de décision de refus de rente.
7. L'assurée s'y est opposée le 9 janvier 2008.
8. Par décision du 4 février 2008, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, au motif que le degré d'invalidité de 25 % était insuffisant pour ouvrir un tel droit.
9. L'assurée, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours en date du 4 mars 2008.
10. Par arrêt du 5 novembre 2008 (ATAS/1239/2008), le Tribunal de céans a annulé la décision du 4 février 2008 et renvoyé la cause à l'OCAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision, dès lors qu'en l'état du dossier, faute d'investigations complémentaires dans le sens proposé par le Dr B\_\_\_\_\_, aucune conclusion définitive ne pouvait être tirée sur l'état de santé de l'assurée et ses répercussions sur la capacité de travail.
11. L'OCAI a repris l'instruction du dossier et a mandaté le Dr B\_\_\_\_\_ pour un complément d'expertise. Dans son rapport du 15 avril 2009, l'expert relève que l'anamnèse et les constatations objectives sont en faveur de la persistance actuelle d'un syndrome dépressif dont la gravité peut être estimée de légère à moyenne. Aussi, l'expert retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen. Le fait qu'il y ait eu au moins une période d'humeur normale voire légèrement élevée, fin 2007 - début 2008, incite l'expert à laisser tomber le diagnostic de dysthymie et à mettre le fond dépressif persistant sur le compte du trouble dépressif récurrent. Selon l'expert, il s'agit d'un diagnostic de vraisemblance prépondérante plus que de certitude. Au syndrome dépressif s'ajoute une composante anxieuse et douloureuse qui justifie le diagnostic d'anxiété généralisée. Les troubles psychiques justifient une limitation durable de la capacité de travail qui peut être estimée à 35 %, essentiellement imputable à la fatigabilité (baisse de l'énergie disponible) due au trouble dépressif persistant. Ces troubles sont trop chronicisés pour qu'on puisse escompter une amélioration significative de l'état clinique dans un délai prévisible.
12. A la demande du SMR, le Dr B\_\_\_\_\_ a précisé, dans un complément de rapport du 8 mai 2009, que l'incapacité de travail de l'assuré était de 25 % pour la période antérieure à 2007. Pour la période postérieure à 2007, l'incapacité de travail est de 35 % en moyenne.
13. Selon avis médical du 18 mai 2009, le SMR retient une capacité de travail de 75 % jusqu'en mai 2008, puis de 65 % dans toute activité durable par rapport à un plein temps. Dans la cadre des activités ménagères, les taux de capacité sont identiques.
14. Le 25 mai 2009, l'OCAI a notifié à l'assurée un projet de décision de refus de rente.

15. Dans un rapport médical du 16 juin 2009, la Dresse C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a retenu, sur la plan psychiatrique, les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen, des troubles somatoformes, une anxiété généralisée ainsi que des troubles mixtes de la personnalité avec composante dépendante, passive-agressive et borderline. Elle estime que les troubles psychiatriques semblent trop chronicisés pour que l'on puisse escompter une amélioration significative de l'état clinique dans un délai prévisible. Son incapacité de travail actuelle est entière.
16. Par pli du 24 juin 2009, l'assurée a contesté le projet de décision du 25 mai 2009, arguant que sa capacité de travail est nulle, eu égard au rapport rendu par la Dresse C \_\_\_\_\_ le 16 juin 2009.
17. A la demande de l'OCAI, la Dresse C \_\_\_\_\_ a établi un rapport médical le 13 juillet 2009. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail sont une dysthymie, des troubles somatoformes, un trouble mixte de la personnalité avec composante dépendante, passive-agressive et phobique, des difficultés liées à l'entourage immédiat et une discopathie protrusive L4-L5 et rupture annulaire L5-S1. La capacité de travail est nulle depuis le 13 mars 2009.
18. Par pli du 7 août 2009 adressé à l'OCAI, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, a exposé que la pathologie pelvienne n'interfère pas sur la capacité de travail de l'assurée. Quant au problème lombaire, en cours de traitement, ce médecin n'était pas en mesure de se prononcer.
19. Dans un rapport intermédiaire du 5 décembre 2009, le Dr D \_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé s'est amélioré. Ce médecin n'a observé aucune limitation fonctionnelle, la capacité de travail en tant que gouvernante apparaissant entière.
20. Le SMR, dans un avis médical du 19 février 2010, a indiqué en substance qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des expertises diligentées par le Dr B \_\_\_\_\_. Sur le plan somatique, il n'y a pas d'incapacité de travail.
21. Par décision du 24 février 2010, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, au motif qu'aucune perte de gain, eu égard à son statut mixte (50 % active et 50 % dans le ménage), ne peut être retenue du fait que la capacité dans les deux domaines surpasse le taux auquel les activités de l'assurée sont pratiquées.
22. Par pli du 11 mars 2010, l'assurée a sollicité de l'OCAI qu'elle rende une décision confirmant que son degré d'invalidité est de 35 %, même si un tel taux n'ouvre pas le droit à une rente. En effet, sur la base d'une telle décision, la Nationale Suisse Assurances pourra lui servir une rente mensuelle fondée sur un degré d'invalidité de 35 % au lieu de 25 % actuellement.

23. En date du 22 mars 2010, l'OCAI transmet au Tribunal de céans le courrier de l'assurée du 11 mars 2010, comme objet de sa compétence, dès lors que la demande de l'assurée a été formée dans le délai de recours.
24. Dans sa réponse du 20 avril 2010, l'intimé relève que la décision querellée confirme certes l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 65 % dans toute activité, y compris dans les travaux habituels, mais compte tenu du statut mixte admis dans le cas d'espèce, aucune perte de gain ne peut être constatée, la capacité dans les parts professionnelles et ménagères étant supérieure au taux auquel la recourante exerce ces activités.
25. Par communication du Tribunal de Céans du 23 avril 2010, le mémoire de réponse a été transmis à la recourante, cette dernière étant informée qu'elle pouvait consulter les pièces du dossier au greffe.
26. Par avis du 31 mai 2010, les parties ont été informées que la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Sur le plan de la procédure, les nouvelles dispositions y relatives sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours, dès l'entrée en vigueur du nouveau droit (ATF 129 V 113 consid. 2.2).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 18 septembre 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et celles d'octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

3. a) Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 39 consid. 2b ; voir aussi ATF 121 II 174 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 342 consid. 4a).

b) Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c). Dès lors que, dans tous les cas, seul le dispositif d'une décision est attaquant, il convient d'examiner, lorsque ce sont les motifs d'une décision d'octroi de prestations qui sont contestés, si c'est en réalité une modification du dispositif qui est demandée. Si l'assuré ne demande pas une modification du dispositif, il faut examiner s'il a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du point litigieux contenu dans la décision attaquée (ATF 115 V 418 consid. 3b/aa, et les références ; ATFA du 7 juin 2002, I 416/01 consid. 1).

c) Enfin, la qualité pour agir et pour défendre ne sont pas des conditions de procédure, dont dépendrait la recevabilité de la demande, mais constituent des conditions de fond du droit exercé. Leur défaut conduit au rejet de l'action, qui intervient indépendamment de la réalisation des éléments objectifs de la prétention du demandeur, et non pas à l'irrecevabilité de la demande (ATFA du 21 mai 2010, 9C\_14/2010 consid. 3.1).

4. a) A titre liminaire, se pose la question de savoir si le courrier de la recourante du 11 mars 2010 adressé à l'intimé doit être considéré comme un recours. Faute de réaction de la recourante, représentée par une avocate, suite à l'ouverture de la présente procédure, il sera considéré en tant que tel.

A considérer que le présent recours doit être déclaré recevable, dès lors qu'il a été déposé dans les forme et délai prévus par la loi, (art. 56 à 61 LPGA), la question peut rester ouverte dès lors que le recours devra être rejeté les motifs qui suivent.

La recourante ne conteste pas la décision de l'intimé en tant qu'il ne lui est pas octroyé une rente d'invalidité, mais uniquement en raison du fait qu'il n'est pas mentionné, dans la décision querellée, le taux exact d'invalidité. Ce n'est donc pas le dispositif de la décision qu'elle attaque, mais bien sa motivation (les motifs de la décision), étant rappelé que le degré d'invalidité fondant le droit à une rente ne constitue, à cet égard, que la motivation de la décision (cf. ATFA du 7 juin 2003 I 416/01 consid. 1).

Aussi, il y a lieu d'examiner si la recourante peut se prévaloir d'un intérêt digne de protection à la constatation du degré d'invalidité, cette question portant, au final, sur sa qualité pour recourir, à savoir si l'assurée a un intérêt digne de protection à recourir contre la décision querellée.

b) La finalité de la demande de la recourante à ce qu'il soit constaté le taux d'invalidité est de pouvoir s'en prévaloir auprès de la Nationale Suisse Assurances, afin que cette dernière compagnie octroie à la recourante une rente d'invalidité de 35 % en lieu et place d'une rente actuelle de 25 %.

Le droit de l'assurée à recourir contre la décision querellée à ce sujet ne saurait être admis. En effet, la Nationale Suisse Assurances, à quelque titre qu'elle intervienne (assurance perte de gain en cas de maladie, assurance complémentaire en cas d'invalidité, etc.), est à même de déterminer, sur la base du dossier établi par l'intimé en sa possession, cas échéant sur la base de son propre dossier, le taux d'invalidité de la recourante, sans que cette question doit être précisément tranchée par l'intimé. Par ailleurs, le cas d'espèce présente des particularités propres à l'assurance-invalidité, dès lors qu'un statut mixte (parts actives et ménagères) a été retenu. Cette notion n'est, en général, pas connu des autres assurances sociales et privées. Il est enfin peu probable que la Nationale Suisse Assurances soit liée par la décision querellée, ou du moins par ses motifs. Aussi, arrêter un taux d'invalidité, qui n'ouvrirait dans tous les cas pas le droit à une rente, ce qu'admet expressément la recourante dans le cadre de son recours, ne lui serait d'aucun secours vis-à-vis de la Nationale Suisse Assurances. Il appartient à la Nationale Suisse Assurances d'établir le taux d'invalidité selon les dispositions légales et conventionnelles applicables à cette relation d'assurance, de sorte que les motifs de la décision querellée ne portent aucun préjudice à la recourante.

Faute d'intérêt digne de protection, le Tribunal de céans ne saurait admettre le droit de l'assurée de recourir contre la décision querellée.

Le recours sera donc rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

5. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

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

**Statuant**

1. Rejette le recours dans la mesure de sa recevabilité.
2. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier

La présidente

Jean-Martin DROZ

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste :  
Jean-Martin DROZ

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