

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1250/1999

ATAS/99/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 23 septembre 2003

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame L _____

recourante

contre

**OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE**
Case postale 425
1211 GENEVE 13

intimé

Siégeant : **Mme Doris WANGELER, Présidente**
 Mme Giovanna DESCLOUX et Mr. Pierre GUERINI, Juges assesseurs

A/1250/1999

EN FAIT

A. Madame L_____, ressortissante française née en octobre 1959, a épousé Monsieur L_____ le 21 décembre 1985. Le mariage a été dissous par jugement du 20 juin 1994 rendu par le Tribunal de grande instance de THONON (France). Le couple a eu une fille, M. L_____, née le 15 mars 1986.

B. Madame L_____ travaillait à 50% en tant que physiothérapeute au sein de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (HUG) depuis le 1^{er} septembre 1993. Elle a été victime d'un accident professionnel le 21 avril 1995. Le docteur A_____, de la division de médecine physique et de rééducation de l'Hôpital de Beau-Séjour, a posé, dans le rapport initial LAA du 18 juillet 1995, le diagnostic de rupture du court-biceps du bras gauche. L'assurée a continué son activité professionnelle à mi-temps jusqu'à ce que le docteur B_____ confirme le diagnostic du docteur A_____ et atteste d'une incapacité de travail à 100% dès le 26 juin 1995, ceci dans son rapport du 25 septembre 1995.

C. En date du 3 janvier 1996, Madame L_____ a déposé une demande de prestations AI, en vue de l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

Madame L_____ a été expertisée le 3 septembre 1996 par les docteurs C_____ et D_____ de la Permanence de la Longeraie, pour le compte de la WINTERTHUR-ASSURANCES, assureur LAA. Dans leur rapport d'expertise du 30 octobre 1996, les médecins ont posé le diagnostic de probable lésion ligamentaire de l'épaule gauche et lésion de la glène antérieure. Selon eux, différents éléments parlaient en faveur d'une reprise de son activité professionnelle, comme la diminution progressive de la symptomatologie algique et le fait que l'assurée ait pu à nouveau se consacrer à des activités sportives durant le cours de l'été. Toutefois, le status clinique restait selon eux fortement perturbé, ce qui justifiait une reprise de travail à temps partiel dans un premier temps. Ils ont relevé que la patiente envisageait, en fonction de ses douleurs, de trouver une activité complémentaire dans le secteur

privé dès le mois de décembre 1996 ou janvier 1997, ce qui correspondrait à une activité à 100%. Il fallait, à leur avis, envisager un bilan en vue d'une intervention chirurgicale, avant de conclure à une invalidité permanente et/ou à un reclassement professionnel.

La recourante a repris son travail à l'HUG au mois d'octobre 1996. En novembre 1996, son employeur lui a signifié son congé, mais a continué à verser le salaire jusqu'en février 1997. Dès le 1^{er} mars 1997, l'assurée a été inscrite à l'Office cantonal de l'emploi dans le but de trouver une place à plein temps dans sa profession, et a effectué plusieurs remplacement à la Clinique de la Métairie.

Par décision du 19 novembre 1999, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} juin au 30 septembre 1996, et d'une demi-rente du 1^{er} octobre au 30 novembre 1996. L'administration a précisé qu'une décision rectificative serait rendue dès l'obtention du relevé de ses cotisations à la sécurité sociale française.

En date du 29 novembre 1999, Madame L_____ a interjeté recours contre ladite décision, déclarant :

« je peux et je tiens à travailler mais je garde une perte de force musculaire et une gêne esthétique importante avec des douleurs selon certains moments. Je devrais sûrement subir une intervention ou au moins un contrôle médical pour un bilan régulier établi par le médecin. Je vous remercie de me préciser si je dois consulter un médecin de la caisse d'assurance, si je peux éviter la fermeture de mon dossier AI » et contestant le montant de la rente.

Dans son préavis du 7 février 2000, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il considère que l'état de santé de la recourante ne nécessitait pas d'envisager de mesure de réadaptation professionnelle. Il relève enfin que les examens médicaux demandés par l'assurée dans son recours, ne sauraient être pris en charge par l'assurance-invalidité, ne pouvant être assimilés à des mesures médicales de réadaptation au sens de la loi.

Suite à la prise en compte des périodes de cotisations à la sécurité sociale française, l'OCAI a, par décision du 15 mars 2000, annulant et remplaçant celle du 19 novembre 1999, augmenté le montant de la rente. Invitée à se déterminer par la Commission cantonale de recours AVS-AI, Madame L_____ ne s'est, à ce jour, pas manifestée.

Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

Préalablement :

L'Office AI peut, lorsqu'il constate sur la base des éléments du recours que la décision attaquée est erronée en tout ou en partie la modifier au plus tard jusqu'à l'envoi de sa réponse au recours. La nouvelle décision doit être notifiée au recourant et portée à la connaissance de l'autorité de recours. Elle ne maintient un litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Si ce dernier n'obtient pas en tous points satisfaction, l'autorité saisie doit entrer en matière sur le recours, sans que l'assuré ne doive attaquer le nouvel acte administratif (cf. N°2019 de la Circulaire sur le contentieux, teneur en vigueur avant le 01.01.20003). En l'espèce, l'intimé a rendu une décision après avoir soumis un préavis à la Commission cantonale de recours AVS-AI, de sorte que la décision du 15 mars 2000 ne peut revêtir que la forme d'une proposition (cf. N° 2020 de la Circulaire sur le contentieux). Invitée à se déterminer, Madame L_____ ne s'est pas manifestée. Il appartient dès lors au Tribunal de vérifier le bien-fondé de cette proposition.

A la forme :

Le recours, interjeté auprès de la Commission cantonale de recours en temps utile, est recevable à la forme (cf. art. 84 al. 1 de la loi sur l'assurance vieillesse et survivants-LAVS et art. 69 de la loi sur l'assurance-invalidité - LAI).

La cause a été transmise d'office au présent Tribunal conformément à l'article 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ).

Au fond :

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 n'est pas applicable au cas d'espèce en application 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, 121 V 366).

Selon l'article 4 al. 1 LAI, 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.

Aux termes de l'article 28 al. 1 LAI :

"L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré de l'invalidité :

Degré de l'invalidité	Droit à la rente en fractions d'une rente entière
40 pour cent au moins	un quart
50 pour cent au moins	une demie
66 2/3 pour cent au moins	rente entière

Selon l'article 28 al. 2 LAI :

"Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide."

A teneur de l'art. 41 LAI :

"Si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée."

Dans le cas d'espèce, la recourante a été en incapacité de travail à 100% du 26 juin 1995 au 22 septembre 1996, puis à 50% du 23 septembre 1996 jusqu'à la fin du mois de novembre 1996. Dès lors, c'est à juste titre que l'OCAI lui a octroyé une rente entière pour la période du 1^{er} juin au 30 septembre 1996, puis une demi-rente du 1^{er} octobre au 30 novembre 1996. Il appert des rapports médicaux que l'assurée a retrouvé une pleine capacité de travail dans sa profession dès la fin du mois de novembre 1996, le versement d'une rente postérieurement à cette date ne pouvait ainsi être envisagé.

Aux termes de l'article 29 bis LAVS :

« Le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date ou l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou du décès) ».

Selon l'article 29ter LAVS, sont considérées comme années de cotisations les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations ou pendant lesquelles son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale

ou encore pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte.

Lors de la détermination des années entière de cotisations de l'assuré en vue du choix de l'échelle de rente applicable, les périodes d'assurance accomplies dans l'assurance sociale française selon les dispositions légales françaises et les périodes qui leur sont assimilée, sont prises en compte (n° 87 des Instructions administratives de l'Office fédéral des assurances sociales à propos de la convention avec la France).

En l'espèce, la recourante totalise ainsi 11 années et 10 mois de cotisations, ce qui aboutit à l'application de l'échelle de rente 31.

Le revenu annuel moyen (ci-après RAM) se compose de la moyenne des revenus de l'activité lucrative revalorisés ainsi que de la moyenne des bonifications pour tâches éducatives à prendre en compte. Ces moyennes sont additionnées et arrondies au montant immédiatement supérieur du revenu annuel moyen déterminé indiqué dans les tables éditées par l'OFAS (Directives sur les rentes-DR n°5101 ss.).

La somme des revenus à prendre en compte, pour les périodes de cotisations précédant et suivant le mariage, se compose de l'ensemble des revenus propres et non partagés réalisés dès l'année civile suivant l'accomplissement de la 20^e année jusqu'au 31 décembre de l'année du mariage, respectivement entre le 1^{er} janvier de l'année du divorce et le 31 décembre de l'année précédant la réalisation du risque assuré, et pour lesquels la personne concernée était tenue de payer des cotisations qu'elle a effectivement versées pendant ces périodes (cf. n° 5217 et 5219 DR). La somme des revenus à prendre en compte pour les périodes de cotisation durant le mariage se compose de tous les revenus partagés entre époux pour lesquels les conjoints étaient tenus de payer des cotisations qu'ils ont effectivement versées entre le 1^{er} janvier de l'année civile suivant le mariage et le 31 décembre de l'année précédant le divorce (cf. n° 5218 DR).

Dans le cas particulier, on obtient un RAM total de Fr. 60'528,-- ce qui correspond à une rente entière AI de Fr. 1279,-- du 1^{er} juin au 30 septembre 1996, et à une demi-rente de Fr. 640,-- du 1^{er} octobre au 30 novembre 1996.

Dès lors, force est de constater que la décision de l'OCAI du 15 mars 2000 est fondée sur ce point.

Par ailleurs, aux termes de l'art. 12 al. 1 LAI :

"L'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable."

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, il faut entendre par traitement de l'affection comme telle la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes de fonction, si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références; VSI 2000 p. 301 consid. 2a).

En l'espèce, l'assurée a sollicité, en procédure de recours, la prise en charge d'une intervention qu'elle devra, selon elle, certainement subir, ou, à tout le moins, un contrôle médical pour un bilan régulier établi par le médecin.

Ces examens médicaux ne correspondent manifestement pas à la définition de mesures médicales établie par l'art. 12 al. 1 LAI. En effet, il ressort des pièces médicales versées au dossier que l'assurée a pu reprendre son activité de physiothérapeute à mi-temps dès le mois d'octobre 1996 et qu'elle est, depuis le 1^{er} mars 1997 à la recherche d'une place de travail à plein temps dans son activité. Le complément d'examen médicaux demandé par la recourante ne servirait pas directement à la réadaptation professionnelle et ne saurait être assimilé à des mesures

médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. C'est dès lors à juste titre que l'OCAI a estimé, dans sa décision du 15 mars 2000, que la recourante ne pourrait pas en bénéficier.

Vu les considérations qui précèdent, force est de constater que la décision de l'OCAI du 15 mars 2000 est fondée.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Reçoit le recours;

Au fond :

2. Prend acte de la proposition de l'OCAI du 15 mars 2000 prenant en considération les périodes de cotisations françaises pour le calcul de la rente ;
3. Rejette le recours pour le surplus ;
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. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Marie-Louise QUELOZ

La présidente :

Doris WANGELER

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe