



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1451/02

ATAS/377/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 17 décembre 2003

5ème Chambre

En la cause

Madame V _____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, case postale 725, 1211
GENEVE 13, intimé

Siégeant : Madame Maya CRAMER, Présidente, Madame Teresa SOARES et
Monsieur Philippe CARRUZZO, juges assesseurs.

EN FAIT

1. Madame V _____, née en janvier 1960, mariée et mère de deux enfants, a travaillé en tant que factrice dès 1994, à raison de 16 heures par semaine, ce qui correspond à un taux d'occupation de 38% par rapport à un horaire à plein temps, pour un salaire annuel de CHF 23'919.-.
 2. Depuis le 26 avril 1996, elle est en incapacité de travail à 100% en raison de douleurs dorsales, à l'exception d'une vaine tentative de reprendre le travail à 50 % pendant 15 jours en juin 1996.
 3. Lors de son séjour du 5 juillet au 10 juillet 1996 dans la division de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), le Professeur A _____ et la Dresse B _____ ont diagnostiqué des lombosciatalgies droites L5-S1 sans déficit sensitivo-moteur ainsi qu'une périarthrite de la hanche droite.
 4. Le 9 septembre 1996, le Dr C _____, radiologue, a diagnostiqué des discopathies protusives pluri-étagées de L3 à S1 prédominant nettement en L4-L5 et un léger refoulement de la racine L5 droite. Les dimensions du canal rachidien se situaient dans les limites normales.
 5. Le Dr D _____ a réalisé le 7 octobre 1996 une radiculo-saccographie ainsi qu'une tomodensitométrie axiale de la colonne lombaire et a posé les diagnostics de protusion discale en L3-L4 sans phénomène compressif sur les racines, protusion discale prononcée en L4-L5 de localisation médiane et paramédiane à extension droite, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et l'émergence des racines, discrète protusion discale en L5-S1 sans image d'hernie, canal lombaire étroit et sclérose des facettes articulaires postérieures et des articulations sacro-iliaques.
 6. Le 11 novembre 1996, l'intéressée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, par laquelle elle a sollicité la prise en charge de moyens auxiliaires sous la forme d'orthèses du tronc. Dans le cadre de cette demande, le Dr E _____, neurochirurgien, a rédigé le 21 novembre 1996 un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) indiquant que sa patiente souffrait de discopathie L4-L5 et L5-S1 et de canal lombaire étroit de L3 à L5. Il a estimé que, vu son métier de factrice, elle aurait beaucoup de mal à reprendre le travail. Il a recommandé le port d'un corset pour soulager le dos. L'OCAI a octroyé à l'intéressée le moyen auxiliaire demandé le 8 janvier 1997.
 7. Le 26 novembre 1996, la Dresse F _____ a diagnostiqué une protusion discale en L3-L4 mais sans phénomène compressif sur les racines, une protusion discale prononcée en L4-L5 de localisation médiane et paramédiane à extension plutôt droite, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et l'émergence des
-

racines, une discrète protusion discale en L5-S1 sans image d'hernie, un canal lombaire étroit et une sclérose des facettes articulaires postérieures et des articulations sacro-iliaques.

8. Le 6 février 1997, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
9. Par décision du 18 février 1997, les X _____ l'ont mise à la retraite anticipée pour des raisons médicales, n'ayant pas été en mesure de lui trouver un autre poste de travail en adéquation avec son affection.
10. Dans son rapport du 15 avril 1997, le Dr E _____ a rappelé que la patiente souffrait d'instabilité lombaire sur discopathie double L4-L5 et L5-S1 et que ce syndrome vertébral chronique était soulagé par le port d'un corset qu'elle portait depuis novembre 1996. Si l'assurée devait rester dépendante de ce moyen auxiliaire, une fixation-greffe lombaire serait envisagée.
11. Le 15 mai 1997, la Dresse F _____, qui a également suivi l'assurée, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel elle a diagnostiqué les mêmes affections que ses confrères. L'assurée ne pouvait plus exercer la profession de factrice à cause du port de charges et des nombreux déplacements demandés par ce métier. Suite au conseil du Dr E _____ de s'abstenir de porter le corset continuellement, la patiente le portait lorsqu'elle était fatiguée et lorsqu'elle devait marcher ou rester debout (par. ex repassage). Depuis février 1997, elle avait repris quelques tâches ménagères mais devait souvent s'étendre pour faire passer la douleur. Son état pouvait varier d'un jour à l'autre.
12. Le 8 juin 2001, la Dresse G _____, nouveau médecin traitant de l'intéressée, a confirmé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, canal lombaire étroit et discarthrose. Elle a déclaré que sa patiente était incapable de travailler à 100% depuis le 26 avril 1996 et que son état de santé était stationnaire, mais qu'il allait progressivement s'aggraver en fonction de l'évolution des lésions dégénératives. Selon les constatations objectives de ce médecin, sa patiente présentait une raideur lombaire avec une distance du sol de 25 cm, une limitation de la mobilité dans tous les plans, un lasègue positif à droite à 30% et un excès pondéral important. Les douleurs lombaires chroniques empêchaient le port de charges lourdes et la station debout ou assise prolongée. De l'avis de la Dresse G _____, l'assurée ne pouvait tenir la position assise et debout que pendant une heure et devait alterner les position assis/debout/marche. Son périmètre de marche était de maximal 200 m. Cette praticienne a également estimé qu'un absentéisme important était prévisible et que la motivation pour la reprise du travail ou le reclassement professionnel était faible. La capacité de travail raisonnablement exigible dans une autre profession, en tenant compte des limitations existantes, était à évaluer.

-
13. Selon le rapport d'enquête économique sur le ménage du 11 septembre 2001, le taux d'invalidité de l'assurée dans le ménage est de 26 %. Il est également indiqué dans ce rapport que l'assurée ne voyait pas comment elle pourrait travailler, qu'elle parlait d'une voix monocorde, en évoquant les deuils de la famille, et semblait avoir peu d'énergie.
 14. Le 1 novembre 2001, le Dr H _____, médecin conseil de l'OCAI, a estimé, au vu du dossier, que l'intéressée était en mesure de travailler à 50 %, avec alternance de positions, dans un travail léger comme employée de bureau par exemple. Selon lui, les radiographies de la colonne vertébrale ne montraient que des lésions à la limite de la normalité, que l'on pouvait également rencontrer chez des personnes asymptomatiques et qui dès lors ne pouvaient expliquer en totalité l'amplitude des plaintes et des handicaps fonctionnels.
 15. Dans un projet de décision du 25 février 2002, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 28,6 %, en retenant une invalidité de 26 % dans son activité de ménagère (exercée à 62 %) et de 33 % dans une activité adaptée (exercée à 38 %, soit 16 heures par semaine).
 16. Lors de l'audition de l'assurée par l'OCAI en date du 12 avril 2002, elle a contesté le projet de décision et a demandé à bénéficier d'un quart de rente ou d'une demi rente. Elle a en outre signalé qu'elle touchait une rente de prévoyance professionnelle de 1'400 fr. et que son mari réalisait un revenu de 6'000 fr. bruts par mois. La situation financière n'était pas toujours rose, raison pour laquelle elle aurait continué à travailler à 40 %, si elle avait été en bonne santé. Quant à sa capacité de travail dans le ménage, elle a estimé que cette capacité a été évaluée, en gros, de manière correcte. Elle a enfin relevé que depuis Pâques, son état de santé s'était péjoré et que son médecin traitant allait l'adresser prochainement au service de neurochirurgie des HUG pour de nouveaux examens.
 17. Par décision du 16 avril 2002, l'OCAI a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité à l'assurée et a corrigé son taux d'invalidité à 24,8% par rapport au 28,6% retenu dans le projet de décision qui contenait une erreur de calcul du manque à gagner. La perte de gain a été finalement déterminée à 23%.
 18. Par courrier du 1^{er} mai 2002, l'intéressée a fait part à l'OCAI de sa « désapprobation », en faisant valoir que sa santé ne s'était pas améliorée ces dernières années et que si son état le lui avait permis, elle aurait travaillé à 50 % au moins. Elle a en outre annoncé que son médecin prévoyait de nouvelles investigations. Cette missive a été transmise le 13 mai 2002 par ce dernier office à la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS (ci-après : commission de recours), en laissant à celle-ci le soin de déterminer si cette correspondance devait être considéré comme un recours.
-

-
19. Par son courrier du 16 mai 2002 à l'assurée, la commission de recours a accusé réception de son recours.
 20. Le 5 juin 2002, la Dresse G _____ a communiqué à ladite commission qu'en l'état actuel, il était impossible à la recourante de reprendre son travail de factrice et que sa capacité de travail dans une autre profession devait être évaluée dans un centre de réinsertion professionnel, afin de voir si les douleurs sont compatibles avec une autre activité, tout en confirmant que sa patiente souffrait de lombosciatalgies droites chroniques et invalidantes, s'aggravant progressivement avec le temps. Elle a joint un rapport d'imagerie par résonance magnétique lombaire pratiquée le 29 mai 2002 par le Dr D _____, selon lequel les lésions dégénératives au niveau des articulations inter-apophysaires postérieures avaient augmenté par rapport à l'examen du 7 octobre 1996.
 21. Par préavis du 16 septembre 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se basant sur une note interne du Dr H _____ du 6 septembre 2002, lequel a estimé que l'état de santé de l'assurée était quasiment le même qu'en 1996 et qu'elle était capable de travailler à 50% dans une activité lucrative légère. L'OCAI a par ailleurs mis en doute les conclusions du rapport d'enquête sur le ménage, dans la mesure où celui-ci était arrivé à un empêchement de 30% dans l'apport des soins aux enfants, au motif que la recourante ne pouvait plus faire du ski en famille, ni de patinage avec son fils. Selon cet office, ces activités ne relevaient pas des soins, mais des loisirs, de sorte que l'incapacité de travail dans le ménage était même inférieure au taux de 26%.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière de prestations complémentaires fédérales et cantonales sont transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour connaître du cas d'espèce.
2. 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 et qui a entraîné des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) et de son règlement (RAI) n'est pas applicable en l'espèce, dès lors que le juge des assurances sociales

n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

3. Selon l'art. 85 al. 2 let. b ancien de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), lequel s'applique par renvoi de l'art. 69 aLAI, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. S'il ne satisfait pas à ces exigences, un délai doit être imparti par le juge pour combler les lacunes, en avertissant son auteur que le recours sera écarté en cas d'inobservation. Ces exigences formelles posées par le législateur n'ont d'autre but que de permettre à une juridiction administrative de déterminer l'objet du litige qui lui est soumis et de donner l'occasion à la partie intimée de répondre aux griefs formulés à son encontre. Cependant, ce serait faire preuve de formalisme excessif que d'exiger d'une personne agissant sans le concours d'un mandataire spécialisé qu'elle qualifie de manière exacte sa requête en annulation d'une décision, dès lors que de manière suffisante le recourant a manifesté son désaccord avec la décision, ainsi que sa volonté qu'elle ne développe pas d'effets.

En l'occurrence, il résulte clairement du courrier du 1^{er} mai 2002 de l'intéressée que celle-ci n'était pas d'accord avec la décision de l'OCAI du 16 avril 2002, qu'elle demandait ainsi implicitement son annulation et l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a motivé son désaccord par son mauvais état de santé qui ne s'est pas amélioré. Son recours contient donc également les motifs invoqués. Il respecte par ailleurs le délai de recours légal de 30 jours (art. 69 aLAI et 84 al. 1 aLAVS). Par conséquent, il convient de considérer que le recours interjeté est recevable à la forme.

4. Selon l'art. 4 al. 1 aLAI, 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. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} aLAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, une demi rente est accordée pour une invalidité de 50% au moins et un quart de rente pour une invalidité de 40% au moins, en vertu du deuxième alinéa de cette disposition.
5. Le juge des assurances sociales est tenu d'examiner de manière objective tous les moyens de preuves, indépendamment de leur provenance et de décider ensuite si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical présente une pleine valeur probante, si les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude détaillée, si les observations se fondent sur des rapports complets et prennent également en considération les plaintes exprimées, s'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), si la

description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert bien motivées (VSI 2000 p. 154 et réf. y citées).

6. Selon l'art. 28 al. 2 *aLAI*, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être attendue de lui, après l'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 sans invalidité. Le revenu sans invalidité se détermine en principe d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenus jusqu'au moment du prononcé de la décision (RCC 1991 page 332 ; ATFA non publié du 28 février 2000).
7. Conformément à l'art. 27 al. 1 *aRAI*, l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants (art. 27 al. 2 *aRAI*). En vertu de l'art. 27bis al. 1 *aRAI*, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 8 al. 2 *aLAI*. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 *aLAI*, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 *aLAI* pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question.

Aux termes de l'art. 27bis al. 2 *aRAI*, si l'assuré exercerait, au moment de l'examen de son droit à une rente, une activité lucrative à temps complet, s'il n'était atteint dans sa santé, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes avec une activité lucrative.

8. En l'occurrence, la recourante a travaillé à 38% aux X _____ et s'est consacrée à son ménage et ses enfants à 62%. Elle a par ailleurs déclaré qu'elle aurait continué aujourd'hui à exercer une activité lucrative à temps partiel. Il convient dès lors d'évaluer son invalidité séparément pour chacune de ses activités, tel que l'a fait l'OCAI.
9. Il s'agit en l'espèce d'évaluer en premier lieu le degré de la capacité de travail de la recourante dans son activité lucrative. A cet égard, il n'est pas contesté que celle-ci présente une incapacité de travail totale dans sa précédente profession de factrice. Seul est dès lors litigieux de savoir si, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, elle pourrait encore exercer une activité légère sans port de charges et à quel pourcentage. Cependant, aucun des médecins qui a examiné la recourante ne s'est prononcé sur cette question. Selon la Dresse G _____, la capacité de travail

dans une autre profession serait à évaluer. Toutefois, sur la base des pièces du dossier, le Dr H_____ a estimé que la capacité de travail de la recourante était de 50% dans une activité sédentaire, avec si possible alternance des positions.

Le seul avis du médecin-conseil de l'OCAI ne saurait toutefois être considéré comme étant suffisant pour évaluer la capacité de travail théorique d'un assuré. En effet, ce praticien ne s'est prononcé que sur pièce et n'a pas procédé à un nouvel examen médical du requérant. Il n'a pas non plus effectué une étude détaillée des points litigieux importants ni une anamnèse. On ne saurait dès lors reconnaître à cette appréciation médicale une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Sur la seule base des rapports médicaux figurant dans le dossier, il n'est dès lors pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et le degré d'invalidité.

Il est vrai qu'il paraît peu probable que le degré d'invalidité de la recourante atteindra les 40% ouvrant le droit à une rente partielle, dans la mesure où elle a un statut mixte (ménage et activité professionnelle) et n'a exercé qu'à 38% une activité lucrative, éventuellement augmentée à 50%. Toutefois, il ne peut non plus être exclu que la perte de gain liée à l'invalidité soit d'un niveau suffisamment important pour ouvrir le droit à des mesures de reclassement professionnel, étant précisé que tel est le cas lorsque la perte de gain liée à l'invalidité est de 20% environ, sans formation professionnelle supplémentaire (VSI 1997 p. 80 consid. 1b ; RCC 1984 p. 95 ; VSI 1/2000 p. 27). Certes, selon les calculs de l'OCAI, la perte de gain pour l'activité lucrative est déjà de 23%. Toutefois, dans la mesure où cela ne correspond qu'à un degré d'invalidité de 87%, elle ne saurait être considérée comme étant suffisante au sens de la loi.

10. Au vu de ce qui précède, il s'avère que l'instruction de ce dossier est incomplète. Il convient dès lors de la renvoyer à l'intimé pour une instruction complémentaire, afin de faire évaluer la capacité de travail résiduelle de la recourante par un expert médical, lequel aura pour tâche de procéder à un examen complet de celle-ci, ou par le centre de réadaptation professionnelle.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté par Mme V _____ contre la décision du 16 avril 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

Au fond :

2. L'admet partiellement ;
3. Annule la décision du 16 avril 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité ;
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants;
5. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument ni alloué d'indemnité ;
7. 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 qu'elle 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 :

Yaël BENZ

La présidente :

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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