

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/331/2007

ATAS/744/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 28 juin 2007

En la cause

Madame C _____, domiciliée , GENEVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Norbert HECK et Violaine LANDRY ORSAT,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née le 1983, a travaillé comme vendeuse en parfumerie. En dernier lieu, elle a été employée, du 15 août au 2 novembre 2005, par la société X _____ pour un salaire de 3'800 fr. par mois (13 fois par année). Elle a été licenciée par courrier du 25 octobre 2005 avec effet au 2 novembre 2005 pour défaut de qualité de son travail. Elle s'est ensuite annoncée à l'assurance-chômage.
2. Le 31 juillet 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). Elle a invoqué une maladie de Crohn avec diarrhées chroniques persistantes et passives et douleurs permanentes au ventre.
3. Le Dr A _____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, a confirmé dans un rapport daté du 22 août 2006 que l'assurée souffrait d'une maladie de Crohn depuis 1999. Il a indiqué que le pronostic était plutôt bon mais qu'une rechute était toujours possible, qui engendrerait des problèmes au niveau de l'activité professionnelle, l'assurée devant se rendre régulièrement à selle. Cependant, le médecin a estimé que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible car, en rémission, la patiente avait une capacité de travail normale.
4. Dans un rapport daté du 29 août 2006, le Dr B _____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, a confirmé que sa patiente était atteinte d'une maladie de Crohn depuis 1998. Il a ajouté qu'elle avait subi une résection de l'intestin grêle de bonne évolution ne causant aucun handicap, qu'il n'y avait aucune répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée et qu'il n'avait pas revu la patiente depuis le mois de mars 2004,
5. Le 14 novembre 2006, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant toute prestation au motif qu'aucune incapacité de travail de longue durée médicalement justifiée ou attestée ne ressortait des éléments médicaux recueillis au cours de l'instruction.
6. Par décision du 19 décembre 2006, l'OCAI a formellement refusé toute prestation à l'assurée.
7. Par courrier non daté reçu par l'OCAI le 19 janvier 2007, l'assurée a contesté cette décision, demandant à l'OCAI de réévaluer son dossier "suite à de nouveaux éléments médicaux qui <lui seraient> remis ultérieurement".
8. Par courrier du 29 janvier 2007, l'OCAI a transmis le courrier de l'assurée au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.
9. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 13 mars 2007, a conclu au rejet du recours. Il a relevé qu'aucun des médecins interrogés n'avait attesté d'incapacité

de travail durable. Le Dr B _____ n'avait pas revu l'assurée depuis mars 2004 et le Dr A _____ avait indiqué que l'assurée était en rémission et disposait d'une capacité de travail normale.

10. Un délai au 14 avril 2007 a été octroyé à l'assurée pour venir consulter le dossier mis à sa disposition au greffe. La recourante n'a pas fait usage de cette possibilité. Aucun nouveau document médical n'a été produit.
11. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'incapacité de travail alléguée remonterait à 2005, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision litigieuse à la lumière des nouvelles dispositions de la LAI et de la LPGA (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable à la forme (cf. art. 60 LPGA).
4. Aux termes de l'art. 8 LPGA, 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.

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).

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).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

6. En l'espèce, force est de constater qu'aucune incapacité de travail durable au sens des dispositions rappelées supra n'a été attestée par les médecins traitants de la recourante. Par ailleurs, ce n'est aucunement pour des raisons médicales que son employeur a mis fin à son contrat de travail. En l'état, il n'y a donc aucun document médical attestant d'une invalidité au sens de la loi, de sorte que la décision litigieuse est confirmée et le recours rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. 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); 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.

La greffière

La présidente

Janine BOFFI

Karine STECK

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