

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3736/2006

ATAS/488/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 10 mai 2007

En la cause

Madame J _____, domiciliée, GENÈVE

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, case postale 425, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPPEL et Olivier LEVY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame J _____, née le 1962, mariée et mère de cinq enfants, a déposé en date du 2 mai 2003 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) visant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation ou d'une rente.
2. Un questionnaire visant à déterminer son statut lui a été adressé. Elle y a répondu en indiquant que, si elle avait été en bonne santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative en plus de la tenue de son ménage.
3. Dans un rapport daté du 21 mai 2003, le Dr. A _____, médecin répondant à la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, a posé les diagnostics d'hypertension artérielle sévère et de céphalées chroniques, affections apparues trois à quatre ans auparavant. Il a également mentionné, mais en indiquant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies, des brachialgies et des lombalgies, apparues deux à trois ans auparavant.

Il a attesté que l'assurée avait été dans l'incapacité totale de travailler du 7 au 11 février 2001, du 22 mars 2001 au 3 avril 2002, du 9 avril 2002 au 10 mai 2002 puis à compter du 22 août 2002.

Il a décrit l'état de santé de l'assurée comme stationnaire et mentionné que l'hypertension était probablement familiale (la mère de l'assurée et ses deux frères en souffrent également). La patiente se plaint de céphalées, de surmenage, de cervicalgies irradiant dans les bras, de lombalgies, de céphalées récidivantes, de manque de concentration et de myalgies paravertébrales.

Le médecin a constaté objectivement une tension artérielle équilibrée sous traitement, des douleurs cervicales et paravertébrales bilatérales, une colonne lombaire sensible et un œdème au niveau des chevilles probablement consécutif au traitement anti-hypertenseur.

4. Le Dr A _____ a produit à l'appui de son rapport un courrier que lui a adressé en date du 20 janvier 2003 le Dr. B _____, chef de clinique de médecine aux ("établissement hospitalier"), confirmant le diagnostic principal de haute tension artérielle sévère accompagnée de céphalées. La patiente, qui se plaint depuis plusieurs années déjà de céphalées pulsatiles chroniques en aggravation associées à des valeurs tensionnelles élevées résistant à une bithérapie (béta bloquant et antagoniste du récepteur à l'angiotensine 2) a en effet été hospitalisée et un bilan d'investigation concernant son hypertension a été diligenté, à l'issue duquel un anticalcique a été ajouté à la bithérapie; l'évolution a été favorable, avec normalisation des pressions artérielles.

5. Par courrier du 3 octobre 2005, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle était divorcée depuis le 25 juin 2004, que son état de santé était stationnaire, qu'elle était désormais suivie par la Dresse C_____, à la permanence de Chantepoulet.
6. Le 6 octobre 2005, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était globalement amélioré depuis le mois de juillet 2005, qu'il n'y avait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique, qu'elle suivait la patiente à raison d'une à deux fois par mois et que cette dernière était sous traitement anti-hypertenseur. Le médecin a préconisé un examen psychiatrique.
7. La Dresse. D_____, du Service Médical Régional AI (SMR), auquel a été soumis le dossier de l'assurée, a fait retenu que cette dernière n'avait jamais travaillé hors de son ménage, que son hypertension artérielle était traitée et que l'absence de pathologie invalidante avait été attestée par le cardiologue.
8. Par décision du 24 novembre 2005, l'OCAI a refusé tout octroi de prestations. Se basant sur l'avis du Dr D_____, l'OCAI a estimé que l'assurée pouvait gérer à sa guise ses travaux dans le ménage, que les activités ménagères dans lesquelles elle pourrait être limitée pouvaient être déléguées à des membres de sa famille et que, moyennant l'aide ponctuelle de ceux-ci, on pouvait attendre d'elle qu'elle s'occupe son ménage à 100%, raison pour laquelle l'OCAI n'a pas jugé nécessaire de procéder à une enquête à domicile. Il a rappelé que l'on pouvait attendre de l'assurée qu'elle fractionne ses charges ménagères et fasse l'acquisition de tout ustensile moderne lui facilitant la tâche afin de mettre tout en œuvre pour réduire le dommage.
9. Par courrier du 21 décembre 2005, adressé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, l'assurée a formé opposition contre cette décision. Elle a allégué être toujours sous traitement médical, être suivie par une psychiatre et être dans l'incapacité de travailler. Elle a demandé à ce qu'il soit procédé à une expertise générale de son état.
10. Dans un rapport daté du 24 février 2006, la Dresse C_____ a posé le diagnostic de dépression et a recommandé de s'adresser au psychiatre qui suivait l'assurée depuis 2005, le Dr. E_____. Pour sa part, elle a indiqué que l'assurée se plaignait de fatigue et de dépression. Objectivement, le médecin avait constaté une haute tension artérielle et un bon état général.
11. Dans une brève note datée du 6 janvier 2006, le collaborateur de l'OCAI en charge du dossier a souligné la nécessité de mener une enquête ménagère après réception des documents médicaux (pièce 46 OCAI).
12. Interrogé par l'OCAI, le Dr. E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, a diagnostiqué dans un rapport daté du 19 juin 2006 : un trouble dépressif récurrent

épisode sévère sans symptôme psychotique présent depuis cinq ans, des hyperphagies associées à des perturbations psychologiques existant depuis trois ans, des rituels obsessionnels existant depuis dix ans, une obésité présente depuis quatre à cinq ans, et une hypertension artérielle essentielle.

Il a expliqué que l'assurée avait été soumise à des facteurs de stress psychosociaux : dislocation de la famille par le divorce, soutien inadéquat de la part de l'ex-mari, excès de responsabilités et de surcharge liés aux enfants, difficultés liées aux conditions économiques et à la mauvaise gestion de son dossier par le service social de son quartier.

Il a ajouté que la patiente n'avait jamais exercé d'activité lucrative mais que son incapacité de travail était manifestement de 0% depuis trois ans au moins.

La patiente bénéficie d'une prise en charge psychiatrique depuis la fin du mois de novembre 2005 sous forme d'une psychothérapie à raison d'une séance hebdomadaire et d'un traitement médicamenteux à base d'anti-dépresseurs, d'anxiolytiques et de somnifères. L'évolution clinique a été très légèrement favorable. La patiente adhère à cette prise en charge et est motivée pour se rétablir, malgré le degré sévère de sa dépression et les difficultés auxquelles elle est confrontée (pièce 61 OCAI).

13. La Dresse D _____, du SMR, après consultation du dossier, a donné son avis le 14 août 2006. Elle a estimé que le rapport du psychiatre n'était pas probant dans la mesure où le psychiatre n'avait vu l'assurée pour la première fois qu'après que celle-ci s'est vu signifier le refus d'octroi de prestations, en novembre 2005, qu'il n'y avait pas de notion d'un épisode dépressif antérieur. La Dresse D _____, après en avoir discuté avec le Dr. F _____, psychiatre au SMR, a jugé que l'on était plutôt en présence d'un trouble de l'adaptation ou d'une réaction anxieuse et dépressive mixte, ce qui ne constitue pas une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Elle a émis l'opinion que les sentiments d'injustice et de rejet, de colère réprimée, de tristesse, la fatigabilité et les troubles du sommeil mentionnés par le Dr E _____ étaient à mettre sur le compte de l'abus de benzodiazépine.
14. Le 1^{er} septembre 2006, l'OCAI, se basant sur l'avis du SMR, a rendu une décision sur opposition par laquelle il a confirmé sa décision de refus de prestations du 24 novembre 2005 au motif que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie invalidante au sens de l'assurance invalidité.
15. Par courrier du 27 septembre 2006, adressé à l'OCAI et intitulé "recours", l'assurée a indiqué qu'elle contestait la décision qui lui avait été adressée au mois de septembre 2006.

16. Par courrier du 2 octobre 2006, l'OCAI lui a répondu que sa lettre du 29 septembre 2006 était "irrecevable" car il avait déjà rendu une décision sur opposition et lui a précisé qu'un recours pouvait être formé contre cette dernière auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales.
17. Par courrier du 11 octobre 2006, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a expliqué que maîtrisant mal la langue française, elle avait par erreur envoyé son recours à l'OCAI en lieu et place du Tribunal. Quant au fond, elle a allégué que son état psychique et physique ne s'était pas amélioré, qu'il s'aggravait au contraire de jour en jour et qu'elle était dans l'incapacité de travailler ou même de faire le ménage à son domicile. Elle a ajouté que ses filles, majeures, n'étaient pas disponibles pour l'aider et accomplir les tâches ménagères à sa place.
18. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 13 novembre 2006, a conclu au rejet du recours.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). En effet, force est de constater qu'en l'espèce, l'OCAI a failli à son devoir de transmettre à l'autorité compétente, soit le Tribunal de céans, le courrier que lui a adressé l'assurée en date du 27 septembre 2006 qu'elle avait pourtant intitulé "recours" et dans lequel elle manifestait clairement son intention de contester la décision rendue en septembre 2006.
3. LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque 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 l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 1^{er} septembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA).
6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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).

b) 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). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

7. En l'espèce, la solution consistant à écarter toute éventualité d'atteinte invalidante sur la base du seul avis de médecins du SMR qui n'ont jamais vu l'assurée ni pris contact avec son psychiatre, sans même avoir procédé à une enquête ménagère ne saurait être cautionnée.

Tout d'abord, le rapport du Dr E_____ ne saurait se voir nier toute valeur probante au seul motif que ce médecin n'a vu l'assurée qu'après que celle-ci s'est vu signifier un refus de prestations par l'OCAI. D'autant que la Dresse C_____, dans son rapport du 6 octobre 2005 déjà, préconisait un examen psychiatrique, suggestion à laquelle l'OCAI n'a pas jugé bon de donner suite.

Par ailleurs, le Dr E_____ indique que l'état dépressif sévère et les autres troubles de la patiente sont présents depuis plusieurs années.

Enfin, force est de constater que, malgré l'avis du collaborateur de l'OCAI en charge du dossier lui-même, il n'a jamais été procédé à aucune enquête ménagère. Or, avant de pouvoir affirmer que l'assurée peut déléguer certaines tâches ménagères à ses proches, il conviendrait d'établir au moins clairement quelle est sa situation familiale et les tâches qu'elle peut accomplir ou non.

En l'état, l'instruction du dossier est manifestement lacunaire. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'OCAI, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et une enquête ménagère puis de rendre une nouvelle décision.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et les décisions litigieuses annulées.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet dans les sens des considérants.
3. Annule les décisions des 24 novembre 2005 et 1^{er} septembre 2006.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à un émolument de 500 fr.
6. 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 par le greffe le