REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3818/2006 **ATAS/456/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 2 mai 2007

En la cause

Madame H_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame H_____, ressortissante suisse née en 1949 à HAITI, infirmière de profession, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 août 2002, en raison notamment d'une atteinte aux deux bras. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni différentes attestations médicales.

2. Dans un rapport du 21 janvier 2003, la Dresse A_____, spécialiste en médecine physique et rhumatologie et médecin traitante, a diagnostiqué une uveite antérieure bilatérale vraisemblablement idiopathique, un status post-décollement de rétine de l'œil gauche avec récidive le 23 février 2002, une cataracte débutante de l'œil gauche, un status postcure chirurgicale de ténosynovite sténosante de Quervain à droite, un statut post-algodystrophie probable du membre supérieur droit, des algies de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs sur tendinopathies chroniques, des dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens ainsi qu'un état dépressif avec anxiété suite aux problèmes de santé. L'incapacité de travail avait été totale du 6 juillet 2001 au 2 juin 2002, de 50 % du 3 juin 2002 au 25 juillet 2002 puis de 100 % à partir du 26 juillet 2002. L'état de santé était stationnaire et le pronostic peu favorable. La patiente ne pouvait plus effectuer de mouvements et d'efforts répétés des bras et des mains nécessaires à sa profession ainsi que des gestes précis, qui nécessitaient de surcroît une vue correcte. Plus aucune activité n'était possible pour l'assurée.

3. Le 30 septembre 2004, elle a été soumise à une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, ophtalmologique et psychiatrique au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Dans leur rapport d'expertise du 30 novembre 2004, les médecins ont diagnostiqué des tendinites de Quervain bilatérales, une épicondylite bilatérale et des dorsolombalgies chroniques. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était un état dépressif moyen réactionnel en 2002, traité avec succès par soutien psychiatrique et médication antidépressive et anxiolytique. L'activité exercée jusqu'alors était exigible d'un point de vue rhumatologique, ophtalmologique et psychique à 100 % sans diminution de rendement. D'un point de vue rhumatologique, les experts ont relevé que l'assurée ne pouvait pas faire de gestes répétés utilisant les pouces ni porter de lourdes charges.

4. Dans un rapport sans examen clinique du SMR Léman, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), du 7 décembre 2004, les médecins ont relevé que la capacité était totale dans la profession habituelle de l'assurée. Ils ont cependant estimé que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail de juillet 2001 à mai 2002 puis pendant quelques semaines en octobre 2003.

5. Par décision du 16 août 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle était entièrement capable de travailler dans son ancienne profession d'infirmière, tant d'un point de vue rhumatologique, ophtalmologique que psychiatrique.

6. Par courrier du 29 août 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision, faisant valoir qu'elle était entièrement incapable de travailler en raison des douleurs ressenties aux bras et de problèmes de photophobie.

7. Dans un avis du 21 octobre 2005, les Drs B_____ et C_____ du SMR ont relevé que l'expertise du COMAI avait pleine valeur probante et devait être suivie. Cependant, pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'on pouvait considérer qu'une diminution de la capacité de travail de 20 % existait dans sa profession. La capacité était totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

8. En date du 12 juin 2006, l'assurée, qui exerçait son activité d'infirmière de nuit à un taux 83,5 %, a fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage, à son domicile, d'où il découlait qu'elle présentait un taux d'invalidité de 32,1 % dans ses activités ménagères.

9. Dans un rapport du 13 juillet 2006, le Dr D_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué une évolution dysthymique. Cette affection psychiatrique chronique s'ajoutait aux affections somatiques dans le sens d'une coloration dépressive mais sans avoir véritablement de répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin a noté également un trouble de la personnalité sous forme de traits de la personnalité histrionique.

10. Par décision du 13 septembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée au motif qu'elle présentait dans sa profession, exercée à 83,5 %, une capacité de travail de 80 % et que les empêchements dans son ménage s'élevaient à 32 %. De la pondération de ces deux taux découlait un degré d'invalidité global de 32 % n'ouvrant pas droit à une rente.

11. Par courrier du 26 septembre 2006, les Drs E_____ et D_____ se sont adressés à l'OCAI demandant à ce que leur patiente soit réexaminée par un psychiatre, étant intimement convaincus qu'elle ne pourrait reprendre une activité d'infirmière ni s'adapter à une éventuelle réinsertion professionnelle.

12. Par courrier du 19 octobre 2006, l'assurée a recouru contre la décision de l'OCAI du 13 septembre 2006 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi qu'à une nouvelle expertise médicale.

13. Dans sa réponse du 6 novembre 2006, l'OCAI, concluant au rejet du recours, s'est référé à l'expertise du COMAI, qui avait pleine valeur probante et dont les

conclusions devaient être suivies. En effet, les différentes attestations produites par la recourante ne mentionnant pas d'aggravation notable de son état de santé n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions des experts. Enfin, la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel s'avérerait inutile, vu la conviction de la recourante d'être complètement invalide.

14. Par courrier du 18 avril 2007, le Tribunal de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 13 septembre 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (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).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

5. Il convient en l'occurrence de déterminer si la recourante présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   a) 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. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Se trouvent notamment au dossier un rapport d'expertise du COMAI du 30 novembre 2004, ainsi que des attestations des médecins traitants et des avis du SMR.

Il convient tout d'abord de constater que l'expertise du COMAI a pleine valeur probante selon la jurisprudence fédérale. En effet, les différents experts se sont livrés à des anamnèses et ont tenu compte des plaintes de l'expertisée. Leurs conclusions sont bien motivées et claires et seront dès lors suivies par le Tribunal de céans. En effet, il y a lieu de relever que les rapports des médecins traitants ont moindre valeur probante que ceux des experts, en raison du lien de confiance particulier qui unit ces médecins à leur patient. De surcroît, il convient de constater que le Dr D_____ ne pose pas de diagnostic d'une maladie psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante. Quant à l'avis de la Dresse A_____, il n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions dûment motivées des experts. Aussi faut-il constater que la recourante présente une pleine capacité de travail dans sa profession d'infirmière, et en accord avec le SMR, l'on peut retenir qu'en raison de certaines lourdes tâches, telles le soulèvement de patients, sa capacité de travail est diminuée de 20 % dans son activité professionnelle d'infirmière. Enfin, il est inutile d'ordonner une nouvelle expertise, vu la pleine valeur probante du rapport du COMAI.

7. Il y a lieu dès lors de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le

taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la

référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

c) Selon l'art. 28 al. 2 bis LAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1; du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2; du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2).

d) Aux termes de l'art. 28 al. 2 ter LAI, 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. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'alinéa 2 bis pour cette activité-là. 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. Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 du règlement de l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

8. Avant l'invalidité, la recourante travaillait en tant qu'infirmière-veilleuse de nuit à raison de 33,5 heures par semaine pour un salaire mensuel de 6'361 fr. 70 (ou de 76'340 fr. 40 par an) selon l'attestation de l'employeur du 10 octobre 2002. Elle s'occupait le reste du temps de la tenue de son ménage et doit donc être considérée comme une assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel.

   Pour le revenu après invalidité, comme la recourante peut exercer sa profession à un taux de 80%, le taux d'incapacité de travail correspond dans ce cas au degré d'invalidité, à savoir 20%. Le revenu après invalidité s'élève ainsi en 2002 à 61'072 fr. 30.

   Il s'agit dès lors de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{E \times IE + ([EZ - E] \times H)}{EZ}$$

   E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par semaine
   IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent
   EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine
   H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

   Il y a lieu enfin de retenir pour ce calcul le taux d'invalidité établi par l'infirmière de l'OCAI lors de l'enquête à domicile, soit 32,1%, taux non contesté par les parties, ceci pour la part des travaux ménagers.

   Le calcul à effectuer est donc le suivant : [33,5 x 20 + ([40 – 33,5] x 32,1)] : 40] = 21,96 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

9. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours mal fondé doit être 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. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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