

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4148/2007

ATAS/440/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 16 avril 2008**

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Bertrand REICH, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), d'origine portugaise, est arrivée en Suisse en 1992. Elle est mariée et mère de deux enfants indépendants.
2. Sans formation professionnelle, l'assurée a travaillé en Suisse comme femme de ménage. Du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 juillet 2005, elle a été employée par X\_\_\_\_\_ SA, à Chêne-Bourg comme femme de ménage à raison de 6 heures par semaine plus 3 heures par mois pour les vitres. Son salaire était de 26 fr. de l'heure, vacances comprises.
3. Souffrant d'un état anxio-dépressif, de polyarthrite, d'épilepsie, de gastrite et d'une hernie hiatale, l'assurée est en incapacité de travail à 100% depuis le 15 octobre 2003, selon certificats médicaux établis par son médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_, de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet. Elle n'a plus repris le travail depuis lors.
4. Le 20 janvier 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
5. L'OCAI a demandé un rapport médical aux Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_. Dans son rapport médical du 17 février 2005, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, retient comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une épitrochléalgie droite, un canal carpien modéré droite et gauche et un hallux rigidus. Il a indiqué qu'il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail en ce qui le concerne.
6. Dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2005, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une dépression nerveuse et une épilepsie. L'assurée souffre en outre d'une hernie hiatale, d'une gastrite hyperacide et d'arthrose polyarticulaire. Son incapacité de travail est de 100% depuis 2 ans. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'arrivait pas à travailler et que l'on ne pouvait exiger d'elle une autre activité. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a répondu "non" à toutes les rubriques concernant les capacités fonctionnelles de l'assurée en cas d'activité professionnelle.
7. Dans son rapport d'enquête économique sur le ménage du 22 septembre 2006, la personne chargée de l'enquête pour l'OCAI relève que l'assurée pleure souvent au cours de l'entretien, se plaint de ses douleurs qui sont en augmentation et qu'elle a perdu 14 kilos depuis le printemps dernier. L'assurée peut s'occuper des petits travaux quotidiens de son ménage. Pour les travaux plus lourds, elle fait appel à son

mari dans la limite de ses possibilités car il est malade, ou à son entourage, ses fils ou sa belle-fille. L'assurée a déclaré que sans handicap, elle travaillerait pour compléter les revenus et avoir un peu d'indépendance financière comme auparavant environ 7 heures par semaine. Le mari est rentier AI depuis trois ans et le couple est aidé par l'Hospice général. Du fait que l'assurée était très angoissée et qu'elle ne semblait pas être bien informée de sa situation financière, la collaboratrice a pris contact avec l'assistante sociale du CASS d'Onex qui lui a indiqué que du point de vue financier, l'assurée aurait l'obligation de travailler au moins à 50% pour avoir le minimum nécessaire pour assumer les frais de base. L'enquêtrice, en conclusion, a proposé d'examiner le cas de l'assurée en la considérant avec un statut mixte 50/50 et a fixé les empêchements rencontrés dans le ménage à 23 %.

8. L'employeur de l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré le 17 novembre 2006. Il a indiqué que l'assurée a reçu son salaire jusqu'au 31 juillet 2005, date à laquelle elle a quitté son emploi pour des raisons de santé, et que son travail était effectué avec l'aide de son fils pour les gros travaux.
9. Le 13 décembre 2006, le Dr B \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OCAI, indiquant que l'état de santé de la patiente était stationnaire et qu'il y avait eu un changement de diagnostic à savoir qu'elle souffrait d'un syndrome douloureux chronique avec lombalgies et cervicobrachialgie. Selon le médecin, il n'y a pas de limitation fonctionnelle, mais la capacité de travail est de 0 % en tant que ménagère.
10. En date du 10 janvier 2007, le Dr A \_\_\_\_\_ a également adressé un rapport médical intermédiaire à l'OCAI aux termes duquel l'état de santé de la patiente était stationnaire, l'évolution défavorable et le pronostic sombre.
11. Le Service médical régional AI SMR LEMAN a proposé de soumettre l'assurée à une expertise rhumatologique et a mandaté le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, à cet effet. L'expert a examiné l'assurée le 2 avril 2007 et rendu son rapport le 23 avril 2007. Dans l'anamnèse, il relève que l'assurée décrit son enfance comme simple, pauvre et empreinte de violence. En 1975, elle se marie avec un compatriote, travaillant comme saisonnier en Suisse, qu'elle rejoint avec ses deux enfants en 1992. Elle a effectué 4 années d'école primaire et n'a aucune formation professionnelle. En Suisse, elle s'occupe tout d'abord de ses enfants, puis depuis 1998 travaille comme femme de ménage dans un bureau d'ingénierie. Cette activité aurait été stoppée en mars 2003 en raison d'une exacerbation de la symptomatologie douloureuse. Du point de vue médical, elle a été traitée pour des crises épileptiques depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 29 ans, sans récurrence depuis lors. Depuis 1998, elle signale l'apparition de cervico-brachialgies et de lombalgies ainsi que des poly-arthralgies récurrentes, devenues chroniques depuis 2003. Elle signale également un syndrome anxio-dépressif pour lequel elle est traitée. Le Dr C \_\_\_\_\_ retient les diagnostics avec répercussion sur la

capacité de travail suivants : arthrose, polyinsertionite avec diminution du seuil de tolérance à la douleur (fibromyalgie), rachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, discopathie L5-S1. Le diagnostic retenu de probable syndrome anxio-dépressif n'a aucune incidence sur la capacité de travail. L'assurée présente une limitation concernant les ports de charge avec long bras de levier, en porte-à-faux, de plus de 5 kg. Sa capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 70% et à 80% dans une activité adaptée.

12. Dans son rapport d'examen du 19 juillet 2007, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, du SMR SUISSE ROMANDE, confirme que la capacité exigible de l'assurée est de 70% comme femme de ménage et de 80% dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges avec long bras de levier, en porte-à-faux de plus de 5 kg, fragilité psychique, ménagement dos. S'agissant de l'état-anxio-dépressif, le médecin du SMR relève qu'il n'a jamais fait l'objet d'une prise en charge par un spécialiste, que le traitement administré est très léger et que d'après le médecin traitant, le trouble psychique n'est pas grave au point de nécessiter une prise en charge psychiatrique.
13. Par décision du 10 octobre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée au motif que son degré d'invalidité est de 11,5% et qu'un taux inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente.
14. Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2007, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OCAI. Elle allègue que tant son médecin traitant, le Dr A \_\_\_\_\_ que son rhumatologue, le Dr B \_\_\_\_\_ estiment qu'elle n'est pas en mesure de travailler. Elle demande au Tribunal d'ordonner un complément d'expertise et de reconsidérer la décision de l'OCAI. Elle produit un nouveau certificat médical du Dr. A \_\_\_\_\_ daté du 30 octobre 2007 attestant qu'elle suit divers traitements médicaux.
15. Dans sa réponse du 3 décembre 2007, l'OCAI indique que les arguments invoqués dans le cadre de la procédure de recours ne lui permettent pas de faire une appréciation différente du cas et conclut au rejet du recours.
16. Cette écriture a été communiquée à la recourante le 25 janvier 2008. Sur quoi, 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'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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 28 al. 2ter LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (méthode mixte).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes

directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

7. En l'espèce, selon le Dr A\_\_\_\_\_ les atteintes à la santé de la recourante, à savoir la dépression et l'épilepsie, entraînent une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 15 octobre 2003. Le Dr B\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une épitrochléalgie droite, un canal carpien modéré droit et gauche et droit et un hallux rigidus. En décembre 2006, il a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique avec lombalgies et cervicobrachialgie. Il a relevé que la patiente ne présentait pas de limitation fonctionnelle, que la capacité de travail était de 0 % comme ménagère et, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le médecin traitant s'est borné à indiquer qu'elle n'a aucune formation professionnelle.

Dans son rapport d'expertise, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé, s'agissant de l'épilepsie, que la recourante a été traitée jusqu'à l'âge de 29 ans pour des crises, sans récurrence depuis lors. Il a posé les diagnostics d'arthrose, de polyinsertionite avec diminution du seuil de tolérance à la douleur (fibromyalgie), rachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, discopathie L5-S1. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire en évitant les mouvements répétitifs en porte-à-faux, les ports de charges supérieures à 5 kg et les périodes de stress, la capacité de travail est du point de vue rhumatologique de 80 %, alors que dans l'activité antérieure elle est de 70 %. L'expert n'est pas d'accord avec l'incapacité de travail fixée par le médecin traitant et explique qu'il a mis en évidence une certaine discordance entre les plaintes, l'examen clinique et l'atteinte radiologique qui ne permettent que partiellement d'expliquer l'impotence fonctionnelle dont se plaint l'assurée. Quant aux troubles anxio-dépressifs, l'expert note qu'ils sont latents de longue date, mais traités médicamenteusement depuis 2003 et précise qu'il serait souhaitable que l'assurée bénéficie de la poursuite du traitement anti-dépresseur dans le but de rehausser le seuil de tolérance à la douleur.

Le Tribunal constate que le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ comporte une anamnèse détaillée, que les plaintes de l'assurée ont été prise en compte, qu'elle a fait l'objet d'un examen complet, que les conclusions de l'expert reposent sur un dossier complet, qu'elles sont claires et dûment motivées, de sorte qu'elle a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. L'expert a de surcroît expliqué pour quelles raisons son appréciation diverge de celle du médecin traitant. Le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ produit par la recourante en cours de procédure n'apporte rien de nouveau et n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise rhumatologique.

S'agissant des troubles anxio-dépressifs, le Tribunal de céans constate qu'ils n'ont pas fait l'objet d'investigations de la part de l'intimé. Le médecin-traitant n'a pas précisé quelle en était l'intensité, alors que l'expert rhumatologue a relevé la présence d'un syndrome anxio-dépressif probable, ajoutant que l'avis d'un spécialiste en psychiatrie pourrait le confirmer. Or, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin

rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Tel n'est pas le cas en l'occurrence.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans renverra la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique et rende une nouvelle décision..

8. Bien fondé, le recours doit être admis.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 10 octobre 2007.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
5. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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