REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/748/2007 **ATAS/813/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 16 juillet 2007

En la cause

Madame A_____, domiciliée , 1213 ONEX	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 1952, mariée, mère de trois enfants, au bénéfice d'une autorisation d'établissement C, originaire de Serbie-Montenegro, est entrée en Suisse en 1994. Elle n'a jamais exercé en Suisse d'activité professionnelle.

2. Le 12 juin 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une "haute tension ayant entraîné plusieurs maladies".

3. Le 26 juin 2006, la Dresse A_____, spécialiste FMH médecine interne, a remplit un rapport médical AI dans lequel elle diagnostique des dorsolombalgies existant depuis des années et une périarthrite de l'épaule gauche présente depuis décembre 2005, ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, une haute tension et une hypothyroïdie. La patiente se plaignait de douleurs dorsales l'empêchant de faire son ménage. Il lui était difficile de se prononcer sur la capacité de travail puisque l'assurée n'avait jamais travaillé en dehors de son ménage.

4. Le 11 octobre 2006, la dresse B_____, rhumatologue FMH, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une tendinite de l'épaule gauche avec bursite sous-acromiale existant depuis environ un an - en mentionnant qu'il s'agit d'une pathologie réversible avec un impact transitoire sur la capacité de travail, - des dorsalgies bilatérales, des cervicalgies et des lombalgies chroniques et, sans répercussion sur la capacité de travail, une haute tension artérielle, une hypothyroïdie substituée et des hémorroïdes. Elle mentionne également une obésité.

   Elle avait vu la patiente les 15 juin, 20 septembre et 11 octobre 2006. Elle se plaignait de douleurs de l'épaule gauche, avec irradiation vers la nuque et le bras, de douleurs aux deux genoux, augmentées à la marche, une sciatalgie bilatérale, douleur "dans MCP 2 et 3" et aux deux poignets et coudes. Elle relève que la patiente émet pour la première fois ce jour de multiples plaintes ostéoarticulaires et qu'elle ne s'était toutefois elle-même occupée que d'un problème d'épaule gauche pour lequel la patiente lui avait été adressée par la médecin-traitante.

   Elle ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail car elle n'avait pas une vision globale des plaintes de la patiente.

5. Le 15 janvier 2007, le Dr. C_____ du SMR a relevé qu'il pensait pouvoir se prononcer sur la base des éléments médicaux au dossier, et relève que "les cervicalgies et lombalgies sont annoncées depuis plus de 10 ans, sans avoir nécessité d'investigation particulière comme on pourrait le faire si la pathologie avait un caractère invalidant; mais on peut admettre des limitations fonctionnelles. L'examen clinique chez la Dresse D_____ est très rassurant. Il existe des gonalgies, dans le cadre d'un syndrome rotulien, qui peuvent imposer des limitations fonctionnelles, mais ne sauraient limiter la CT dans une activité adaptée.

Les douleurs à l'épaule G sont intermittentes, et l'examen clinique chez la Dresse D_____ est également rassurant, avec une pathologie qui n'est pas invalidante. Enfin, dans les notes de l'examen clinique bien complet pratiqué par la Dresse D_____, on ne retrouve aucune évidence de la présence d'une affection invalidante. L'obésité n'a pas valeur d'invalidité, mais elle contribue à entretenir voir à aggraver l'HTA et les diverses plaintes de l'appareil locomoteur; il appartient à l'assurée de faire l'effort de limiter les dommages, donc de perdre du poids et d'augmenter progressivement son activité physique".

6. Par projet de décision du 10 janvier 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée en se fondant sur le rapport du SMR.

7. Par décision du 20 février 2007, l'OCAI a confirmé son refus de prestations en mentionnant qu'il appartient à l'assurée de limiter les dommages et donc de perdre du poids et d'augmenter son activité physique.

8. Le 15 février 2007, l'assurée a formulé ses observations. Elle relève que suite à des grossesses difficiles dues notamment à sa haute tension, à des fausses couches, elle avait pris beaucoup de poids. Elle n'avait plus de force dans ses bras et jambes, le moindre effort nécessitait qu'elle s'allonge et elle devait requérir l'aide de son fils et de son époux pour les tâches de la vie quotidienne. Elle vivait des moments dépressifs. Son dossier n'était donc pas suffisamment instruit et une expertise était nécessaire.

9. Ce courrier, déposé à l'OCAI le 20 février 2007, a été transmis par celui-ci au Tribunal de céans, lequel l'a enregistré comme un recours.

10. Le 24 avril 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

11. A la demande du Tribunal de céans, le Dr A_____ a précisé que la recourante pouvait assumer des travaux ménagers légers tels que poussière, préparation des repas, mais pas les choses plus lourdes telles que : aspirateur, repassage, soulever la corbeille de linge, faire les courses etc. Il lui était difficile d'évaluer qu'elle activité elle pourrait faire puisqu'elle n'avait jamais exercé d'activité professionnelle et n'avait aucune formation ainsi que des problèmes de langue. Par ailleurs, son état dépressif était toujours présent et se manifestait par une apathie importante.

12. Le 14 mai 2007, la Dresse B_____ a rendu un avis médical à la demande du Tribunal de céans. Elle avait vu la patiente les 15 juin, 12 juillet et 11 octobre 2006. Elle l'avait traitée pour une douleur de l'épaule gauche attribuée à une tendinite du sus-épineux soignée par infiltration locale avec bon effet. Elle avait aussi constaté un syndrome lombo-vertébral, un syndrome cervical, un syndrome fémoro-patellaire bilatéral dans le contexte d'un important déconditionnement musculaire et d'un surpoids. "Les travaux légers (poussière, préparation des repas, repassage et lessive) sont exigibles par la patiente, à son rythme et avec des pauses. Je me pose

la question de la pratique des travaux plus lourds tels que passage de l'aspirateur, les poubelles, les courses, nettoyage des sanitaires et des vitres. En effet, au vu des douleurs lombaires et du surpoids chez une patiente sédentaire, ces travaux ne me semblent plus exigibles". Elle poursuit : "Sur le plan rhumatologique et d'un point de vue strictement clinique (bilan radiologique et autres examens complémentaires non à disposition), la patiente pourrait exercer, en théorie, une activité adaptée à ses limitations. Je pense à un travail léger, par exemple de bureau, sans contrainte sur la charnière dorso-lombaire, en évitant les mouvements répétitifs des membres supérieurs, avec alternance libre des positions. Il est bien clair qu'il faudrait une expertise pluridisciplinaire complète, comprenant une expertise de médecine interne, rhumatologique et psychiatriques. Il faut également tenir compte des facteurs non médicaux tels que la mauvaise maîtrise de la langue française, le manque de formation professionnelle, etc. Je répète qu'il est difficile pour moi de répondre avec plus de clarté à ces questions vu la pathologie très localisée que j'ai traité et la brièveté du suivi médical".

13. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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).

   En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 12 juin 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le

16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 10 janvier 2007, qui a été confirmé par la décision du 20 février 2007. L'assurée a contesté cette décision le 15 février 2007 auprès de l'OCAI, lequel l'a transmis au Tribunal de céans qui l'a enregistré comme recours.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

7. a) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27 al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06).

   b) 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 2004 p. 139 consid. 5.3, 2001 p. 158 consid. 3c; par ex. arrêt D. du 14 janvier 2005 [I 308/04, I 309/04]). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 140 consid. 5.3 déjà cité; ATFA du 17 janvier 2006, I 735/04).

   c) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p.

143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

8. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

9. 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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première

ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 les références).

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).

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)

10. a) En l'espèce, s'agissant d'une personne sans activité lucrative, comme c'est le cas de la recourante, l'invalidité est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir les travaux habituels.

b) Les médecins-traitants de la recourante ont diagnostiqué, comme affection ayant un impact sur la capacité de travail, une tendinite de l'épaule gauche, des dorsalgies bilatérales, des cervicalgies, des lombalgies chroniques ainsi qu'un état dépressif.

S'agissant de la tendinite, la Dresse B_____ a estimé le 11 octobre 2006 qu'il s'agissait d'une pathologie réversible, avec un impact transitoire sur la capacité de travail. Cette affection ne saurait ainsi être qualifiée d'invalidante. Quant aux autres affections rhumatismales, elle estime qu'une activité adaptée est possible ainsi que l'exécution des travaux ménagers légers. Le Dr A_____ va dans le même sens en attestant que la patiente peut assumer les travaux ménagers légers, ce nonobstant l'apathie importante évoquée comme conséquence d'une dépression.

Au vu de ses appréciations médicales lesquelles proviennent de médecins-traitants, dont il est admis qu'ils sont généralement enclins à prendre, en cas de doute, parti

pour leur patient, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction médicale complémentaire, notamment par le biais d'une expertise, comme le demande la recourante.

En effet, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage qui incombe à tout assuré, notamment par le biais d'une meilleure organisation des tâches ménagères et par la sollicitation de l'aide des proches, en particulier pour effectuer les tâches trop lourdes, il y a lieu de considérer, en l'espèce, que l'incapacité de la recourante à effectuer certaines tâches ménagères lourdes, n'est pas d'un degré tel qu'elle donnerait droit à des prestations de l'assurance-invalidité. A cet égard, une enquête économique sur le ménage n'est donc pas nécessaire dès lors qu'elle n'aboutirait manifestement pas à un autre résultat.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et 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. 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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