

## **GE\_GERICHTE A/1840/2003 vom 1. Dezember 2004**

GE Cour de justice, 2004-12-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1840\\_2003](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1840_2003)

FR: GE\_GERICHTE A/1840/2003 du 1 décembre 2004

IT: GE\_GERICHTE A/1840/2003 del 1 dicembre 2004

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.12.2004  
A/1840/2003

A/1840/2003 ATAS/1003/2004 du 01.12.2004 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1840/2003  
ATAS/1003/2004 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES 4 ème chambre du 1 er décembre 2004 En la cause Madame A \_\_\_\_\_,  
comparant par Me Monique STOLLER FÜLLEMANN, avocate en l'Etude de laquelle elle  
élit domicile. recourante contre OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame  
A \_\_\_\_\_, est arrivée en Suisse en 1970. Elle a été immédiatement engagée par  
X \_\_\_\_\_ SA, pour qui elle a travaillé jusqu'en février 1979. Dès le mois de mars  
1979, elle a été engagée en tant qu'agente de propreté et d'hygiène par les HÔPITAUX  
UNIVERSITAIRES DE GENÈVE à un taux d'occupation de 51,04 %. En raison de  
douleurs qui l'handicapaient dans son travail, l'assurée a arrêté son activité professionnelle  
le 29 janvier 2001. Le Dr S \_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué une fibromyalgie et  
une tendinite du sus-épineux de l'épaule droite, ce qu'il a indiqué au Dr T \_\_\_\_\_,  
médecin-traitant de l'assurée, dans un courrier du 6 avril 2001. La patiente étant  
farouchement opposée à l'idée de subir une infiltration de son épaule, il n'y avait pas de  
proposition thérapeutique à formuler. S'agissant de la fibromyalgie, une perte de poids était  
préconisée, associée à une augmentation de l'activité physique et à la pratique régulière  
d'activités sportives. En date du 14 novembre 2001, l'assurée a déposé auprès de l'Office  
cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) une demande de prestations de  
l'assurance-invalidité, visant à l'obtention d'une rente. Dans un rapport médical à  
l'attention de l'OCAI du 22 mars 2002, le Dr T \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une  
fibromyalgie, une tendinopathie, une hypothyroïdie, une spondylarthrose lombaire, une  
atteinte locale relativement sévère du nerf médian ainsi qu'un état dépressif. D'après ce  
médecin, compte tenu du fait que la patiente était peu scolarisée et qu'elle avait travaillé  
durant 20 ans à l'hôpital en tant que nettoyeuse, une rente entière devrait lui être octroyée. Il  
n'était pas possible d'exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité en raison du fait  
qu'elle était droitrière et que son membre supérieur droit était inutilisable. Le 13 décembre  
2002, le Service médical régional de l'assurance invalidité (ci-après : SMR) a rendu son  
rapport suite à un examen clinique bidisciplinaire de l'assurée. Le SMR a posé le diagnostic  
de PSH droite simple avec conflit sous acromial, hypothyroïdie substituée, obésité, allergie  
cutanée à certains produits et trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen chez  
une personnalité à traits narcissiques. Dans le cadre de leur appréciation, les médecins du  
SMR ont relevé que l'assurée s'était mise à présenter progressivement des douleurs  
ostéoarticulaires depuis plus de 10 ans. L'assurée n'avait plus aucune activité  
professionnelle depuis le mois de janvier 2001, pratiquement plus d'activité domestique ou

de divertissement et faisait état d'une récente augmentation de ses douleurs et de son état de fatigue. L'examen ostéoarticulaire et neurologique objectif était discret. Il existait de très discrets troubles de la statique vertébrale avec une mobilité rachidienne dans la norme, des signes discrets mais bien nets en faveur d'un conflit sous acromial au niveau de l'épaule droite, le reste de l'examen étant dans la norme mis à part les douleurs annoncées par l'assurée et la palpation de différents sites insertionnels. Le tableau douloureux était dominé par la symptomatologie douloureuse ostéoarticulaire permanente en imposant pour un tableau de fibromyalgie, à la limite du trouble somatoforme douloureux. Compte tenu des constatations cliniques et radiologiques, certaines limitations fonctionnelles s'imposaient à l'assurée : alternance des positions debout et assise, éviter le port de charges, pas de travail se faisant en porte-à-faux statique du tronc ainsi que des limitations de l'épaule droite. La capacité résiduelle de travail exigible était complète dans une activité adaptée, mais son exigibilité était réduite à 50 % eu égard à la problématique psychiatrique. Des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables au vu de la fragilité de la personnalité de l'assurée. En date du 30 janvier 2003, l'OCAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2000 et retenu que le taux d'invalidité dans son activité professionnelle était de 52,1 %. Le 14 mars 2003, l'OCAI a réalisé une enquête économique sur le ménage de l'assurée. Dans le cadre de cette enquête, l'intéressée a indiqué à l'OCAI qu'elle continuerait à travailler à 51 % pour le même employeur si elle en était capable. Elle avait volontairement fixé son activité à ce taux pour pouvoir consacrer du temps à ses filles. Au terme de l'enquête, les empêchements de l'assurée dans son ménage étaient évalués à 0 %, cela notamment en raison du fait qu'elle bénéficiait d'une aide non négligeable de son époux. Vu le statut mixte de l'assurée et compte tenu de la pondération des activités ménagère et lucrative, le degré d'invalidité global obtenu par l'OCAI au terme du calcul a été de 26,54 %. Par décision du 26 mai 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 26,54 %, insuffisant pour prétendre à l'octroi d'une rente. Par courrier du 16 juin 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision. Le 25 juin 2003, l'assurée a complété son recours en précisant qu'elle concluait à l'octroi d'une demi-rente, considérant que son degré d'invalidité était supérieur à 40 %. Le résultat de l'enquête économique sur le ménage était contesté et un courrier du 16 juin 2004 du Dr T\_\_\_\_\_ était joint pour le surplus. Dans ce courrier, le médecin traitant indiquait à l'OCAI qu'il restait très perplexe devant le calcul du taux d'invalidité. Selon lui, la patiente était totalement incapable de travailler dans sa profession, en tenant compte des pathologies physiques et psychiques. Sa patiente, qui était une bonne employée, ressentait comme une grande injustice le refus prononcé ce qui obligeait le médecin à lui prescrire des anxiolytiques et des somnifères. Le 5 août 2003, la recourante a complété une nouvelle fois son recours. Elle a invoqué le fait qu'elle était née en 1949 et que son âge n'avait pas été pris en considération de manière suffisante. Conformément à une jurisprudence récente du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) ses chances de retrouver un emploi étaient pratiquement inexistantes. Elle a joint un nouveau rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2003. Dans ce rapport, le médecin contestait l'enquête économique sur le ménage et les empêchements retenus dans différents postes (alimentation, entretien du logement, entretien des vêtements). Au total, le Dr T\_\_\_\_\_ estimait que l'assurée ne pouvait effectuer que le 50 % de ce dont elle était capable avant de tomber malade. Par ailleurs, l'activité de nettoyeuse n'étant plus exigible et d'éventuelles mesures ayant été jugées inopérantes par le SMR, le médecin ne voyait pas quelle activité il serait encore possible de proposer à sa patiente. Tenant compte de tous ces

facteurs, le maximum que l'on pouvait exiger de cette dernière était un 25 % d'activité, répartis par moitié entre le ménage et l'activité professionnelle. L'opposante concluait sur la base de ce rapport à l'octroi d'une rente entière. Par décision sur opposition du 21 août 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale. L'office a relevé que l'assurée n'était pas divorcée et qu'elle continuait à bénéficier de l'aide de son conjoint qui revenait régulièrement d'Espagne. De plus, le médecin traitant de l'assuré lui avait conseillé il y a déjà plusieurs années à demander un poste plus léger à son employeur. En ce sens, un principe universel en matière d'assurances sociales enjoignait les assurés à réduire un maximum leur dommage. Sur cette base, l'enquête ménagère ainsi que ses conclusions étaient confirmées. Par ailleurs, le médecin de l'assurée devait se contenter de renseigner l'administration sur les questions médicales et leurs conséquences sur la capacité de travail. A partir de ces informations, l'office AI examinait les activités exigibles et déterminait le taux d'invalidité. Enfin, l'âge de l'assurée n'entrait pas en ligne de compte pour l'OCAI dès lors que « l'élément causal n'était pas établi lorsque l'incapacité de gain était provoquée par un facteur autre qu'une atteinte à la santé ». Par acte du 24 septembre 2003, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle contestait le pourcentage retenu concernant son activité professionnelle et les conclusions de l'enquête économique sur le ménage, laquelle ne tenait pas compte de son handicap psychique. De plus, son état de santé s'était aggravé. Contrairement à ce qu'avait retenu l'OCAI, elle n'était que très peu aidée par sa famille et son âge devait être pris en compte pour fixer son taux d'invalidité. Par préavis du 12 décembre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Compte tenu des arguments soulevés par la recourante, le dossier avait été soumis une nouvelle fois au SMR, plus particulièrement au psychiatre, pour savoir si l'assurée présentait des limitations dans son ménage en raison des problèmes psychiques, ce à quoi les médecins ont répondu par la négative. Selon eux, l'énumération des empêchements déterminée par l'enquêtrice restait pertinent et n'était pas en contradiction avec l'atteinte à la santé. Ils ont ajouté que la capacité de travail était de 100 % dans une optique bio-mécanique, mais qu'elle avait été diminuée à 50 % pour tenir compte de l'atteinte psychique. L'OCAI a également rappelé que le médecin traitant de l'assurée n'était pas un spécialiste en psychiatrie et que ses conclusions ne remettaient donc pas en cause celles du psychiatre. Enfin, les éventuels « nouveaux symptômes » invoqués par le médecin traitant postérieurement à la décision litigieuse ne pouvaient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Par courrier du 17 mai 2004, la recourante a transmis au TCAS un certificat médical établi par le Dr U\_\_\_\_\_, psychiatre, duquel il ressortait qu'elle présentait un tableau dépressif important avec syndrome somatique qui nécessitait une approche intensive de type centre de jour. S'agissant d'un diagnostic lourd qui démontrait une aggravation de l'état de santé de l'assurée, il y avait lieu de déterminer à partir de quelle date l'état de santé s'était aggravé. Par courrier du 25 mai 2004, l'OCAI a rappelé que le TCAS se prononcerait sur l'état de fait prévalant jusqu'au 21 août 2003, la demande de révision serait traitée une fois que le Tribunal aurait rendu son jugement. Le 28 septembre 2004, sur demande du TCAS, le Dr S\_\_\_\_\_ a donné son appréciation sur l'enquête ménagère. Le syndrome de fibromyalgie dont souffrait l'assurée n'entraînait pas de limitation fonctionnelle et aucune incapacité dans des activités considérées comme légères, qui restaient exigibles chez une telle personne. Les conclusions de l'enquête ménagère étaient donc conformes à ce que l'on peut attendre d'une personne présentant un tableau de fibromyalgie. Par courrier du 7 octobre 2004, l'OCAI a indiqué que les explications du

Dr S\_\_\_\_\_ n'appelaient pas de commentaire particulier, hormis la constatation qu'elles corroboraient la position du SMR dans cette affaire. Le 12 novembre 2004, la recourante a indiqué au TCAS que le Dr S\_\_\_\_\_ ne l'avait vue qu'à quelques reprises en 2001 et une fois en 2004, sans qu'il y ait eu de nouveaux examens. Son point de vue ne prenait pas en compte l'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique. Actuellement, l'assurée était incapable d'effectuer toutes les activités, mêmes légères, et son mari s'était installé définitivement en Espagne. L'assurée a également joint deux certificats médicaux. Dans un certificat médical du 27 août 2004, la Dresse V\_\_\_\_\_, du centre de psychiatrie et psychologie de Ourense (Espagne), a indiqué que l'assurée était suivie en consultation psychiatrique depuis le mois d'avril 2004. Un diagnostic d'altération mixte anxio-dépressive était posé. Dans un certificat médical du 20 septembre 2004, le Dr T\_\_\_\_\_ a précisé qu'on pouvait aujourd'hui retenir que l'état anxio-dépressif de la patiente existait depuis 2002 et qu'il s'était aggravé récemment puisque sa psychiatre avait dû augmenter les doses d'antidépresseurs. Ces pièces ont été transmises à l'OCAI par courrier du 17 novembre 2004 par le TCAS qui a ensuite gardé la cause à juger.

**EN DROIT**

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1<sup>er</sup> let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ). La décision à l'origine du recours dont est saisi le Tribunal de céans a été rendue le 21 août 2003, de sorte que la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Déposé dans les formes et délais imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. La question principale qui se pose est de déterminer le degré d'invalidité de la recourante. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (ci-après : LAI), l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2003).

a) Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après RAI)). Dans le cadre 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; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15 ). b) Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références; VSI 2000 p. 154 consid. 2c). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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 ). En d'autres termes, selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références). En particulier, le juge accorde davantage de poids à un rapport d'expertise remplissant toutes les conditions requises par la jurisprudence qu'à l'opinion du médecin traitant (ATF 125 V 353 ). c) Enfin, parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de la LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que

la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294 , précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (ATFA non publié du 14 novembre 2003 en la cause I 776/02) En l'espèce, en ce qui concerne les appréciations médicales, le dossier contient des pièces médicales fournies par le médecin traitant de l'assurée, le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR et un avis médical de ce même service se prononçant sur les arguments invoqués par la recourante durant la procédure. L'administration a mandaté le SMR pour qu'il réalise des examens approfondis par deux médecins, dont un spécialiste en rhumatologie et un spécialiste en psychiatrie. Ces derniers ont retenu les diagnostics de PSH droite simple avec conflit sous acromial, hypothyroïdie substituée, obésité, allergie cutanée à certains produits et trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen chez une personnalité à traits narcissiques. S'agissant de l'atteinte psychiatrique, les médecins du SMR ont relevé que l'évolution dépressive présentée correspondait à une décompensation d'une personnalité à traits narcissiques. La perte d'aptitudes professionnelles engendrait chez l'assurée des sentiments de dévalorisation importants. Par ailleurs, l'hypothyroïdie engendrait d'importantes préoccupations anxieuses. Il y a donc lieu de retenir que le tableau clinique comporte des éléments pertinents au plan psychiatrique, soit une dépression durable au sens médical. Dès lors, on peut considérer en l'espèce l'atteinte psychique comme invalidante. Après avoir soumis les points déterminants à une étude fouillée, les médecins du SMR sont parvenus à la conclusion qu'au vu de l'ensemble des affections précitées, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était encore exigible de la part de l'assurée. Le rapport d'examen clinique du 13 décembre 2002, plus détaillé que toutes les autres pièces, se fonde sur une étude attentive du dossier; il prend en considération la situation médicale de l'assurée dans son ensemble, aussi bien objectivement que subjectivement. Pour rendre leurs conclusions, les spécialistes ont effectué divers examens, ont pris en considération toutes les plaintes émises par l'assurée et ont acquis une pleine connaissance de l'anamnèse (familiale, personnelle, générale, professionnelle, par système, psychosociale et psychiatrique), ainsi que du dossier radiologique. Leurs conclusions sont dûment motivées. Le rapport respecte en tous points les exigences posées par la jurisprudence citée ci-dessus et il y a lieu en conséquence de lui attribuer une pleine valeur probante. Par ailleurs, les autres appréciations médicales, notamment celle du médecin traitant de l'assurée, ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du rapport du SMR. En effet, il s'agit de l'avis d'un seul médecin, qui plus est celui du médecin traitant, alors que le rapport du SMR est le fruit d'une discussion détaillée et récente de spécialistes. Enfin, il y a lieu de relever que l'avis du Dr U \_\_\_\_\_, du 12 mai 2004, n'est pas non plus de nature à remettre en question le rapport d'examen du SMR ; en effet, même si le praticien prénommé fait état d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, cette aggravation est apparue après le prononcé de la décision dont est recours, de sorte que le rapport médical y relatif ne saurait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Par conséquent, en

l'absence d'élément déterminant permettant de mettre en doute les conclusions du SMR, et dans la mesure où ce dernier rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière (voir consid. 5.1), il y a lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. Ainsi, après examen des rapports précités, l'administration ne saurait être critiquée pour avoir considéré le dossier médical comme complet et estimé, au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, que l'état de santé de la recourante ne nécessitait pas d'instruction complémentaire. On rappellera en outre que les actes médicaux ne doivent pas être complétés au seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils ne soient contestés sur des points précis, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 110 V 53 consid. 4a I 751/03 Arrêt du 19 mars 2004). Il y aura donc lieu de retenir que la recourante doit être considérée comme capable d'exercer une profession adaptée à son état de santé à un taux de 50 %.

a) 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). Le Conseil fédéral règle l'évaluation de l'invalidité dans des cas particuliers, notamment chez les assurés qui n'avaient pas d'activité lucrative. Il peut dans ce cas déroger à l'art. 16 LPGA (art. 28 al. 3 LAI). Se fondant sur cette disposition légale, le Conseil fédéral a édicté les articles 27 et 27bis RAI. Selon l'art. 27 RAI, l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants (art. 27 al. 2 RAI). En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel (...) 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'art. 27 RAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative 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 activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

b) Ainsi, il faut dès lors déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Il convient par conséquent d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. 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 pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation

et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). Dans son arrêt du 26 octobre 2000 (VSI 2001 p. 155), le Tribunal fédéral des assurances a conféré un rôle encore plus déterminant aux constatations médicales. Il a en effet considéré qu'en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage (p. 159 consid. 3d). Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que 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 (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02). 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 faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). Le TFA a indiqué qu'il fallait s'en tenir à la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt non publié du 9 novembre 1987 dans la cause C., I 277/87, et a précisé, qu'en présence de tels troubles, 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 (ATFA non publié du 22 décembre 2003 en la cause I 311/03). En l'espèce, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels ont été fixées à 51,04 % et 48,96 % par l'OCAI dans sa décision du 21 août 2003. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette répartition qui, au demeurant, ne fait l'objet d'aucune controverse entre les parties et qui correspond à la réalité. Pour fixer l'empêchement de l'intimée dans ses travaux habituels, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 avril 2003, au cours de laquelle l'assurée a été interrogée l'assurée en présence de son mari. Le rapport d'enquête établit une description détaillée des conditions de vie de la recourante et de ses activités. Il analyse de manière circonstanciée les tâches qu'elle peut ou ne peut pas accomplir. A lire attentivement le rapport, il n'apparaît pas que les divers champs d'activité aient été sous-estimés par l'enquêtrice. Dans certains postes, on constate que l'aide dont la recourante peut bénéficier dans l'accomplissement des tâches a été prise en compte, ce qui se justifie dès lors qu'il est effectivement admis qu'afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés. On rappellera ici que le mari de la recourante a assisté à l'entretien et que c'est donc lui-même qui a

informé l'enquêtrice de la répartition des tâches au sein du ménage. Les constatations de l'enquêtrice sont donc clairement motivées et fondées sur un examen attentif et précis de la situation familiale concrète de la recourante. A l'issue de cette enquête, l'administration a fixé à 0 % l'empêchement global dans les activités habituelles. Compte tenu des arguments invoqués par l'assurée, qui contestait les empêchements retenus et indiquait que ses problèmes psychiques n'avaient pas été pris en compte dans la décision, l'OCAI a soumis son enquête ménagère au SMR afin que les médecins se déterminent en fonction de leur appréciation médicale. Dans leur avis médical du 8 décembre 2003, les médecins du SMR ont appuyé les conclusions de l'enquête ménagère et précisé que l'état psychique de l'assurée était compatible avec l'accomplissement des travaux de ménage, vu l'absence de contrainte horaires et de rendement précis. Selon eux, l'enquête ménagère confirmait leur appréciation médicale ; l'énumération des empêchements déterminée par l'enquêtrice restait pertinente et n'entraînait pas en considération avec l'atteinte à la santé. A noter que ce rapport a également été soumis au Dr S \_\_\_\_\_, rhumatologue ayant examiné l'assurée à plusieurs reprises à la demande de son médecin traitant. Ce spécialiste a confirmé les conclusions de ce rapport et précisé que l'état de santé de la recourante n'entraînait pas de limitation fonctionnelle. Aucune incapacité ne pouvait être reconnue dans des activités considérées comme légères, qui restaient exigibles chez cette patiente. Selon ce spécialiste, les conclusions de l'enquête ménagère étaient conformes à ce que l'on pouvait attendre de cette assurée. A noter ici que les griefs de l'assurée concernant cette prise de position, à savoir que le Dr S \_\_\_\_\_ ne tient pas compte de l'atteinte psychiatrique, ne sauraient être retenus, dans la mesure où l'apparition de cette atteinte est survenue après le prononcé de la décision dont est recours. Pour le surplus, il n'est pas établi que cette atteinte (trouble anxio-dépressif) limiterait effectivement la recourante dans les activités ménagères. Ce fait sera examiné par l'OCAI dans le cadre de la demande de révision (cf. courrier de l'OCAI au Tribunal du 25 mai 2004). Compte tenu de ce qui précède, il y a donc lieu de confirmer que l'assurée ne souffre pas d'empêchements significatifs dans son ménage et que son taux d'invalidité est nul pour ce poste. Le dernier grief de la recourante a trait à son âge. Elle invoque une jurisprudence récente du TFA qui disposerait que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 ), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATFA du 4 avril 2002 en la cause I 401/01 ; ATFA du 26 mai 2003 en la cause I 462/02). Le cas d'espèce diffère de celui qui avait été soumis au TFA, qui était à tout le moins particulier. En effet, il s'agissait du cas d'une femme dont la capacité de travail avait été évaluée à quelques mois de l'âge lui ouvrant le droit à une rente de vieillesse, qui n'avait d'autre formation que le métier de coiffeuse qu'elle avait exercé durant quarante ans, qui n'aurait pas pu commencer de nouvelle activité adaptée sans formation complémentaire et dont l'état de santé requerrait un travail dans un lieu aseptisé. Les possibilités de travail existantes

étaient donc purement théoriques. Compte tenu de toutes ces conditions, il avait été retenu qu'aucun employeur ne l'aurait engagée pour un emploi limité à quelques mois, ce qui paraît évident. Le cas de la recourante est différent de celui que l'on vient d'évoquer à plusieurs points de vue. Tout d'abord, au moment de la décision attaquée, soit en août 2003, la recourante se trouvait encore à plusieurs années de l'âge lui ouvrant le droit à une rente de vieillesse, ce qui constitue une durée importante de vie professionnelle restante à accomplir. Par ailleurs, les professions qui lui sont encore ouvertes ne nécessitent pas d'adaptation particulière du poste de travail en raison de ses problèmes de santé, vu qu'elles sont nombreuses, ainsi qu'on le verra ci-dessous dans le cadre de la comparaison des revenus. Il y a donc lieu de considérer dans un tel cas qu'il était tout à fait exigible de la part de l'assurée qu'elle retrouve un emploi adapté sur un marché équilibré du travail. On soulignera toutefois que la question de l'âge ne sera pas ignorée dans la fixation du degré d'invalidité, puisqu'elle sera prise en compte dans le cadre de la comparaison des revenus par une réduction du montant des salaires ressortant des statistiques en raison des empêchements propres à la personne de l'invalidé, dont l'âge fait partie. Il reste donc à déterminer le taux d'invalidité. S'agissant de la comparaison de revenus en regard de l'activité adaptée exigible à 50 % selon l'appréciation médicale, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, ainsi que les modifications survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATFA I 670/01 du 2 février 2003). En conséquence, à la lecture de la jurisprudence précitée, l'année déterminante pour la comparaison sera l'année 2002, soit une année après le début de l'incapacité de travail de l'assurée. S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où la recourante a stoppé son activité professionnelle, elle était employée comme agente de propreté et hygiène par les HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE pour un salaire mensuel de 2'680 fr. 85 fr. sur 13 mois. Le salaire annuel sans invalidité en 2000 s'élevait à 34'851 fr. Réactualisé pour l'année 2002 par la biais de l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs (ouvrières adultes ; 2000 = 2432 , 2002 = 2553 ) le salaire sans invalidité en 2002 est donc de 37'991 fr. ( $34'851 \times 2553 / 2432$ ). Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76 ). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne

peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70). En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de l'industrie manufacturière en 2002, à savoir 3'809 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, tableau TA3; n° 15-37, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,5 heures en 2002 ; Office fédéral de la statistique, Durée du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à 3'952 fr. ( $3'809 \times 41,5 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 47'424 fr. Afin de tenir compte de la capacité résiduelle de 50 % telle qu'elle a été déterminée par le SMR, ce montant doit être ramené à 23'712 fr. Compte tenu du fait que l'assurée a été tenu éloignée du monde du travail durant plusieurs années, en raison de son âge et des limitations fonctionnelles dont elle fait l'objet, un abattement supplémentaire de 20 % pourra être retenu. Il en résulte donc un revenu d'invalidé de 18'970 fr. Si on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ( $[37'991 - 18'970] / 37'991 \times 100$ ), on obtient un degré d'invalidité de 50.1 % dans le cadre de l'exercice d'une activité lucrative. Il s'agit dès lors de procéder à la détermination finale du taux d'invalidité au moyen de la méthode mixte d'évaluation des revenus, par conséquent à l'aide de la formule suivante :  $E = \text{travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par semaine} / \text{durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine} \times 100$  ;  $IE = \text{handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent}$  ;  $EZ = \text{durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine}$  ;  $H = \text{handicap rencontré dans le ménage en pour cent}$ . Le calcul à effectuer est celui-ci :  $\{20.48 \times 50.1 + ([40 - 20.48] \times 0)\} / 40 = 25,65\%$  Ce taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité, le recours doit être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ) A la forme : Déclare le recours recevable ; Au fond : Le rejette ; Dit que la procédure est gratuite ; Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art.

132, 106 et 108 OJ). Le greffier : Walid BEN AMER La Présidente : Juliana BALDE Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.