

GE_GERICHTE A/2328/2007 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2328_2007

FR: GE_GERICHTE A/2328/2007 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/2328/2007 del 28 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.11.2008
A/2328/2007

A/2328/2007 ATAS/1403/2008 du 28.11.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2328/2007
ATAS/1403/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 28 novembre 2008 En la cause Madame S _____,
domiciliée à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY
Marlène recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis
rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame S _____ (ci-après : l'assurée),
née en 1970, a exercé la profession de coiffeuse de 1991 à 2002. Le 17 août 2004, elle a
déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après OCAI), en invoquant une scoliose. Répondant à
un questionnaire de l'OCAI ayant pour but de déterminer son statut, l'assuré a affirmé
qu'en bonne santé, elle aurait exercé l'activité de coiffeuse à 50%, par intérêt personnel et
besoin financier (cf. questionnaire rempli le 1er septembre 2004). Elle a qualifié son
handicap de moyen pour la préparation des repas, de léger dans l'entretien du ménage, la
lessive, les soins aux membres de la famille et les loisirs, et indiquer n'en rencontrer aucun
pour faire les emplettes ou les activités de planification. Dans un rapport daté du 9
septembre 2004, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les
diagnostics suivants : trouble statique du rachis dorsal et lombaire sur séquelles de
Scheuermann, dorsalgies tenaces sur hypercyphose dorsale depuis 2000, ainsi qu'une
lombosciatique gauche et droite en alternance sur petite hernie discale L5-S1. Le médecin a
conclu à une incapacité de travail de 50% depuis 2002, en ajoutant que l'état de santé de sa
patiente allait en s'aggravant. Il a expliqué que depuis le printemps 2004, la
symptomatologie douloureuse s'était nettement aggravée, avec l'apparition de sciatalgies
bilatérales. Le scanner avait montré l'apparition d'une hernie L5-S1. Il a ajouté que la
patiente ne pouvait assumer seule son ménage et devait se faire épauler par les membres de
sa famille. Interrogé par l'OCAI, le Dr A _____ a précisé en date du 5 novembre 2004
que sa patiente ne pouvait plus assumer son activité de coiffeuse, puisque les positions en
flexion et demi-flexion du rachis étaient contre-indiquées. En revanche, une autre activité
serait envisageable à raison de deux ou trois heures par jour au maximum, à condition
d'éviter les positions statiques. Il a par ailleurs expliqué en date du 6 décembre 2004 qu'il
avait opté pour un traitement conservateur, une intervention à ce stade ne pouvant amener
que des complications à moyen terme. Il a ajouté que la patiente allait mieux, mais que son
dos restait délicat et lui interdisait un travail lourd et à plein temps. Le dossier de l'assuré a
été soumis à la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, qui a préconisé une
expertise somatique et psychiatrique. En effet, l'assurée, entendue par un collaborateur de
l'OCAI, avait expliqué avoir subi quinze ans de maltraitance conjugale. Elle ne prenait

alors pas d'antidépresseur et ne souhaitait pas être suivie par un psychiatre. Une expertise bidisciplinaire a alors été confiée au Dr B _____, spécialiste FMH en rhumatologie et à la Dresse C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins ont rendu leur rapport en date du 4 août 2006. Sur le plan somatique, l'examen clinique a mis en évidence d'importants troubles de la posture au niveau dorsal, avec une importante augmentation de la cyphose, à tel point que les médecins ont été étonnés de constater qu'au niveau radiologique, les lésions constatées étaient minimes. Ils en ont tiré la conclusion que les troubles posturaux étaient probablement dus à de mauvaises habitudes, ainsi qu'à des troubles constitutionnels. Ils ont dès lors recommandé une physiothérapie posturale et une activité physique régulière, expliquant qu'une prise en charge correcte permettrait de nettement améliorer les symptômes et de remuscler le dos. D'un point de vue rhumatologique, le Dr B _____ a conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges lourdes, ni des mouvements répétés de flexion du rachis et permettant de changer fréquemment de position. Le médecin a en revanche admis que dans la profession de coiffeuse, la capacité de travail était diminuée de 50%, en raison de la déformation dorsale et du fait que cette activité requiert beaucoup de positions en flexion de la région dorsale et en porte-à-faux. La Dresse C _____ a relevé que sur le plan social, l'assurée avait vécu quinze ans de violence conjugale. Elle présentait, au moment de l'expertise, un état dépressif léger, caractérisé par une humeur dépressive et labile, ainsi qu'une forte anxiété et une nervosité secondaire aux menaces de mort et aux violences subies de la part de son mari. Elle souffrait également d'une diminution de l'estime de soi et de la confiance, secondaires à ce conflit conjugal. En dépit d'antécédents de tentative de suicide, l'assurée n'avait désormais plus d'idées suicidaires, ceci grâce à l'attachement qu'elle porte à sa famille et à ses enfants, qui ont encore grand besoin d'elle. Son sommeil est perturbé, son appétit fortement diminué, ce qui entraîne une plus grande fatigabilité. Cet épisode dépressif léger s'accompagne d'un sentiment de détresse et interfère négativement avec un éventuel projet de retrouver une activité professionnelle, mais n'altère cependant pas le fonctionnement habituel de l'assurée dans ses tâches ménagères. Les médecins ont préconisé un suivi et un soutien psychiatrique pour aider l'assurée à mobiliser ses ressources personnelles. Sur le plan psychique, ils ont conclu à une capacité de travail totale. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée en date du 16 octobre 2006. L'enquêtrice a signalé que l'assurée lui paraissait tendue; elle était désormais suivie par un psychiatre, à raison d'une séance tous les quinze jours et était sous médication. Elle a indiqué être parfois submergée par des bouffées d'angoisse, se manifestant par des crampes et des contractures des membres supérieurs et inférieurs, l'obligeant à s'allonger. L'assurée est revenue sur l'affirmation selon laquelle elle travaillerait à 50%, compte tenu de l'évolution de sa situation financière. En effet, le 30 mai 2005, le Tribunal de première instance a rendu un jugement sur mesures protectrices et l'assurée est désormais séparée, avec deux enfants à charge. Elle reçoit une aide financière de l'Hospice général depuis janvier 2005 (900 à 1'200 fr par mois). S'y ajoutent une allocation de logement (333 fr.) et les allocations familiales. Le père des enfants verse une pension alimentaire de 1'200 fr. L'enquêtrice a dès lors préconisé d'admettre qu'en bonne santé, l'assurée travaillerait à 60, voire 80%, en se réservant le mercredi pour s'occuper des enfants. L'enquêtrice a abouti à un degré d'empêchement de 16.5 %, s'agissant des tâches ménagères. Le dossier a dès lors été soumis une nouvelle fois à la Division de réadaptation professionnelle, qui a retenu un statut mixte (80% d'activité professionnelle et 20% consacrés au ménage). Il a été considéré que l'assurée pourrait envisager une activité

professionnelle dans l'industrie légère, en tant qu'ouvrière d'usine de conditionnement, contrôleuse de qualité, aide de bureau ou représentante, ou encore dans toute autre activité légère, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu de 34'977 par an (ESS 2002 TA1 activités simples et répétitives : 3'820 fr. pour 40 h./sem. en 2002 = 3'982 fr. pour 41.7 h./sem. en 2002 = 47'788 fr. en 2002 = 48'579 fr. en 2003 = 38'863 fr. à 80% = 34'977 fr. après diminution supplémentaire de 10%). Le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué, dans un rapport du 26 mars 2007, que l'assurée souffrait d'un état dépressif et anxieux consécutif à des violences conjugales et à un divorce. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, dont il a décrit l'état comme stationnaire. Il a indiqué qu'à ce stade, il était très difficile de faire un pronostic. Le 29 mars 2007, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision, au terme duquel il lui refusait le droit à toute prestation, au motif que son degré d'invalidité était insuffisant. Par courrier du 4 avril 2007, l'assurée a manifesté son désaccord avec ce projet. Le 20 avril 2007, le Dr A _____ a adressé un courrier à l'OCAI, en expliquant que le syndrome lombo-radicaire droit de sa patiente n'avait cessé de se dégrader et qu'un déficit sensitif était apparu au niveau du pied droit, avec une diminution de la force musculaire du membre inférieur droit. Le 17 avril 2007, le Dr E _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et traitements de la douleur, a relevé que la patiente décrivait clairement un syndrome radicaire L5-S1 avec un déficit sensitif sur le dos du pied droit, mais que les examens radiologiques et l'IRM ne montraient qu'un début de discopathie L5-S1. Il n'a pas relevé de déficit moteur objectivable. En revanche, une sensibilité altérée au membre inférieur droit, de manière non systématisée, avec une anesthésie thermique sur le dos du pied. Les manœuvres de Lasègue se sont toutes révélées négatives. Ces documents ont été soumis au Dr F _____, du SMR, lequel a estimé qu'il n'y avait pas de fait nouveau depuis le rapport d'examen du SMR, car le Dr E _____ n'avait rapporté aucune modification des images radio diagnostiques et le tableau décrit n'évoquait en aucun cas un déficit neurologique périphérique, ou toute autre atteinte somatique. Par décision du 14 mai 2007, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assurée. Des documents versés au dossier, l'OCAI a tiré la conclusion que la capacité de travail habituelle de l'assurée était effectivement considérablement restreinte et lui a reconnu une incapacité de travail de 50% en tant que coiffeuse depuis le 1er mai 2002. En revanche, se référant au rapport d'expertise du 4 août 2006, l'OCAI a retenu que l'assurée pourrait exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il en a conclu qu'elle pourrait donc travailler dans l'industrie légère, par exemple comme ouvrière d'usine de conditionnement, contrôleuse de qualité, aide de bureau (activité dans laquelle l'assurée bénéficie d'une expérience), représentante de produits cosmétiques ou encore, dans toute autre activité légère, puisque ces professions ne requéraient pas de qualifications particulières et respectaient les limitations fonctionnelles décrites par le service médical. Considérant qu'en bonne santé, l'assurée aurait travaillé à 80%, le solde de 20% étant réputé consacré aux travaux ménagers, l'OCAI a fait procéder en date du 16 octobre 2006 à une enquête ménagère qui a conclu à un empêchement de 16,5 %. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'OCAI a comparé le revenu qui aurait été le sien sans atteinte à la santé en 2003, à savoir 32'482 fr. (ESS 2002 TA 7 secteur 3, n° 34 [soins corporels] niveau de qualification 3 [CFC de coiffure] = 3'193 fr. par mois pour un horaire de 41,7 h./sem. à plein temps en 2002 = 32'485 fr. à 80% en 2003), à celui que l'on pourrait raisonnablement attendre qu'elle réalise malgré ses limitations, soit 34'977 fr. (ESS 2002 TA1, tous secteurs confondus, niveau de qualification 4 [activités simples et répétitives] = 38'863 fr. à 80%,

moins une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations de l'assurée et du fait qu'elle ne peut exercer qu'une activité légère = 34'977 fr.), et en a tiré la conclusion qu'elle ne subissait aucune perte de gain. Tenant compte d'un empêchement de 0% dans l'activité lucrative exercée à 80% et d'un empêchement de 16,5% à assurer les tâches ménagères, l'OCAI a conclu à un degré d'invalidité global de 3,3%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. L'OCAI a dès lors recommandé à l'assurée de s'adresser à l'assurance-chômage, ajoutant toutefois que sur demande expresse et motivée de sa part, elle pourrait bénéficier de l'aide de son service de placement. Le 9 juin 2007, le Dr A _____ a fait parvenir à l'OCAI le résultat d'un examen pratiqué par le Dr G _____, spécialiste FMH en neurologie, indiquant que l'examen myographique réalisé sur le membre inférieur droit avait permis d'observer une discrète dénervation limitée au myotome L5. Par courrier du 14 juin 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle allègue souffrir du dos depuis l'âge de 18 ans et avoir un "nerf usé sur la vertèbre L5". Elle invoque l'avis de ses médecins, le Dr A _____ - qui la suit depuis plusieurs années et qui peut attester que son état n'a cessé de se dégrader et qu'un déficit sensitif est apparu au niveau de son pied droit avec une diminution de la force musculaire du membre inférieur droit -, le Dr G _____ - qui a attesté qu'elle souffre du dos depuis de longue date et que se sont récemment installées des sciatalgies droites – et enfin le Dr Patrice D _____ – qui la suit pour des problèmes de dépression. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 20 juin 2007, a conclu au rejet du recours. Il souligne que sa position est fondée médicalement parlant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1er juin 2006 et dont il estime qu'il doit se voir reconnaître une pleine valeur probante puisqu'il a parfaitement élucidé la situation médicale de l'intéressée tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Par courrier du 29 août 2007, l'assurée a fait remarquer que les documents produits à l'appui de son recours, notamment la lettre du Dr A _____ du 20 avril 2007 et celle du Dr G _____ du 31 mai 2007 étaient postérieurs au rapport d'expertise auquel se réfère l'intimé. Elle en tire la conclusion que son état de santé évolue de manière négative. Elle a allégué qu'elle devrait subir en date du 26 septembre 2007 une intervention de dénervation de S5-S6 par le Dr E _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et traitement de la douleur, ce qui démontre selon elle que son état de santé ne lui permet plus de travailler. Par courrier du 5 octobre 2007, le Dr E _____ a indiqué que 10 jours après le traitement de dénervation, la patiente se plaignait de douleurs ou d'une "anesthésie douloureuse" de toute la région lombaire basse, avec une irradiation fessière et crurale. Elle décrivait également une sensation de chaleur survenant par vagues au pied droit. Le médecin a précisé que ces douleurs cadraient parfaitement avec ce que l'on observe habituellement après une dénervation étendue, comprenant également la branche latérale et qu'aucun traitement n'est réellement efficace sur ce type de douleurs, dont il convient d'attendre qu'elles disparaissent spontanément. Dans la majorité des cas, elles commencent à s'estomper après trois semaines et disparaissent après trois mois. Entendu à titre de témoin à la demande de la recourante le 1er novembre 2007, le Dr A _____ a expliqué être le médecin-traitant de la recourante depuis 1986. Depuis son adolescence, sa patiente souffre de douleurs dorsales importantes. Elle est en effet atteinte d'une maladie de Scheuermann, ce qui entraîne une mauvaise ossification des vertèbres. L'état de la patiente, qui a une cyphose et des troubles statiques a été aggravé pas les grossesses. Les nerfs sont comprimés par les protrusions discales. Tous les traitements ont été essayés : anti-douleurs, anti-inflammatoires, injections locales, séances de physiothérapie. En septembre 2007, a été tenté un nouveau traitement de

la douleur : la thermo-coagulation. Cela consiste à brûler les nerfs; cela a pour effet que durant deux à trois mois, les nerfs se sclérosent jusqu'à être "tués" de sorte que la douleur puisse se calmer. Au moment de l'audience, cette période de trois mois n'était pas encore écoulée, de sorte qu'il a été impossible au témoin de dire si ce traitement avait fonctionné. Il a expliqué espérer un effet de 80% au moins, précisant que la patiente resterait néanmoins toujours sensible. Interrogé quant aux limitations fonctionnelles de sa patiente, le médecin a indiqué qu'elle doit éviter le port de lourdes charges, l'inclinaison du buste, la position en porte-à-faux, la position agenouillée et les positions statiques en général. A la question de savoir si l'assurée serait capable d'exercer une activité à raison de quelques heures par jour, le médecin a répondu que cela dépendait du type de travail et qu'on pourrait l'envisager à condition qu'il ne s'agisse pas d'un travail physique, d'autant plus si la thermo-coagulation se révèle positive. Le Dr A _____ a encore expliqué que les douleurs décrites par le Dr E _____ dans son courrier du 5 octobre 2007 s'expliquent par l'action de nécrose ordinaire. C'est la raison pour laquelle il a rassuré la patiente en ce sens que si tout va bien cela devrait s'atténuer au bout de quelques mois. Théoriquement c'est bon signe : cela démontre que c'est le bon nerf qui a été touché. Le témoin a confirmé avoir constaté chez sa patiente une perte de force musculaire et une diminution de la mobilité s'expliquant par une fonte musculaire. Cette faiblesse pourrait perdurer malgré la thermo-coagulation ; elle se traduit par une marche moins rapide par exemple. Le médecin a encore indiqué qu'aux problèmes déjà évoqués s'était ajouté un état dépressif apparu trois ans plus tôt, épisode actuel moyen. La patiente est sous antidépresseurs et suivie par un psychiatre. A l'issue de l'audience, l'assurée a produit un bon que lui a délivré le Dr E _____ pour une aide-ménagère à raison de deux fois par semaine durant quatre semaines à compter du 5 octobre 2007. Convoqué à titre de témoin par le Tribunal de céans, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a répondu par courrier du 24 avril 2008 qu'il se refusait à être entendu au sujet de sa patiente et ne se présenterait pas à l'audience. Il a ajouté que la symptomatologie psychique présentée par l'intéressée avait été clairement décrite dans le rapport qu'il avait adressé à l'OCAI en date du 26 mars 2007, ajoutant que cette symptomatologie, consécutive à une situation psychosociale pénible et durable n'avait pas valeur d'invalidité, que les troubles physiques, quant à eux étaient graves et persistants et influençaient de façon négative l'état psychologique de la patiente. En résumé, la symptomatologie psychique était secondaire à des circonstances de vie défavorables et à un syndrome vertébral ayant des conséquences neurologiques sérieuses. En tant que telle, elle avait valeur de comorbidité et venait compliquer le tableau d'ensemble, mais ne pouvait pas être considéré comme un facteur d'invalidité. EN DROIT 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse

(ATF 129 V 1 , consid. 1; ATF 127 V 467 , consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une demi-rente de l'assurance-invalidité. a) 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références). c) 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 est 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). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Dans la mesure où elle ne conteste pas les conclusions de l'enquête ménagère, il faut en conclure qu'elle conteste principalement l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Sur ce point, l'intimé, se basant sur l'expertise bidisciplinaire, a conclu à une capacité de travail totalement préservée dans une activité adaptée. En l'occurrence, les diagnostics de trouble statique du rachis dorsal et lombaire sur séquelles de Scheuermann, dorsalgies tenaces sur hypercyphose dorsale, et lombosciatique gauche et droite en alternance sur petite hernie discale L5-S1. posés sur le plan somatique par le Dr A _____ ne sont pas contestés. Il en va de même, sur le plan psychique, du diagnostic d'état dépressif posé tant par le Dr D _____ que par la Dresse C _____. Le Dr D _____ n'a pas précisé le degré de gravité de ce trouble mais a émis l'avis qu'il ne pouvait être considéré comme invalidant, ce que corrobore la Dresse C _____ qui conclut à un trouble de gravité légère. Les médecins divergent en revanche quant aux répercussions des troubles somatiques de l'assurée sur sa capacité de travail résiduelle. Le Dr A _____, médecin-traitant, conclut à une incapacité de travail de 50% depuis 2002, en ajoutant que l'état de santé de sa patiente va en

s'aggravant. Il a précisé qu'à condition d'éviter les positions en flexion et demi-flexion du rachis, les positions statiques et le port de lourdes charges, une autre activité que celle de coiffeuse serait envisageable à raison de deux ou trois heures par jour au maximum. Le Dr B _____, s'il a retenu les mêmes limitations fonctionnelles, a quant à lui considéré que si celles-ci étaient respectées, l'assurée devrait pouvoir travailler à plein temps. Le rapport du Dr B _____ a été établi en pleine connaissance du dossier. Il tient compte des plaintes rapportées par l'assurée et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. Il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Certes, les Drs A _____ et E _____ ont fait état de l'apparition d'un déficit sensitif au niveau du pied droit et d'une diminution de la force musculaire du membre inférieur droit. Cependant, aucun déficit moteur objectivable n'a été mis en évidence. Quant à la diminution de la force, le Dr A _____ a indiqué qu'elle se traduisait simplement par une marche un peu moins rapide. Ces faits ne sauraient donc remettre en cause les conclusions du Dr B _____.

Quant à la discrète dénervation mise en évidence par le Dr G _____ postérieurement à la décision litigieuse, elle ne saurait entrer en considération dans le cadre du litige, étant rappelé que le juge, pour apprécier une cause, doit se baser sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse. Si l'état de l'assurée devait encore s'aggraver, il lui serait cependant loisible de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office. Eu égard aux considérations qui précèdent, force est de constater que c'est à juste titre que l'Office, se basant sur le rapport d'examen bidisciplinaire, a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter les positions en flexion et demi-flexion du rachis, les positions statiques et le port de charges. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI. a) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les

confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. c) Aux termes de l'art. 27bis 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 domaines d'activité en question. S'il y a lieu d'admettre que les assurés, s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité sera évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. L'art. 27 RAI dispose que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage et n'exerçant pas d'activité lucrative, on entend l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré. 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.). En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 80%, ce qui aurait représenté en 2003, année durant laquelle la durée moyenne hebdomadaire de travail s'élevait à 41,7 h./sem., un horaire de 33,36 h./sem., les 20% étant consacrés à ses activités ménagères. Le taux d'empêchement à exercer ces activités a été fixé à 16,7 % par l'enquête ménagère, qui n'est pas contestée. Il s'agit dès lors de procéder à la comparaison des revenus pour la part consacrée à l'activité lucrative. Le revenu avant invalidité, évalué par l'intimé à 32'482 fr. (ESS 2002 TA 7 secteur 3, n° 34 [soins corporels] niveau de qualification 3 [CFC de coiffure] = 3'193 fr. par mois pour un horaire de 41,7 h./sem. à plein temps en 2002 = 32'485 fr. à 80% en 2003), n'est pas contesté, de sorte qu'il convient de le retenir. Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que la recourante pourrait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations et, a fortiori, à 80%, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2002 TA 1), le salaire mensuel s'élevait pour les femmes à 3'820 fr. en 2002. Dans cette catégorie, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne demandent aucune formation professionnelle. Compte tenu de l'horaire de travail de 41,7 heures habituelles dans les entreprises cette année-là, (la Vie économique 9/2007 p. 99 tableau B10.3), cela équivaut à un revenu mensuel de 3'982 fr. 35 en 2002, soit 47'788 fr. 20 par année, soit, après adaptation à l'évolution des salaires nominaux (cf. La Vie économique 9/2007 p. 99), un revenu annuel de 48'465 fr. 20 en 2003 pour un plein temps et de 38'772 fr. 15 pour un taux d'activité de 80%, c'est-à-dire, après application d'une réduction supplémentaire de 10% parfaitement justifiée en l'espèce, 34'895 fr. Force est de constater qu'il ne résulte aucune perte de gain de la comparaison de ces deux revenus et que le degré d'invalidité concernant la part consacrée à l'activité lucrative est donc de 0% Il s'agit à présent de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante : $E = \frac{\text{travail fourni par l'assuré avant invalidité (activité lucrative en heures par semaine)} \times \text{taux d'activité} + (\text{durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée} - \text{travail fourni par l'assuré avant invalidité (activité lucrative en heures par semaine)}) \times \text{taux d'empêchement}}{\text{durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée}}$; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante : $E = \frac{33.36 \times 0 + ([41.7 - 33.36] \times 16.7)}{41.7} = 3.34\%$, taux insuffisant à ouvrir droit à une rente. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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

Yaël BENZ La présidente Karine STECK 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.