

GE_GERICHTE A/1122/2014 vom 12. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1122_2014

FR: GE_GERICHTE A/1122/2014 du 12 août 2014

IT: GE_GERICHTE A/1122/2014 del 12 agosto 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou recourante) est une ressortissante brésilienne née le _____ 1958, mariée et mère de deux enfants. Elle a travaillé du 1^{er} février 2007 au 31 décembre 2009 en tant que nettoyeuse pour le compte d'une société notamment active dans les travaux de nettoyage industriel et d'entretien de bâtiments (ci-après : l'employeur), à raison de 2,5 heures par jour, soit 12,5 heures par semaine, pour un salaire horaire de CHF 19,30, puis de CHF 20.- à compter du 1^{er} janvier 2009, vacances comprises.![endif]>![if> 2. En incapacité de travail depuis le 30 avril 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) le 6 mai 2010, visant à l'octroi d'une rente, en raison d'un carcinome canalaire invasif au niveau du sein gauche et d'une métastase dudit carcinome sur le ganglion lymphatique sous-auxiliaire gauche.![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 1^{er} juin 2010, le Dr B_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a posé le diagnostic de cancer du sein gauche existant depuis le 27 avril 2010. L'incapacité de travail était totale du 30 avril au 4 juin 2010.![endif]>![if> 4. Par courrier du 25 août 2010, le Dr C_____, spécialiste en oncologie médicale, a indiqué que l'assurée avait subi une chirurgie (quadrantectomie du quadrant intéro externe du sein gauche et curage axillaire gauche) le 4 juin 2010 en raison de son cancer du sein gauche. Une chimiothérapie était en cours et ne devait pas s'achever avant novembre 2010, à la suite de quoi une nouvelle imagerie serait agendée. Une nouvelle intervention chirurgicale n'était pas exclue dans la mesure où les tranches de section à l'intervention du 4 juin 2010 étaient positives pour un carcinome canalaire in situ. Le traitement était complété par une radiothérapie de 5 à 6 semaines et une hormonothérapie pour une durée minimale de 5 ans. Elle était totalement incapable de travailler jusqu'au mois d'avril 2011, au minimum.![endif]>![if> 5. Le 29 juillet 2010, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires, visant la prise en charge d'une perruque, en lien avec les effets du traitement de son cancer du sein gauche. L'OAI a fait droit à sa demande le 4 octobre 2010.![endif]>![if> 6. Le 7 septembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était indiquée. Un éventuel droit à une rente était examiné.![endif]>![if> 7. Du 14 au 20 décembre 2010, l'assurée a séjourné aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), afin de subir une reprise chirurgicale en raison des marges positives du carcinome canalaire in situ après tumorectomie.![endif]>![if> 8. Le 21 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires dans le but d'obtenir la prise en charge d'une prothèse mammaire gauche et d'un soutien-gorge adapté. L'OAI a donné une suite favorable à cette demande le 1^{er} février 2011.![endif]>![if> 9. Dans un rapport du 2 mai 2011, le Dr D_____, spécialiste en oncologie médicale, a indiqué que l'état de

l'assurée était stationnaire. Depuis avril 2010, son traitement était lourd et prolongé, l'empêchant d'exercer une activité professionnelle. Depuis août 2010, elle avait subi une chimiothérapie lourde et une reprise chirurgicale sous la forme d'une mastectomie qui contribuait de manière importante aux troubles de la mobilité du membre supérieur gauche, rendant une activité physique difficile. Elle était actuellement sous hormonothérapie et immunothérapie. Une reprise du travail était envisageable en septembre 2011, dans une activité peu contraignante physiquement.!

10. Dans un rapport du 4 octobre 2011 des HUG, plusieurs diagnostics avec effet sur la capacité de travail ont été retenus, soit un carcinome canalaire invasif bifocal avec mastectomie partielle en juin 2010, puis totale en décembre 2010, des douleurs résiduelles thoraciques suite à cette intervention et un état anxio-dépressif avec épisode actuel sévère. Les diagnostics d'hypertension artérielle et de diabète de type 2 non-insulino requérant ont également été retenus, sans effet sur la capacité de travail. Suite à la mastectomie, elle avait développé des douleurs thoraciques très importantes qui ne cédaient pas au traitement antidouleur habituel. Elle avait également développé un état anxio-dépressif sévère avec idéation de mort passive ainsi qu'une grande tristesse et des troubles du sommeil. Un suivi psychiatrique était recommandé. Sa capacité de travail était nulle depuis le mois de juin 2010, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.!

11. Dans un rapport du 23 novembre 2011, l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire. Sa capacité de travail était nulle depuis le mois d'avril 2010. La reprise du travail était éventuellement envisageable dans une activité sans sollicitation physique, étant précisé que cela dépendrait de l'intervention chirurgicale devant intervenir avant la fin de l'année 2011.!

12. Par courrier du 19 janvier 2012, l'assurée a indiqué que son suivi psychiatrique était assuré par son médecin traitant, soit la Dresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Elle allait bientôt commencer un suivi psychiatrique auprès d'un spécialiste.!

13. Dans un rapport du 13 février 2012, la Dresse E_____ a retenu plusieurs diagnostics avec effet sur la capacité de travail, soit un carcinome invasif canalaire bifocale gauche avec status post-quadrantectomie en 2010, puis mastectomie gauche pour récurrence tumorale fin 2010, état anxio-dépressif réactionnel sévère et douleurs thoraciques post mastectomie. Les diagnostics de diabète de type 2 difficile à traiter en raison d'allergies médicamenteuses, d'obésité, d'hypertension artérielle traitée et d'allergies médicamenteuses multiples étaient sans effet sur sa capacité de travail. Le pronostic était réservé. Elle était en incapacité totale de travailler depuis le mois de juin 2010, sans qu'une reprise du travail puisse être attendue. Son état dépressif très important l'empêchait d'exercer une activité professionnelle, compte tenu de ses troubles de concentration et du sommeil. Ses douleurs thoraciques l'empêchaient d'exercer un travail physique quel qu'il soit.!

14. Dans un rapport du 19 mars 2012, l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé en raison d'une décompensation psychiatrique avec des crises de panique. Son incapacité de travail était totale depuis le mois d'avril 2010, une reprise du travail étant envisageable en fonction de son évolution sur le plan psychiatrique.!

15. Dans un rapport du 15 mai 2012, le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu un état anxio-dépressif sévère sans symptôme psychotique, actuellement présent et probablement présent depuis 2009-2010. En ce qui concerne les pathologies somatiques, il se référait au rapport de la Dresse E_____. Le traitement ambulatoire mené par ses soins avait débuté le 15 mars 2012. Le pronostic était réservé du fait de l'état dépressif en cours. Toutefois, il existait une amélioration de l'état anxio-dépressif suite au traitement médicamenteux et à la

prise en charge psychothérapeutique. Sur le plan psychiatrique, il était encore trop tôt pour se prononcer sur sa capacité de travail. Actuellement, il existait une incapacité totale de travail depuis le début du suivi et pour une durée indéterminée. Quant à ses limitations fonctionnelles, l'état anxio-dépressif sévère s'accompagnait d'une perte de motivation, de difficultés de concentration, de ruminations anxieuses et d'idéations suicidaires non scénarisées actuellement incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. Sans tenir compte des comorbidités somatiques, une reprise progressive du travail dans un environnement sécurisant et au cahier des charges bien défini était envisageable.!

16. Dans un avis du 26 juin 2012, la Dresse G _____, spécialiste FMH en médecine interne générale du SMR, a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le mois d'avril 2010. Elle recommandait à l'OAI de procéder à une réévaluation à l'issue d'une période de trois mois.!

17. Le 17 septembre 2012, Madame H _____ (ci-après : l'enquêtrice), infirmière du service externe, a réalisé une enquête économique sur le ménage de l'assurée. Compte tenu du fait qu'elle travaillait 12,5 heures par semaine dans son dernier emploi, son taux d'activité dans son activité de nettoyeuse était de 28%. Elle avait démissionné en 2009 en raison d'une fatigue importante. On pouvait considérer que cette démission était en lien avec ses problèmes de santé pas encore diagnostiqués à l'époque. Sans ses vertiges et cette fatigue, elle aurait continué à travailler en raison de ses besoins financiers.!

S'agissant des empêchements dans les diverses activités du ménage, le rapport mentionnait :

Travaux	Pondération	Empêchement	Invalidité	Conduite du ménage
Alimentation	40%	20%	8%	Entretien du logement
20%	8%	Entretien du logement	20%	30%
6%	Emplettes et courses diverses	10%	20%	2%
Lessive et entretien des vêtements	20%	0%	0%	Soins aux enfants
0%	0%	0%	Divers (aucune activité)	5%
0%	0%	0%	Total	100%
16%	La conduite du ménage ne posait pas de difficulté à l'assurée, qui déléguait les tâches qu'elle ne pouvait pas accomplir elle-même à ses enfants ou à son mari. En ce qui concerne l'alimentation, elle avait besoin de l'aide de ces derniers, qui préparaient l'essentiel des repas (exigibilité de 30%, soit 10% chacun). Quant à l'entretien du logement, l'assurée déclarait ne se charger que des lavabos et un peu de la poussière. Or, il ressortait de son dossier médical que l'assurée passait son temps à faire le ménage, ce qui contredisait ses dires lors de l'enquête. Pour cette raison, les empêchements retenus sur ce point n'étaient que partiels et tenaient compte essentiellement de la "limitation liée au manque de mobilité de son bras droit et de sa dépression" (sic). Pour les courses, l'exigibilité était entière quand une personne valide vivait sous le même toit. Un empêchement était retenu pour les tâches administratives, dans la mesure où elle s'en chargeait avant l'atteinte et qu'avec sa dépression, les problèmes financiers étaient trop pesants. En ce qui concerne la lessive et l'entretien des vêtements, l'assurée était capable d'assurer l'essentiel des tâches, sa fille lui apportant son aide pour sortir les draps de lit de la machine à laver ou repasser (exigibilité de 10% du mari et des enfants). Les soins aux enfants et membres de la famille n'étaient pas entravés, ses enfants étant un soutien moral pour l'assurée.			

18. Dans un rapport du 30 octobre 2012, le Dr F _____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Celle-ci présentait désormais les critères d'un état dépressif, épisode moyen, se manifestant par une fatigue, des troubles légers de la concentration, une thymie basse, une perte d'entrain et des difficultés de sommeil. Les idées suicidaires et l'irritabilité avaient diminué. L'effet de l'état dépressif sur la capacité de travail était modéré et au second plan par rapport aux douleurs physiques. La thymie s'était améliorée grâce au traitement médicamenteux et au fait que son fils avait trouvé un emploi, étant précisé que sa thymie était très liée à sa situation financière. Le pronostic sur le plan

anxio-dépressif semblait bon, particulièrement en cas d'amélioration de la situation économique de l'assurée. Dans l'hypothèse d'une amélioration somatique, d'un point de vue psychiatrique, la reprise de travail devait se faire de manière progressive et être évaluée.!

19. Du 31 janvier au 20 février 2013, l'assurée a séjourné aux HUG afin de subir une reconstruction mammaire secondaire. Cette intervention s'est soldée par un échec, en raison d'une thrombose artérielle récidivante de l'artère mammaire interne.!

20. Dans un rapport du 11 février 2013, la Dresse E_____ a retenu que l'état de l'assurée était stationnaire depuis environ une année. Elle était incapable de reprendre une activité professionnelle, tant en raison de la fragilité de son état psychique que des douleurs qu'elle présentait.!

21. Dans un avis du 16 mai 2013, la Dresse G_____ a recommandé à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne-rhumatologique et psychiatrie) et dressé une liste de questions à l'attention des experts. L'OAI en a informé l'assuré le 30 mai 2013, en lui précisant qu'elle avait la possibilité de s'opposer à cet examen et de formuler des questions complémentaires.!

22. Cette expertise a eu lieu du 22 au 24 octobre 2013 auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Le rapport d'expertise a été établi le 5 novembre 2013 par les Drs I_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, J_____, spécialiste FMH en médecine générale interne, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sur la base de leur examen respectif de l'assurée, du dossier médical transmis par l'OAI et des documents d'imagerie fournis par l'assurée. !

Ils ont retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants : épisode dépressif moyen, status post mastectomie et échec de plastie mammaire par greffon abdominal. Une obésité, une hypertension artérielle et un diabète de type 2 ont été diagnostiqués sans répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont relaté les plaintes de l'assurée et exposé son anamnèse. Sur le plan rhumatologique, aucune limitation fonctionnelle susceptible d'avoir un impact sur sa capacité de travail n'était à signaler. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse et l'observation de son status étaient concordants avec les dernières conclusions de son psychiatre traitant, en faveur d'un épisode dépressif moyen. Il fallait principalement imputer à cet état dépressif la fatigabilité et l'incapacité de l'assurée à exercer une activité physique exigeante. Actuellement sans traitement psychotrope, il fallait l'encourager à suivre un tel traitement, même s'il n'en était pas attendu un effet majeur sur sa capacité de travail ou sur ses douleurs. Les interventions qu'elle avait subies n'étaient responsables ni d'un lymphœdème du bras gauche, ni d'un syndrome douloureux post-mastectomie. Toutefois, elles avaient laissé des séquelles thoraciques et abdominales multiples et on ne pouvait dénier tout substrat anatomique aux douleurs thoraciques superficielles. Ces douleurs pouvaient, avec le syndrome dépressif moyen, contribuer à la fatigabilité, principal facteur limitant la capacité de travail à un mi-temps, même dans une activité adaptée, soit peu ou modérément exigeante physiquement. Ces limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité, une réduction de la capacité de concentration et d'adaptation et une incapacité à des efforts physiques soutenus et à des travaux lourds. D'avril 2010 à septembre 2013, l'assurée était totalement incapable de travailler. Depuis octobre 2013, la capacité de travail était de 50% et stable, tant dans son activité habituelle (activité décrite comme peu exigeante physiquement) que dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Un reclassement professionnel n'était pas nécessaire, mais une aide à l'obtention d'un emploi de femme de ménage n'imposant pas d'efforts physiques intenses était souhaitable. 23. Le 30 janvier 2014, l'OAI a envoyé à l'assurée un projet de décision lui octroyant un quart de

rente du 1^{er} avril 2011 jusqu'au 31 décembre 2013. Sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 30 avril 2010. Sans ses problèmes de santé, elle aurait continué à exercer son activité habituelle (28%) et à tenir son ménage (72%). Selon le rapport de l'enquête ménagère, l'empêchement dans cette dernière activité était de 16%. D'après le SMR, elle aurait pu reprendre son activité habituelle à mi-temps depuis le mois d'octobre 2013, son état s'étant amélioré. Ainsi, à partir de cette date, son invalidité pour la partie active devait être considérée comme nulle.![endif]>![if> Du 1^{er} avril 2011 au 30 septembre 2013, l'assurée présentait un degré d'invalidité de 28% dans son activité de nettoyeuse et de 12% dans son activité ménagère, soit 40% au total. Dès le 1^{er} octobre 2013, son degré d'invalidité était nul dans son activité de nettoyeuse et de 12% dans son activité ménagère, soit 12% au total. Or, un degré inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. En outre, des mesures professionnelles ne se justifiaient pas et n'étaient pas indiquées. 24. Par courrier du 28 février 2014, l'assurée s'est opposée audit projet de décision. Contrairement à ce que retenait l'OAI, son état de santé ne s'était pas amélioré, mais péjoré. Ses douleurs thoraciques persistaient, les traitements étant inefficaces ou devant être arrêtés en raison des allergies qu'ils provoquaient. Elle était toujours très déprimée et devait reprendre un suivi psychiatrique.![endif]>![if> 25. Le même jour, l'assurée a requis de l'OAI qu'il transmette l'expertise de la CRR à la Dresse E_____, ce qui a été fait le 3 mars 2014.![endif]>![if> 26. Par pli du 11 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée que la procédure d'audition était terminée et qu'une décision sujette à recours de la caisse de compensation lui parviendrait prochainement.![endif]>![if> 27. Par courrier du 26 mars 2014, l'assurée s'est dite « surprise » de cet envoi, rappelant s'être opposée au projet de décision du 30 janvier 2014.![endif]>![if> 28. Par décision de ce même 26 mars 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision du 30 janvier 2014 et octroyé à l'assurée un quart de rente invalidité du 1^{er} avril 2011 au 31 décembre 2013, soit un montant total de CHF 10'279.-, intérêts moratoires compris.![endif]>![if> 29. Le 31 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'avait reçu à ce jour aucun document médical probant pouvant justifier une modification du projet de décision.![endif]>![if> 30. Le 3 avril 2014, l'assurée a rappelé qu'elle s'était opposée au projet de décision. Elle ne comprenait pas pourquoi elle avait reçu une décision datée du 26 mars 2014 et priait l'OAI de bien vouloir tenir compte de ses courriers.![endif]>![if> 31. Le 8 avril 2014, l'OAI a accusé réception de ce courrier et maintenu que son opposition n'apportait aucun nouvel élément médical probant. Si elle le souhaitait, elle avait la possibilité de recourir.![endif]>![if> 32. Dans un rapport du même jour adressé à l'OAI, la Dresse E_____ relevait que l'assurée avait recouru contre la décision. Elle confirmait que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle, en raison d'un état dépressif sévère. Un rapport plus détaillé allait suivre dans les plus brefs délais.![endif]>![if> 33. Dans un rapport du 14 avril 2014 adressé à la chambre de céans, la Dresse E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle. Après avoir rappelé son historique médical, elle a relevé que l'assurée était actuellement dans un état de grande détresse. Elle présentait un trouble anxio-dépressif lié à sa maladie de départ et un trouble douloureux chronique. Suite à cela, elle avait développé des résistances à la guérison qui nécessitaient encore du travail avec un psychiatre en vue d'une amélioration. L'assurée était incapable de travailler, une reprise du travail dès le mois de janvier 2014 apparaissant illusoire. Une réévaluation par un psychiatre apparaissait donc nécessaire, l'arrêt des prestations n'étant pas compatible avec son état de santé.![endif]>![if> 34. Le 17 avril 2014, la chambre de céans a ouvert la présente procédure suite à la transmission par

l'intimé, comme objet de sa compétence, du courrier de la recourante du 3 avril 2014, ainsi que du rapport du 8 avril 2014 de la Dresse E_____.!endif]>![if> 35. Dans un avis du 28 avril 2014, la Dresse G_____ a estimé que l'historique médical contenu dans le rapport du 14 avril 2014 de la Dresse E_____ n'apportait aucun argument permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise de la CRR du 5 novembre 2013. Cependant, une aggravation postérieure à cette date n'était pas exclue (à teneur du rapport précité du 14 avril 2014 de la Dresse E_____, faisant état "d'un trouble anxiodépressif qui s'aggrave et est actuellement sévère"), d'autant plus que l'assurée avait arrêté son traitement antidépresseur en novembre 2013. Seul un rapport du psychiatre traitant pouvait permettre d'apporter les renseignements nécessaires sur ce point.!endif]>![if> Dans un avis du 22 mai 2014, la Dresse G_____ a relevé que deux pièces médicales produites par l'assurée n'amenaient pas de nouveaux éléments médicaux au dossier, si bien que l'avis du 28 avril 2014 demeurait valable. Elle a ajouté ceci : "Cependant, sur le plan psychiatrique, une aggravation postérieure à novembre 2013 n'est pas exclue, mais nous n'avons pas de rapport médical d'un psychiatre permettant de le confirmer." 36. Dans sa réponse du 2 juin 2014, l'intimé a conclu préalablement à l'irrecevabilité du recours et principalement à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il ressortait du dossier que le rapport du 14 avril 2014 de la Dresse E_____ était en réalité le mémoire de recours. Or, la légitimité de cette dernière pour déposer un recours au nom de la recourante était douteuse. De plus, le courrier du 3 avril 2014 de la recourante renvoyait à son courrier du 26 mars 2014, lequel renvoyait à son tour au courrier du 28 février 2014. Sur le fond, la décision attaquée se fondait sur l'expertise de la CRR ainsi que sur l'analyse approfondie du dossier par le SMR. Ladite expertise remplissait les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante avait apporté de nouveaux éléments médicaux dans le cadre de son recours. Ces éléments avaient été examinés par le SMR dans ses rapports des 28 avril et 22 mai 2014, aux conclusions desquels il se ralliait.!endif]>![if> 37. Le 6 juin 2014, la Dresse E_____ a informé la chambre de céans qu'elle n'entendait pas représenter la recourante dans le cadre de la procédure pendante, mais uniquement appuyer son recours.!endif]>![if> 38. Dans sa réplique du 26 juin 2014, la recourante a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à ce qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée et à ce qu'une rente entière lui soit octroyée. En substance, elle déplorait la communication défaillante de l'intimé, cette dernière n'ayant pas répondu à son courrier d'opposition du 28 février 2014. Tant ce courrier que celui du 26 mars 2014 marquaient son opposition au projet de décision du 30 janvier 2014. Quant à son courrier du 3 avril 2014, il contenait son opposition à la décision du 26 mars 2014. Sur le fond, elle contestait les degrés d'invalidité retenus par l'intimé, en raison de la gravité des problèmes de santé et de la lourdeur des traitements qu'elle avait subis. Elle ressentait des douleurs assez sévères à l'abdomen et avait constamment des malaises, des maux de tête et des vertiges. Ses traitements médicamenteux étaient grandement compliqués par ses allergies. Elle était toujours dans l'attente d'une opération et d'analyses pour résoudre ses problèmes de santé. Elle avait bénéficié d'un suivi psychiatrique pendant un peu plus d'une année en 2011, mais, allergique aux antidépresseurs, elle avait dû interrompre le traitement et les consultations. De plus, elle était encore sous traitement contre le cancer, ce qui la rendait sensible au soleil et troublait sa vue. Ces atteintes l'empêchaient de fournir des efforts physiques, de faire son ménage et ses courses seule, et la rendait sensible au stress. Elle souhaitait travailler à nouveau mais en était totalement incapable dans son état actuel. Enfin, la Dresse E_____, en sa qualité de médecin traitant depuis plusieurs années, était la

personne la mieux placée pour juger de son état de santé.![endif]>![if> 39. L'OAI n'a pas présenté de duplique. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 ; RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). ![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que les articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), sous réserve de dispositions spécifiques que la LAI contiendrait sur la procédure (art. 1 al. 1 LAI). 2.a. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (art. 39 al. 2 LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Le juge saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours ; l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 consid. 2.2 du 28 janvier 2003). Il n'appartient par ailleurs pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 292/02, consid. 4 du 17 décembre 2002). 2.b. En l'espèce, l'intimé considère le recours comme irrecevable, dans la mesure où il émanerait de la Dresse E_____ et où le courrier du 3 avril 2014 ne serait qu'un renvoi à de précédents courriers. Le projet de décision a été rendu par l'intimé le 30 janvier 2014. La recourante l'a contesté le 28 février 2014, affirmant que son état de santé ne s'était pas amélioré mais au contraire aggravé. Le 11 mars 2014, l'intimé a informé la recourante que la procédure d'audition était terminée et qu'une décision sujette à recours lui parviendrait prochainement. Le 26 mars 2014, la recourante a rappelé s'être opposée au projet de décision du 30 janvier 2014. Le même jour, l'intimé a rendu la décision querellée, ce qui a conduit la recourante à lui adresser un courrier le 3 avril 2014, dans lequel elle rappelait s'être opposée au projet de décision et demandait que ses précédents courriers soient pris en compte. Le 8 avril 2014, l'intimé a accusé réception de ce courrier et l'a transmis ultérieurement à la chambre de céans pour objet de sa compétence dans les jours qui ont suivi. Il ressort ce qui précède que le croisement du courrier de la recourante et de la décision du 26 mars 2014 a abouti à une situation confuse pour cette dernière, laquelle ne maîtrise légitimement pas les subtilités juridiques de la procédure en matière d'assurance-sociale. Cela étant, contrairement à ce que soutient l'intimé, la recourante a bel et bien interjeté recours en lui adressant son courrier du 3 avril 2014. En effet, non seulement ce courrier a été établi en réaction à la décision du 26 mars 2014, mais il a été transmis à la chambre de céans par l'intimé comme l'aurait été n'importe quel autre acte de recours lui ayant été adressé par erreur. Par ailleurs, bien que bref, ledit courrier manifeste

clairement la volonté de la recourante de s'opposer à la décision querellée. La recourante a agi (et en l'occurrence réagi) immédiatement, donc largement dans les 30 jours à compter de la réception de la décision attaquée. 2.c. Au vu de ce qui précède, le recours doit donc être déclaré recevable (art. 56 à 61, 38 et 39 LPGA).

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits [ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b)]. Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits dès 2010. Depuis lors, la LAI a subi des modifications, à savoir celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 [pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008]. Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et au regard du nouveau droit pour la période ayant débuté le 1^{er} janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, il sied de préciser que ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et/ou à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité.

E. 4

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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'incapacité de gain se distingue de l'incapacité de travail, c'est-à-dire l'incapacité médicalement attestée de pratiquer une activité donnée dans des limites déterminées (directives CIIAI no 1022 ; cf. art. 6 LPGA). En raison de causes étrangères à l'invalidité, la capacité de gain d'un assuré peut être plus élevée que celle qui correspondrait à sa situation effective. Dans de telles situations, on peut néanmoins être en présence d'un cas d'invalidité (par ex. des circonstances économiques particulièrement favorables; des causes inhérentes à l'entreprise d'un indépendant, comme, par exemple, des collaborateurs exceptionnels qui compensent le handicap dû à l'invalidité de l'assuré par un engagement au-dessus de la moyenne; un engagement accru des membres de la famille; une situation financière très difficile qui oblige la personne à accepter un travail ou un rendement que l'on ne peut pas raisonnablement exiger d'elle (CIIAI no 1027). 5. En vertu de l'art. 28

al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Etant 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 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGGA) ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGGA). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126). Les conséquences financières d'une réduction de la capacité de travail ne sont normalement pas déterminantes pour l'évaluation pendant le délai d'attente; celui-ci peut par exemple commencer à courir (ou déjà courir) alors que l'assuré fournit un travail supérieur à ce qui peut être raisonnablement exigé de lui (arrêt 8C_961/2010 du 9 mars 2011). On est en présence d'une interruption notable du délai d'attente lorsque l'assuré a exercé une activité à plein temps pendant au moins 30 jours consécutifs (art. 29ter RAI). L'interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir. Il n'est pas tenu compte de la reprise d'une activité dont le but serait purement thérapeutique, alors qu'il ne subsiste plus de réelle capacité de travail utilisable sur le marché (RCC 1969 p. 571). Il en va de même d'une

reprise qui, selon les constatations médicales, mettrait manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (RCC 1964 p. 179, 1963 p. 226; CIIAI no 2012 à 2015).

7. 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans

le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). 8. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 11. En l'espèce, il est établi que la recourante a travaillé à 28% dans le cadre de son dernier emploi, consacrant le reste de son temps aux activités ménagères. Il n'a pas été clairement défini s'il s'agissait d'un choix de la recourante ou de son employeur de l'époque. Il ne ressort en tout cas pas de la procédure que la recourante ait demandé sans succès à pouvoir augmenter son taux d'activité ou qu'elle ait limité son activité à 28% pour des motifs de santé. Le statut mixte à raison de 28% professionnel et 72% ménager semble donc acquis ; il n'est d'ailleurs pas contesté. Ensuite, il est établi par l'expertise de la CRR que l'incapacité de travail de la recourante a été totale d'avril 2010 à septembre 2013 et de 50% à partir d'octobre 2013, tant dans son activité habituelle (activité décrite comme peu exigeante physiquement) que dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Dans le cadre de cette expertise, les Drs I_____, J_____ et F_____ se sont basés sur leur examen respectif de l'assurée, le dossier médical transmis par l'intimé et des documents d'imagerie fournis par la recourante. Ils ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de status post mastectomie et échec de plastie mammaire par greffon abdominal comme ayant une répercussion sur la capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, ils ont estimé que les limitations fonctionnelles de la recourante consistaient en une fatigabilité, une réduction de la capacité de concentration et d'adaptation et une incapacité à des efforts physiques soutenus et à des travaux lourds, ce qui limitait sa capacité de travail à 50% à compter du mois d'octobre 2013 (incapacité totale du 1^{er} avril 2010 au 30 septembre 2013). 12. La chambre de céans constate que cette expertise est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de la recourante, sur l'étude de son dossier médical et sur des documents d'imagerie médicale. Elle tient compte de ses plaintes et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation des Drs I_____, J_____ et F_____ permet de comprendre la nature et les causes des limitations fonctionnelles de la

recourante, ainsi que leurs conséquences sur sa capacité de travail dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée.![endif]>![if> Cela étant, l'expertise ne porte que sur la période allant jusqu'à la fin du mois d'octobre 2013. Or, dans ses avis des 28 avril et 22 mai 2014, la Dresse G_____ du SMR a estimé qu'une aggravation postérieure à l'expertise du 5 novembre 2013 n'était pas exclue (à teneur du rapport, non remis en cause, du 14 avril 2014 de la Dresse E_____, faisant état "d'un trouble anxio-dépressif qui s'aggrave et est actuellement sévère"), d'autant plus que la recourante avait arrêté son traitement antidépresseur en novembre 2013. De surcroît, la Dresse E_____ a estimé qu'une réévaluation psychiatrique était indispensable pour déterminer la capacité de travail de la recourante. L'intimé a certes rendu sa décision le 26 mars 2014, avant que son SMR n'émette cette appréciation, les 28 avril et 22 mai 2014, sur la base d'un rapport du 14 avril 2014 de la Dresse e l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante apparaît s'être manifestée avant que l'intimé a rendu sa décision, et a fortiori avant que l'intimé a présenté sa réponse au recours, le 2 juin 2014. Or, alors qu'il en avait encore la compétence (art. 53 al. 3 LPGA), l'intimé n'a pas investigué plus en avant l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante dès le mois de novembre 2013, mais il a déclaré, dans sa réponse au recours, se référer aux avis de son SMR tout en concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il appert, de l'avis même du SMR, que l'état de santé de la recourante, même à la date où l'intimé a rendu la décision attaquée, n'était pas et n'est toujours pas suffisamment élucidé pour permettre à la chambre de céans d'apprécier la situation en toute connaissance de cause. La situation n'est pas telle, en l'occurrence, que celle dans laquelle, à teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral du 9 juillet 2014 dans la cause 9C_315/2014 consid. 3.4 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1, par lequel le Tribunal fédéral, modifiant sa jurisprudence antérieure, a restreint le libre choix de l'autorité de recours de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire), la chambre de céans devrait elle-même procéder à des actes d'instruction complémentaires ou mettre elle-même en œuvre une expertise. C'est à l'intimé qu'il incombe d'ordonner une instruction complémentaire afin de déterminer si l'état de santé de la recourante, notamment psychique, s'est détérioré depuis la réalisation de l'expertise de la CRR. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision portant sur le degré d'invalidité de la recourante, et, le cas échéant, sur la détermination des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et sur l'éventuelle opportunité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis au sens des considérants et la décision du 26 mars 2014 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire. ![endif]>![if> 14. Si la procédure devant la chambre de céans est gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), tel n'est pas le cas, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, de la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)], le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI).![endif]>![if> Cependant, compte tenu des motifs pour lesquels la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'office intimé, la chambre de céans ne mettra pas de frais de justice à la charge des parties, en particulier de l'office intimé. Les frais seront ainsi laissés à la charge de

l'Etat. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A
la forme :

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