

GE_GERICHTE A/2061/2016 vom 16. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2061_2016

FR: GE_GERICHTE A/2061/2016 du 16 février 2017

IT: GE_GERICHTE A/2061/2016 del 16 febbraio 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.02.2017
A/2061/2016

A/2061/2016 ATAS/111/2017 du 16.02.2017 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2061/2016 ATAS/111/2017
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 février 2017 3 ème
Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, représentée par C.C.S.I.
CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES recourante contre OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12,
GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____
1979, psychologue de formation (Brésil), a subi une amputation partielle du membre
inférieur gauche à la suite d'un accident de la route survenu en juin 1996. Après un séjour
au Japon, de 2003 à début 2007, durant lequel elle a travaillé dans l'industrie (montage,
assemblage de pièces, etc.), elle est arrivée en Suisse le 19 janvier 2007. Depuis lors, elle a
travaillé essentiellement dans l'économie domestique, puis assumé la garde d'enfants à
partir de 2013. Elle est mère d'un fils né en 2006. ![endif]>![if> 2. Le 18 novembre
2013, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une
demande de prestations en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente, suite
à un accident du travail survenu le 22 août 2013, dont les suites avaient été prises en charge
par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische
Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) et depuis lequel elle était en arrêt de travail
en raison de « complications au bassin ». ![endif]>![if> 3. Du dossier constitué par la
SUVA et transmis à l'OAI, il ressort que l'assurée a dérapé en entrant dans un ascenseur et
qu'elle s'est luxée la hanche en tombant par terre. Figurent notamment au dossier :
![endif]>![if> - un rapport du 3 octobre 2013 du docteur B_____, diagnostiquant une
contusion dorsale et suspectant un tassement vertébral ; les constatations cliniques étaient
marquées par des douleurs sacro-iliaques des deux côtés et lombaires en L3-L5, très
intenses à la palpation ; en l'état, l'incapacité de travail demeurait entière en raison de
l'accident ; ![endif]>![if> - un rapport du 7 octobre 2013 du docteur C_____,
spécialiste FMH en radiologie, indiquant que l'imagerie par résonance magnétique de la
région lombo-sacrée n'objectivait pas de lésion traumatique, notamment à hauteur de L3 ;
hormis une minime discopathie L5/S1 sous forme d'un léger débord discal médian, il n'y
avait pas d'autre anomalie significative ; ![endif]>![if> - un avis émis le 28 novembre
2013 par le docteur D_____, médecin-conseil de la SUVA, estimant, à la lumière des
éléments médicaux disponibles et du résultat de l'examen IRM du 7 octobre 2013, que l'on
pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle le 2 décembre 2013 ;
![endif]>![if> - un courrier du 28 novembre 2013 de la SUVA à l'assurée, informant
cette dernière qu'elle la considérait pleinement apte au travail dès le 2 décembre
2013. ![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 11 décembre 2013, le Dr B_____ a indiqué

à l'OAI que sa patiente était en arrêt de travail depuis le 22 août 2013 en raison de douleurs sacro-iliaques droites. Désormais, son état était stationnaire. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage comme dans toute activité. Interrogé sur la présence de troubles psychiques dont la gravité nécessiterait une prise en charge psychiatrique, le Dr B_____ a répondu par la négative.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 13 décembre 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué qu'après être tombée sur les fesses le 22 août 2013, l'assurée n'avait rien ressenti sur le moment. Ce n'était que quelques jours plus tard qu'elle avait commencé à souffrir de douleurs lombaires droites. L'examen clinique avait mis en évidence une douleur élective au niveau de la sacro-iliaque droite. Une IRM, réalisée le 22 novembre 2013, n'avait montré de lésions, ni du bassin, ni des sacro-iliaques. Ainsi, il n'avait pas de diagnostic à retenir, à part celui de contusions lombaires. Il n'avait pas non plus de traitements spécifiques à recommander. En revanche, il se demandait s'il n'y avait pas un problème de surcharge psychologique.![endif]>![if> 6. Le 24 février 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge un cours de français dans le cadre des mesures d'intervention précoce.![endif]>![if> 7. A la demande de l'OAI, la SUVA lui a transmis copie de tous les documents versés à son dossier postérieurement au 10 décembre 2013, au nombre desquels :![endif]>![if> - une attestation du Dr B_____, datée du 6 décembre 2013, relatant que l'assurée se plaignait de douleurs invalidantes au niveau sacro-iliaque droit, qu'un traitement par Saroten retard et Rivotril avait été introduit et qu'un suivi par le Dr E_____ avait été mis en place ; l'assurée était dans l'impossibilité de reprendre son travail de femme de ménage/nourrice ; le médecin suggérait de mettre sur pied une expertise médicale ; ![endif]>![if> - un rapport du Dr E_____ du 13 décembre 2013, confirmant son diagnostic de contusions lombaires et faisant état de douleurs persistantes ; laissant ouvertes les questions du pronostic et d'une éventuelle reprise du travail, le médecin précisait qu'il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison ; ![endif]>![if> - un avis du Dr D_____, du 16 décembre 2013, considérant que l'on pouvait exiger une reprise du travail à 100% le 2 décembre 2013 « pour les seules suites de l'événement du 18 septembre 2013 » (recte : 22 août 2013) ;![endif]>![if> - une décision de la SUVA du 17 décembre 2013, déclarant l'assurée apte à travailler à 100% depuis le 2 décembre 2013 pour les seules suites de l'accident du 22 août 2013 ;![endif]>![if> - un rapport du Dr B_____ du 3 avril 2014, posant le diagnostic de gonalgies droites ; le médecin indiquait n'avoir pas revu sa patiente depuis janvier 2014 et n'avoir pas eu d'informations d'autres médecins dans l'intervalle, à l'exception du fait que l'intéressée avait été convoquée par le Centre multidisciplinaire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), pour une consultation prévue le 7 avril 2014 ; le médecin estimait qu'au vu du handicap et de l'évolution, une récurrence des douleurs était probable ; de plus, le fait d'être amputée de la jambe droite constituait un facteur pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison de sa patiente.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 28 avril 2014 adressé au Dr B_____, faisant suite à deux consultations des 7 et 28 avril 2014, les docteurs F_____, médecin adjoint du service de psychiatrie de liaison, G_____, médecin adjoint à l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique et H_____, médecin adjoint du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, ont retenu les diagnostics de dorsolombalgies sur amputation de la jambe gauche sous le genou à la suite d'un accident survenu en 1996 et de « probable migraine avec aura ».![endif]>![if> Dans l'anamnèse, les médecins ont relaté que les douleurs dorsolombaires étaient apparues alors que l'assurée se

trouvait au Japon et s'étaient aggravées depuis son arrivée en Suisse. La chute survenue le 22 août 2013 avait provoqué des douleurs intenses au niveau du pli de l'aîne droite, nécessitant une décharge par des cannes durant deux mois. Désormais, elle souffrait de cervicalgies et de douleurs constantes au niveau dorsolombaire. C'étaient ces dernières qui étaient les plus handicapantes. En revanche, les douleurs de la hanche droite s'étaient amendées entre la première et la deuxième consultation. L'intensité des douleurs variait entre 5/10 et 10/10. La position allongée les aggravait après environ une heure et demie, obligeant l'assurée à dormir semi-assise. La position assise permettait une nette diminution des douleurs du rachis pendant environ deux heures, mais des cervicalgies survenaient après quarante-cinq minutes. Quant à la position debout et à la marche, elles provoquaient très rapidement des rachialgies (après une distance de 100 mètres). Atteignant 60%, le score d'Owstry était compatible avec un handicap sévère. L'assurée avait suivi une psychothérapie au Japon, interrompue en raison des difficultés de la langue. Désormais, elle ne se voyait pas déprimée mais découragée devant la persistance des douleurs, parfois triste et constamment fatiguée. Elle était très anxieuse face à son avenir, tant professionnel que familial. Ses scores d'anxiété (10/19) et de dépression (13/19 sur le HAD [Hospital Anxiety and Depression scale]) étaient compatibles avec un épisode anxio-dépressif léger. À l'examen clinique, les médecins avaient observé une légère boiterie de décharge du membre inférieur gauche, des douleurs à la palpation du rachis dorsal bas et lombaire et dans la zone paravertébrale, aux niveaux L3-L4 à droite et D12-L1 à gauche. S'y ajoutaient des douleurs à la palpation des insertions des muscles moyen et petit fessier à droite. Les médecins ont évoqué la présence de douleurs nociceptives mécaniques. D'un point de vue physique, ils proposaient une prise en charge multimodale individuelle dans le cadre du programme individuel PROMIDOS (programme multidisciplinaire individualisé du dos) ou collectif PRODIGE (programme dos des institutions universitaires genevoises). D'un point de vue thymique, les médecins ont relaté que l'assurée décrivait non seulement de la tristesse et de l'irritabilité, mais aussi un désarroi face à la persistance des douleurs et de leurs répercussions dans sa vie quotidienne, professionnelle et familiale, raison pour laquelle ils ont estimé qu'un soutien psychologique paraissait indispensable pour aider l'assurée à traverser cette phase difficile. Sur le plan médicamenteux, les médecins ont relevé que l'antidépresseur (Saroten) avait récemment été remplacé par un autre (Fluoxetine). 9. Dans un rapport du 12 mai 2014 à l'OAI, le Dr B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis l'accident du 22 août 2013 : les douleurs à la hanche et au genou droits, apparues en 2007, s'aggravaient progressivement et étaient permanentes à la mobilisation. L'assurée était suivie par le docteur I_____, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique. Sur le plan psychiatrique, la mise en place d'un suivi était prévue auprès de la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'assurée ne pouvait plus travailler comme femme de ménage. En revanche, sa capacité de travail restait de 80% dans une activité pouvant s'exercer en position assise. Étaient mentionnés à titre de limitations fonctionnelles les douleurs survenant à la marche, à l'effort et à la mobilisation, ainsi qu'un état dépressif. 10. Le 17 juin 2014, le docteur K_____, médecin du Service médical régional de l'AI (SMR), a émis l'avis que le cas n'était pas suffisamment stabilisé pour se prononcer. 11. Interrogé par l'OAI, la Clinique de Belle-Idée lui a répondu que l'assurée était inconnue du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG. 12. Dans un rapport du 12 août 2014, le Dr B_____ a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire depuis le 12 août 2014 (sic), sans changement dans les

diagnostics. Des douleurs dorsales basses et au genou droit influençaient la capacité de travail, qui était de 0% en tant que nettoyeuse et de 40% dans une activité permettant de s'asseoir, de marcher et de changer de position. Reprenant les limitations fonctionnelles indiquées précédemment, le Dr B _____ a précisé que la dépression était stable. Selon les informations en sa possession, l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique à l'hôpital de Beau-Séjour, à raison de trois jours par semaine. 13. Le 8 octobre 2014, le Dr I _____ a dressé un bilan du programme PROMIDOS, suivi par l'assurée du 4 juillet au 1^{er} octobre 2014. Ce médecin a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques depuis 2007, exacerbées suite à une chute en 2013, de status post-amputation traumatique en 1995 (recte : 1996) et d'état anxio-dépressif léger. L'assurée avait été admise au programme précité pour des dorso-lombalgies chroniques non déficitaires et une prise en charge psychiatrique individuelle lui avait été proposée auprès de la Dresse J _____. Son périmètre de marche était limité à 300 mètres. Elle devait changer de position (assis-debout) fréquemment et sa stabilité était diminuée dans les escaliers, en raison de la prothèse. Le traitement planifié avait eu pour objet des séances de physiothérapie, d'ergothérapie et de psychiatrie (groupe parole une fois par semaine le lundi). Au terme du programme, la situation était globalement meilleure, avec un objectif fonctionnel atteint (augmenter le confort en jouant par terre avec son fils pendant dix minutes). La position assise était nettement mieux tolérée aux dires de l'assurée. D'un point de vue professionnel, le Dr I _____ a estimé qu'une reconversion dans l'horlogerie semblait « favorable ». 14. Lors d'un entretien téléphonique du 21 octobre 2014 avec l'OAI, l'assurée a démenti avoir été suivie par la Dresse J _____ qui n'avait plus de place pour de nouveaux patients. 15. Dans un rapport du 24 décembre 2014, le Dr I _____ a expliqué que les causes de l'incapacité de travail résidaient à la fois dans les dorsolombalgies - chroniques depuis 2007 - et dans l'amputation traumatique subie en 1995 (recte : 1996). En revanche, l'état anxio-dépressif léger était sans incidence. Il n'y avait aucun traitement en cours, hormis des « auto-exercices » de renforcement et la poursuite du traitement médicamenteux. À l'avenir, une adaptation de la prothèse du membre inférieur gauche paraissait indiquée, tout comme un suivi psychiatrique. Si l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée en raison du dos, un travail dans l'horlogerie était « recommandé avec une bonne chaise de travail », eu égard à la reconversion professionnelle envisagée par l'assurée (stage en horlogerie), à l'issue de laquelle une capacité de travail de 100% devrait être exigible. Le médecin précisait que, dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelles futures, il convenait d'éviter tout port de charges fréquent et de veiller à ne pas dépasser une limite de 15 kg occasionnellement ; les escaliers et échafaudages étaient également à proscrire. 16. Le 12 mars 2015, le SMR, se référant au rapport du Dr B _____ du 12 août 2014, a considéré que l'assurée avait recouvré depuis le 12 août 2014 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée c'est-à-dire permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter de marcher, de se pencher, de s'accroupir, de monter sur des échelles ou échafaudages, d'emprunter des escaliers ou encore de porter des charges de plus de 15 kg. 17. Par communication téléphonique du 24 mars 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle bénéficiait désormais d'un suivi psychiatrique, prodigué par la docteure L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 18. Dans un rapport du 23 avril 2015, la Dresse L _____ a retenu les diagnostics : épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, status après amputation du membre inférieur droit (recte : gauche) et lombalgies chroniques (2007). Le médecin a précisé suivre

l'assurée depuis le 30 janvier 2015 à raison d'une fois par semaine. Depuis décembre 2014, l'intéressée se plaignait d'insomnie importante, de baisse de la thymie avec pleurs, d'idées suicidaires fluctuantes, ainsi que d'une diminution de la concentration, de l'attention, de l'intérêt et du plaisir. Une apathie importante la caractérisait également. La présentation et l'hygiène étaient diminuées. On notait en outre un ralentissement psychomoteur, une tristesse et une anxiété manifestes, des idées suicidaires fluctuantes, des pleurs, de la culpabilité doublée d'une baisse d'estime de soi et, enfin, un sentiment de persécution fluctuant. Depuis le 30 janvier 2015, l'incapacité de travail était entière dans toute activité et pour en tout cas quelques mois, en raison des symptômes dépressifs sévères, du ralentissement psychomoteur, de la thymie triste et des idées suicidaires fluctuantes. En l'état, il n'était pas possible d'estimer quand une amélioration de la capacité de travail pourrait survenir. 19. Le 30 octobre 2015, la Dresse L_____ a informé l'OAI d'une amélioration de la symptomatologie dépressive de sa patiente : les idées suicidaires avaient disparu ; la tristesse, la fatigue et le désespoir avaient diminué et la motivation était en hausse. 20. Dans ce contexte, la reprise progressive d'une activité professionnelle serait possible prochainement. Toutefois, il fallait veiller à ce que cette activité (réadaptation professionnelle dans le domaine de l'horlogerie) fût adaptée au handicap physique et respecte les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr I_____ dans son rapport du 24 décembre 2014. 20. Le 12 novembre 2015, le SMR a admis une totale incapacité de travail depuis le 30 janvier 2015, en raison d'un épisode dépressif sévère. Il a en revanche considéré que la capacité à exercer une activité adaptée avait été entière du 12 août 2014 au 29 janvier 2015. 21. L'OAI a estimé qu'il convenait d'appliquer la méthode mixte pour déterminer le degré d'invalidité : puisque l'assurée travaillait 37 heures sur 45 au début de l'incapacité de travail (23 août 2013), les parts consacrées à l'activité professionnelle et au ménage s'élevaient à 82%, respectivement à 18%. Dès lors qu'il existait différents secteurs d'activités dans lesquels l'assurée était en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, il y avait lieu de se baser sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2012 (ESS 2012, TA1, pour une femme, tous secteurs confondus, dans une activité simple et répétitive de niveau 1). En résultait un revenu exigible de CHF 4'112.- par mois pour une activité exercée à plein temps, soit CHF 50'151.- après indexation à l'évolution des salaires en termes nominaux en 2014 (ISS en 2012 : 2'630 et en 2014 : 2'673 ; soit CHF 49'344 x 2'673 / 2'630) et CHF 52'282.- après adaptation à la durée normale du travail en 2014 (41.7 heures ; 50'151 x 41.7 / 40). En tenant compte d'un taux d'occupation de 82% (correspondant à CHF 42'871.-), et d'une réduction supplémentaire de 10% motivée par les limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidité s'établissait à CHF 38'584.-. Quant au revenu sans invalidité, il aurait été de CHF 36'340.- en 2014, année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité (ISS en 2013 : 2'648, et en 2014 : 2'673 ; soit CHF 36'000 x 2'673 / 2'648). Dès lors que la perte de gain était nulle, le taux d'invalidité l'était aussi. Dans la mesure où l'assurée ne subissait aucun empêchement dans le ménage, le taux d'invalidité était également de 0% pour la partie ménagère. 22. Par décision du 19 mai 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière, assortie d'une rente complémentaire pour enfant à compter du 1 er janvier 2016. L'OAI a considéré que les conditions du droit à la rente n'étaient pas remplies à l'issue du délai d'attente d'un an, en août 2014. S'agissant de la sphère ménagère, il n'était pas nécessaire d'évaluer l'empêchement subi. En effet, même si l'empêchement maximum était admis, le degré d'invalidité résultant de l'ensemble des deux domaines ne pouvait dépasser 18%, compte tenu d'un degré d'invalidité nul dans la

sphère professionnelle. Toutefois, compte tenu de l'aggravation survenue en janvier 2015 et de l'incapacité totale de travail en résultant, il y avait lieu d'admettre une perte de gain totale de 82% dans la sphère professionnelle. À l'issue d'un nouveau délai d'attente d'un an, soit dès janvier 2016, le degré d'invalidité était le suivant : activités part perte économique/empêchement degré d'invalidité professionnelle 82.00% 100% 82.00% travaux habituels 18.00% 0% 0.00% degré d'invalidité total 82% 23. Par acte du 20 juin 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois d'août 2014. ![/endif]>![if> La recourante fait remarquer que l'OAI s'est fondé sur le rapport SMR du 12 novembre 2015 pour retenir une pleine capacité à exercer une activité adaptée entre le 12 août 2014 et le 29 janvier 2015. Pour sa part, le SMR s'est basé sur les rapports des Drs B_____ et L_____ datés du 12 août 2014, respectivement du 23 avril 2015. Or, selon la recourante, le SMR a méconnu la teneur véritable du rapport du Dr B_____ puisque ce médecin indiquait une capacité de travail de 0% dans l'activité de nettoyeuse et de 40% dans une activité adaptée. De plus, ce médecin précisait que sa patiente bénéficiait d'un suivi psychiatrique, ce qui sous-entendait qu'elle souffrait également de problèmes psychiques. La recourante ajoute que les conclusions du SMR sont également insoutenables à la lumière du rapport du Dr I_____ du 12 mars 2015. En effet, celui-ci y décrit certes une évolution favorable aux niveaux du dos et du membre inférieur gauche, mais précise que l'assurée ne pourra reprendre un travail dans l'horlogerie en position assise qu'avec une bonne chaise de travail et seulement après avoir effectué un stage ; qui plus est, ce médecin ne s'est pas prononcé sur la date d'une éventuelle reprise d'activité. Sur le plan psychique, la recourante souligne qu'elle bénéficiait déjà d'un traitement antidépresseur (Saroten) début 2014 et qu'elle a été mise en contact avec la Dresse J_____ en avril 2014 pour un traitement psychiatrique. Si celui-ci n'a pas été mis en place c'est parce que ce médecin manquait de place. Ces éléments démontrent qu'elle souffrait d'une dépression bien avant décembre 2014, date fixée par la Dresse L_____, consultée pour la première fois le 30 janvier 2015 seulement, et qui ne pouvait donc évaluer son état pour les périodes antérieures à cette date. En définitive, la recourante soutient avoir été dans l'incapacité totale de travailler de manière ininterrompue depuis août 2013 et réclame l'octroi d'une rente entière depuis août 2014. 24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 juillet 2016, a conclu au rejet du recours. ![/endif]>![if> L'intimé soutient que les éléments au dossier démontrent que si l'assurée ne peut plus exercer son activité habituelle, elle a recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée le 12 août 2014. L'incapacité totale de travail depuis le 30 janvier 2015 résulte, selon le SMR, d'une nouvelle atteinte à la santé. Avant janvier 2015, le tableau clinique était dominé par une problématique essentiellement physique. En outre, il n'existait aucun élément médical objectif faisant état de l'existence de troubles psychiques antérieurs de nature à influencer la capacité de travail de la recourante. Du reste, la Dresse L_____ a indiqué, dans son rapport du 23 avril 2015, que l'insomnie importante, la baisse de thymie avec pleurs, les idées suicidaires fluctuantes, la diminution de la concentration, de l'attention, de l'intérêt et du plaisir remontaient à décembre 2014 environ. 25. Le 31 août 2016, la recourante a réitéré les arguments développés dans son recours. ![/endif]>![if> Elle ajoute qu'aucun stage d'observation professionnelle n'est venu confirmer la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui lui a été reconnue. 26. Le 22 septembre 2016, l'intimé a souligné qu'il n'a été fait état d'aucun diagnostic incapacitant avant janvier 2015, ni de limitations fonctionnelles qui auraient entravé l'assurée d'un point de vue psychique. ![/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 - E 2 05), 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 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). En ce qui concerne en revanche la procédure, et 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). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige. L'objet du litige est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références). En l'espèce, la décision querellée nie à la recourante aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente avant janvier 2016. Cela étant, le recours dont est saisi la Chambre de céans ne concerne que le refus d'octroyer une rente. Partant, le litige ne porte que sur cet aspect de la contestation, singulièrement sur le point de savoir si le début du droit à la rente peut être fixé à une date antérieure à celle retenue par l'intimé et, dans l'affirmative, sur la base de quel degré d'invalidité. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (al. 2 en

vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).!endif]>!if> 6. 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.!endif]>!if> 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). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). !endif]>!if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 8. a. 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).!endif]>!if> b. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. c/aa. 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). c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/cc. 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 ; SVR 2008 IV n. 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). 9. 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 et les références). 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À 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). 10. En l'espèce, la recourante soutient qu'elle a droit à une rente entière depuis août 2014, en raison d'une incapacité de travail ininterrompue depuis le 22 août 2013. À l'appui de sa position, elle invoque le rapport du 12 août 2014 du Dr B _____ - attestant d'une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée - et le fait qu'elle était sous antidépresseurs bien avant le début de son suivi par la Dresse L _____. Pour sa part, l'intimé estime qu'à teneur du rapport du SMR du 12 novembre 2015, la capacité à exercer une activité adaptée a été entière du 12 août 2014 au 29 janvier 2015. Est donc principalement litigieux le point de savoir si le rapport établi par le SMR le 12 novembre 2015 constitue

une preuve suffisante pour admettre l'existence d'une pleine capacité de travail de la recourante durant la période litigieuse. Ce document correspond à une synthèse au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (cf. ci-dessus : consid. 8c/bb) ; il repose non pas sur des observations cliniques auxquelles le Dr K_____ aurait personnellement procédé, mais sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Comme le met en évidence la recourante, le résultat de cette appréciation n'est toutefois corroboré par aucune pièce médicale. Certes, la recourante ne semble pas, de prime abord présenter une pathologie sévère (douleurs du dos et du genou droit). Le dossier ne contient cependant aucun élément médical permettant d'exclure explicitement toute incapacité de travail du 12 août 2014 au 29 janvier 2015. En effet, dans un rapport du 12 mai 2014, le Dr B_____ mentionnait un état dépressif et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Le 12 août 2014, selon ce même médecin, cette capacité n'était plus que de 40% (dépression qualifiée de « stable »). Quant au rapport du Dr I_____ du 24 décembre 2014 - auquel le SMR se réfère également, dans un précédent rapport du 12 mars 2015 -, il ne se prononce pas de manière inconditionnelle sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée à une date précise, mais seulement sous la forme d'un pronostic dont la justesse restait à confirmer « après/selon un stage en horlogerie », mesure qui restait à mettre en œuvre. Or, l'intimé s'est montré réticent à l'idée de mettre sur pied une telle mesure, estimant qu'il y avait « peu de chance que [l'] invalidité soit égale ou supérieure à 20% et lui ouvre ses droits au niveau des MOP [mesures d'ordre professionnel] » (cf. dossier AI, doc 69 p. 1). On rappellera que selon la jurisprudence, pourtant, quand une expertise médicale déclare un assuré incapable de travailler mais constate en même temps qu'en cas de reclassement et de poste de travail approprié, c'est-à-dire une fois la réadaptation exécutée avec succès, une capacité de travail sensiblement meilleure devrait être atteinte, le droit à une rente pour le temps écoulé n'est pas exclu tant que l'incapacité de gain existante n'a pu (ou n'a pas encore pu) être effectivement supprimée, ou diminuée dans une mesure sensible pour le droit à la rente, par des mesures de réadaptation appropriées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 23 mai 1996, publié in Pratique VSI 1/1997 p. 36 consid. 5a et les références). Dans ces circonstances, il appartenait au SMR d'étayer son point de vue divergent de celui des médecins avec des explications circonstanciées et convaincantes. Au contraire, les avis du Dr K_____ - dont il convient de préciser qu'il n'est au bénéfice d'une formation spécialisée ni en rhumatologie, ni en psychiatrie - sont fort succincts ; en particulier, ce médecin n'explique pas en quoi il ressort du rapport du 12 août 2014, sur lequel il se fonde expressément, que la recourante a recouvré une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée dès cette date. Au vu de ce qui précède, la valeur probante du rapport SMR du 12 novembre 2015 est insuffisante pour considérer qu'au terme d'une incapacité de travail d'une année ayant commencé en août 2013, la recourante était pleinement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et l'est restée jusqu'au 29 janvier 2015. Faute d'une analyse de la situation médicale de la recourante sur cette période, l'intimé ne pouvait, au vu des circonstances, faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire avant de fixer le début de l'incapacité de travail durable au 30 janvier 2015, respectivement le droit à une rente d'invalidité entière à partir du mois de janvier 2016. 11. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède à un complément d'instruction concernant la période d'août 2014 à janvier 2015 - en particulier d'un point de vue rhumatologique et psychiatrique - de manière à déterminer le degré d'invalidité de la recourante durant cette période.!

La recourante obtenant

partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu, au vu du sort du recours, de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des considérants.![endif]>![if> 3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période d'août 2014 à janvier 2015.![endif]>![if> 4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.![endif]>![if> 5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.![endif]>![if> 6. 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 - RS 173.110); 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.![endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD 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.