

# GE\_GERICHTE A/2462/2016 vom 1. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2462\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2462_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2462/2016 du 1 mars 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2462/2016 del 1 marzo 2017

## Erwägungen

### E. 4

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE 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 ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1968, a suivi l'école obligatoire dans son pays d'origine, au Maroc. Au bénéfice d'un diplôme de secrétaire, l'assurée a travaillé plusieurs années chez des avocats au Maroc. En Suisse depuis 1997, l'assurée a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel en Valais puis de 1999 à 2004 comme employée polyvalente chez B\_\_\_\_\_ à Sion. Après un arrêt de travail pendant quelques mois en 2004, elle a émargé au chômage de 2004 à 2006. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en date du 7 mai 2009, en raison d'une dépression. L'OAI a recueilli des informations auprès des différents médecins ayant traité l'assurée. Dans un rapport médical du 18 janvier 2009, le docteur C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervicobrachialgies et un syndrome dépressif moyen à sévère, en 2006 et 2008. L'assurée présentait un état dépressif avec des crises d'angoisse, un repli sur soi complet et une labilité émotionnelle. Le pronostic était réservé et l'incapacité de travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2006, pour une durée indéterminée. Le 26 mai 2009, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué un état dépressif et un syndrome douloureux chronique depuis 2004. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été organisé auprès du service médical de Suisse romande (SMR), en date du 17 décembre 2009. L'assurée a été examinée par les docteurs E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans leur rapport du 26 janvier 2010, les médecins ont diagnostiqué avec répercussion durable sur la capacité de travail une cervicarthrose étagée, avec hernies discales C5-C6, C6-C7 et, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles statiques et dégénératifs lombaires modérés, une fibromyalgie, un status après cure de canal carpien à droite et une dysthymie. Dans l'appréciation du cas, les médecins relevaient que l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires de façon franche, aucun déficit neurologique n'avait été objectivé. La documentation radiologique mise à disposition postérieurement montrait des troubles dégénératifs du rachis cervical avec mise en évidence de hernies discales de localisation médiane et paramédiane sans mise en évidence de conflit radiculaire franc. Sur le plan lombaire, l'assurée présentait des troubles statiques et dégénératifs en adéquation avec l'âge. Sur le plan psychiatrique, l'examen avait révélé des éléments en faveur d'un tableau de dépression chronique dont la sévérité était toutefois insuffisante pour justifier alors un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec une thymie bonne, sans irritabilité ni tristesse, ni ruminations existentielles, sans idées noires, la fatigabilité était anamnestique, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime

d'elle-même. Le tableau était particulier, de par sa fluctuation avec, à raison de 80% du temps, des moments où elle se sentait moins bien, s'isolait et s'enfermait chez elle et, à raison de 20% du temps, des moments où elle se sentait mieux, regardait la télévision et partait faire ses commissions. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquaient le diagnostic de dysthymie, où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable. Ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes. Ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne ce qui était le cas de l'assurée. Il n'était pas trouvé une comorbidité psychiatrique manifeste : l'assurée se plaignait de douleurs cervicobrachiales depuis 2008, mais une perte d'intégration sociale à toutes les manifestations de la vie n'était pas retrouvée et l'état psychique cristallisé était difficile à mettre en évidence. L'échec au traitement ne pouvait être envisagé puisqu'il avait débuté en 2008 et semblait bénéfique pour l'assurée. L'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. !endif]>![if> Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs et occasionnelle au-delà de 5,5 kg, éviter les activités au-delà de 60 degrés d'antéflexion en charge de façon répétitive, éviter les positions en porte-à-faux et en antéflexion du rachis contre résistance, les positions statiques debout prolongées et favoriser les activités à caractère semi-sédentaire permettant les variations de position à la guise de l'assurée. Les médecins du SMR avaient ainsi conclu que les atteintes à la santé sur le plan ostéo-articulaire ne pouvaient expliquer une incapacité de travail de 100% comme attestée par les différents médecins traitants. La fibromyalgie en tant que telle n'est pas une atteinte à la santé réputée comme invalidante en l'absence de pathologie psychiatrique invalidante préexistante, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signe de gravité selon la jurisprudence actuelle. Par conséquent, dans l'activité habituelle d'aide de cuisine et de caissière, ainsi que dans une activité adaptée la capacité de travail était de 100 %.

6. Par décision du 17 mai 2010, l'OAI a refusé tout droit aux prestations, motifs pris que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité. !endif]>![if> 7. L'assurée a interjeté recours en date du 16 juin 2010, et a produit divers rapports médicaux. !endif]>![if> 8. Au vu de l'avis du SMR du 23 septembre 2010, constatant que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'il convenait de reprendre l'instruction, la chambre de céans, par arrêt du 20 octobre 2010, a annulé la décision de l'OAI et renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision dûment motivée ( ATAS/1076/2010 ). !endif]>![if> 9. Dans un rapport du 26 janvier 2011 à l'attention du Dr C \_\_\_\_\_, le docteur G \_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a indiqué avoir examiné l'assurée le 20 janvier 2011. L'absence de radiculopathie et d'effets des infiltrations écartait quelque peu une radiculopathie compressive répondant bien à une décompression chirurgicale. Il restait la possibilité d'une douleur d'origine médullaire bien que la compression laissait encore un peu de LCR devant la moelle et qu'il n'y avait pas de signe clinique de myélopathie. Il avait rediscuté du cas avec le docteur H \_\_\_\_\_, spécialisé en chirurgie du rachis, qui préconisait une corpectomie C6 avec cage et plaque. !endif]>![if> 10. Dans un rapport du 17 mai 2011, le docteur I \_\_\_\_\_, psychiatre, a diagnostiqué un état dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis trois à quatre ans. Il suivait la patiente en traitement ambulatoire depuis le

29 janvier 2009. Il expliquait que suite à son état dépressif, le médecin traitant de la patiente, le Dr C\_\_\_\_\_, avait commencé un traitement antidépresseur de Deroxat, anxiolytique de Tranxilium, sans grande amélioration sur le plan psychique. Au cours de sa première évaluation du 29 janvier 2009, le psychiatre relevait que les symptômes d'un état dépressif étaient présents, que son traitement antidépresseur Deroxat avait été changé par l'antidépresseur Eflexor et un suivi psychothérapeutique avait été programmé. Malgré le suivi régulier, la patiente montrait des difficultés à se stabiliser en raison de sa solitude, de l'éloignement de son fils et des symptômes somatiques qui étaient présents depuis plusieurs années. Ces derniers temps la patiente était très préoccupée à propos de la garde de son fils, revendiquée par le père, et inquiète quant à une éventuelle opération de neurochirurgie pour son hernie discale. La patiente était sans moral, avec une thymie triste, elle présentait un ralentissement psychomoteur, de la fatigue, un trouble de la concentration, par moment elle était très angoissée et prenait des somnifères. Les douleurs somatiques étaient très présentes. L'incapacité de travail était de 100 % depuis 3 à 4 ans. Les capacités de concentration, compréhension, adaptation et de résistance étaient limitées. ![/end]!>![if>

11. Le Dr C\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical en date du 18 mai 2011. Il a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des cervicobrachialgies existant depuis 2007 et un état dépressif moyen depuis 2006 ainsi que des lombosciatalgies depuis 2004. Le pronostic était mauvais et l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 1 er juin 2006. Concernant les limitations fonctionnelles, la patiente devait éviter les activités uniquement en position assise, debout, en terrain irrégulier, éviter de se pencher de travailler avec les bras au-dessus de la tête, la position accroupie à genoux, de soulever des charges, de monter sur une échelle et un échafaudage, et de soulever porter des charges de plus de 3 kg. ![/end]!>![if>

12. Les radiographies de la colonne cervicale du 13 janvier 2010 ont objectivé une scoliose à convexité gauche avec disparition de la lordose physiologique, une discarthrose en C6-C7 avec ostéophytose postérieure. Les apophyses unciformes étaient hypertrophiées en C7 traduisant une uncarthrose. S'agissant de la colonne lombaire, les radiographies avaient mis en évidence une scoliose à convexité droite avec ostéophytose marginale en bec en L2 à gauche, un aspect cunéiforme des vertèbres en D12, moins prononcé en L1 avec ostéophytose antérieure, un aspect scléreux du pédicule droit de D12 pouvant être secondaire à la sclérose du plateau supérieur de la vertèbre, un angle lombo-sacré dans les limites de la norme, pas de bascule du bassin et des articulations sacro-iliaques d'épaisseur normale. ![/end]!>![if>

13. L'IRM cervicale du 14 janvier 2010 montrait une dégénérescence discale C5-C6 avec hernie discale luxée vers le bas, de localisation médiane, appuyant sur la partie antérieure du cordon médullaire, sans répercussion sur les racines sous-jacentes, une hernie discale C6-C7 de localisation paramédiane gauche, appuyant sur la partie antérieure du cordon médullaire et entrant en conflit avec la racine C7 gauche. Les apophyses unciformes étaient hypertrophiées en C7 évoquant une uncarthrose modérée, le cordon médullaire comprimé dans sa partie antérieure en C5-C6 et C6-C7 mais de signal homogène, une cunéisation de D3 avec encoche corticale au niveau de son plateau supérieur pouvant traduire un ancien tassement. ![/end]!>![if>

14. Dans un rapport du 15 février 2012, la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11) et une cervico-brachialgie avec hernie discale cervicale. Le traitement ambulatoire était en cours depuis le 17 décembre 2011. Malgré le suivi régulier, la patiente montrait des difficultés à se stabiliser en raison de sa solitude, de l'éloignement de son fils qui vivait en Valais avec son père et des troubles somatiques, présents depuis plusieurs années. La patiente présentait

une thymie triste, sans moral, un ralentissement psychomoteur et de la fatigue. Par moment elle était très angoissée, elle présentait un trouble de la concentration et devait prendre un somnifère pour dormir. Les troubles somatiques étaient très présents, la patiente était inquiète pour son avenir et ses douleurs constantes. La patiente ne travaillait plus depuis plusieurs années. !endif>![if> 15. Répondant à une demande de renseignement du SMR, le Dr G\_\_\_\_\_ indique en date du 14 novembre 2014 qu'il n'avait pas revu la patiente dans son service depuis le 20 janvier 2011 et qu'aucune intervention neurochirurgicale n'était à ce jour prévue pour cette patiente. Il laissait donc le soin au SMR de demander à son médecin traitant de se prononcer sur sa capacité de travail et de lui faire savoir si l'assurée devrait bénéficier d'une nouvelle consultation en neurochirurgie aux HUG. !endif>![if> 16. Par avis médical du 22 janvier 2013, le SMR a préconisé de mettre en place une expertise pluridisciplinaire qui sera confiée à un centre de type COMAI via la plateforme MED@P. L'expertise devra comporter les spécialités de rhumatologie, neurochirurgie et psychiatrie. !endif>![if> 17. Par communication du 5 février 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale polydisciplinaire était nécessaire et lui a adressé la liste des questions à poser aux experts, un délai lui étant imparti pour faire parvenir les éventuelles questions complémentaires à poser à l'expert. !endif>![if> 18. L'assurée a été hospitalisée du 18 janvier 2013 au 19 janvier 2013 dans le service de chirurgie viscérale du département de chirurgie pour une lithiase vésiculaire symptomatique. Le 18 janvier 2013, une cholécystectomie par laparoscopie a été pratiquée ; les suites de l'intervention ont été simples et afebriles. Un arrêt de travail de 100 % lui a été prescrit du 18 janvier 2013 au 3 février 2013. !endif>![if> 19. Une IRM cervicale a été pratiquée le 26 juin 2013 qui a conclu à une hernie discale C5-C6, C6-C7, en conflit avec la racine C7 gauche, une uncarthrose modérée en C7, le cordon médullaire était comprimé dans sa partie antérieure à la hauteur de la hernie discale décrite C5-C6 sans signe de myélomalacie. L'IRM lombaire du 28 juin 2013 a conclu à un ancien tassement du plateau supérieur de D12 avec herniation intraspongieuse, une dégénérescence discale D12-L1, L2-L3, L4-L5, avec discopathie modérée, à moindre degré L5-S1, une protrusion discale L2-L3 de localisation surtout foraminale et extra-foraminale gauche, en contact avec la racine L2 gauche dans son trajet extra-foraminal, une hernie discale L4-L5 de localisation foraminale droite, en contact avec la racine L4 droite dans son trajet foraminal et extra-foraminal, une protrusion discale L5-S1 sans conflit radiculaire, une arthrose interapophysaire postérieure étagée ne provoquant pas de rétrécissement ni canalaire ni foraminal et un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. !endif>![if> 20. Par communication du 17 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise médicale sera effectuée par la clinique Corela et sera exécutée par les docteurs K\_\_\_\_\_, médecine interne générale, L\_\_\_\_\_, neurochirurgie, M\_\_\_\_\_, psychiatrie, et N\_\_\_\_\_, rhumatologie. !endif>![if> 21. Le 31 mars 2016, la clinique Corela a déposé son rapport d'expertise. L'assurée a fait l'objet d'une consultation de psychiatrie en collaboration avec une psychologue le 24 août 2015, d'une consultation de l'appareil locomoteur le 29 août 2015, d'une consultation de neurochirurgie le 4 septembre 2015, et d'un avis médical de médecine interne-générale du Dr K\_\_\_\_\_. Sur le plan de la neurochirurgie, les experts ont retenu les diagnostics de hernie discale C5 à C6 et L4-L5, de protrusion discale C6-C7 et L2-L3, de tassement et herniation intraspongieuse, sans incidence sur la capacité de travail au jour du rendez-vous d'expertise. Sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) sans incidence sur la

capacité de travail au jour de l'expertise. Dans la dernière activité, de même que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est totale, depuis toujours.![endif]>![if> 22. Le 20 mai 2016, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de refus de prestations. À la requête de l'assurée, l'OAI a communiqué copie de son dossier au Dr C\_\_\_\_\_ ainsi qu'à la Dresse J\_\_\_\_\_![endif]>![if> 23. Le 20 juin 2016, l'assurée a fait part à l'OAI de son « objection » et demandé que son dossier soit revu.![endif]>![if> 24. Par décision du 5 juillet 2016, l'OAI a refusé toutes prestations de l'assurance-invalidité, motif pris que selon le rapport d'expertise, les éléments médicaux ne permettaient pas de conclure à une incapacité de travail.![endif]>![if> 25. Par courrier du 19 juillet 2016, posté le 20 juillet 2016, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle utilisait son droit de recours, rejetait la décision du 5 juillet et lui ferait savoir la suite de sa démarche par le biais de son avocat. ![endif]>![if> 26. Par courrier du 21 juillet 2016, l'assurée a été invitée à produire la décision querellée d'ici au 2 août 2016 et par courrier du 25 juillet 2016, elle a été informée que son recours n'était pas conforme à la loi et qu'il lui appartenait d'exposer brièvement les raisons pour lesquelles elle saisissait la chambre de céans et contestait la décision attaquée, ainsi que de formuler les prétentions exactes qu'elle entendait faire valoir. Un délai au 8 août lui a été imparti à cet effet, faute de quoi le recours sera écarté.![endif]>![if> 27. Le 3 août 2016, l'assurée a communiqué à la chambre de céans les noms des médecins qui la suivaient, précisant qu'ils étaient tous en vacances jusqu'à fin août, et a sollicité un délai pour fournir les récents rapports médicaux.![endif]>![if> 28. Le 5 août 2016, la chambre de céans a informé l'assurée que le délai octroyé au 8 août 2016 ne pouvait pas être prolongé et l'a invitée à communiquer ses motifs et conclusions dans le délai imparti.![endif]>![if> 29. Par courrier du 8 août 2016, l'assurée a indiqué qu'elle souffrait énormément, avait de multiples douleurs, qu'elle ne parvenait pas à dormir même avec des somnifères et qu'elle souffrait en plus d'une dépression consécutive. ![endif]>![if> 30. Dans sa réponse du 6 septembre 2016, l'OAI s'est référé à sa décision querellée et a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> 31. Le 6 septembre 2016, l'assurée a transmis à la chambre de céans un rapport d'IRM cervicale du 5 septembre 2016. ![endif]>![if> 32. L'assurée n'a pas déposé de remarques ni de pièces complémentaires dans le délai imparti.![endif]>![if> 33. Sur qui, la cause a été gardée à juger. ![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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. 2. a. Les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent dans le délai de 30 jours dès la notification de la décision (cf. art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).![endif]>![if> Aux termes de l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences mentionnées sous lettres a à i. Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et 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. La teneur de cette disposition est reprise en droit cantonal à l'art. 89B al. 1 et 2 de la loi sur

la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10) b. La règle de l'art. 61 let. b LPGA - applicable d'office - découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales (cf. Ulrich MEYER-BLASER, La LPGA - Les règles de procédure judiciaire, in: La Partie générale du droit des assurances sociales, Colloque de l'IRAL 2002, Lausanne 2003, p. 32). C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. Il suffit que la motivation du recours laisse apparaître les raisons pour lesquelles les faits constatés ou les dispositions appliquées par l'autorité inférieure sont contestés (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd. 2015, p. 811 n. 79). A cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable en application de l'art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé mais également en l'absence de toute motivation pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours; demeure toutefois réservé l'abus de droit (ATF 134 V 162 ; arrêt 9C\_248/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1; voir également Ueli KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 193 p. 299).

3. En l'espèce, l'acte de recours a été interjeté dans le délai de 30 jours dès la notification de la décision querellée. En revanche, quant à la forme, force est de constater que l'acte de recours, dépourvu de toute motivation et ne contenant aucune conclusion, n'est pas conforme aux exigences posées aux art. 61 let. b LPGA et 89B al. 1 LPGA. Dûment informée de ce qui précède, la recourante a été invitée à exposer brièvement les raisons pour lesquelles elle contestait la décision de l'intimé et à formuler les prétentions exactes qu'elle entendait faire valoir. Un délai convenable lui a été imparti au 8 août 2016 pour ce faire, à défaut de quoi son recours sera écarté. Or, le courrier du 8 août 2016 de la recourante ne satisfait pas plus aux conditions précitées. En effet, la recourante se borne à indiquer qu'elle est très malade et souffre de dépression, sans que l'on puisse comprendre les motifs pour lesquels elle conteste la décision. De plus, elle ne prend aucune conclusion. La transmission d'un rapport d'IRM « afin de mettre à jour les informations la concernant » n'y change rien. Enfin, alors qu'elle a eu encore une fois l'opportunité de faire des remarques, la recourante ne s'est pas manifestée.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être écarté (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B al. 1 LPA) et il ne sera pas perçu d'émolument. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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