

## GE\_GERICHTE A/410/2015 vom 17. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_410\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_410_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/410/2015 du 17 juin 2015

IT: GE\_GERICHTE A/410/2015 del 17 giugno 2015

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.06.2015  
A/410/2015

A/410/2015 ATAS/442/2015 du 17.06.2015 ( AI ) , ADMIS/RENVOI En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/410/2015 ATAS/442/2015  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 juin 2015 4 ème  
Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VÉSENAZ, représentée par le  
Docteur B\_\_\_\_\_ recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 \_\_\_\_\_ 1959, est au bénéfice d'une  
patente de cafetier-restaurateur. Sans autre formation particulière, elle a travaillé comme  
employée de commerce jusqu'en 2012.![endif]>![if> 2. L'assurée a déposé une  
demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI  
ou l'intimé) en date du 23 avril 2014, invoquant de multiples atteintes à la santé (problèmes  
cervicaux, hernie discale, dorsolombalgies, troubles sensitifs, etc...).![endif]>![if> 3.  
L'OAI a recueilli un nombre important de rapports médicaux, notamment des échographies  
et une mammographie des seins, un rapport du Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en radio-oncologie,  
attestant que l'assurée avait été en traitement radio- thérapeutique dans le centre de  
radio-oncologie du 10 août 2009 au 25 septembre 2009, des IRM dorsolombaires ainsi que  
diverses radiographies de la colonne.![endif]>![if> 4. Dans son rapport du 30 juin 2014  
à l'attention de l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin  
traitant, a diagnostiqué des lombalgies sur listhésis L3-L4, traitées par infiltrations, ainsi  
que des dorsalgies. Au titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le médecin  
traitant évoque un cancer du sein opéré en 2009, ainsi qu'une opération du canal carpien en  
2013 à droite, avec des paresthésies résiduelles. Il invoque également une discectomie  
cervicale pratiquée en 2010. La capacité de travail est de 50% depuis 2012. Au titre des  
restrictions physiques, l'assurée ne doit pas rester assise devant un ordinateur plus qu'une  
demi-heure. La capacité de travail comme commerciale est de 50%. Selon le médecin  
traitant, l'assurée présente les limitations fonctionnelles suivantes : elle doit alterner les  
positions assise et debout, ne doit pas se pencher ni travailler avec les bras au-dessus de la  
tête, la rotation en position assise/debout doit être faite le moins possible, elle ne peut pas  
soulever ou porter des charges loin du corps, ni monter sur une échelle ou un échafaudage.  
![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 4 juillet 2014 à l'attention de l'OAI, le Dr  
E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un carcinome canalaire invasif au sein gauche traité par chirurgie  
et radiothérapie. La patiente est actuellement en rémission complète. Le pronostic est bon,  
la patiente doit effectuer des contrôles cliniques et radiologiques réguliers. Il n'y a pas  
d'incapacité de travail relevant de son domaine depuis la fin de la radiothérapie en  
septembre 2009.![endif]>![if> 6. Le 30 juillet 2014, l'OAI a accordé à l'assurée des  
mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation, à savoir une mesure

de coaching à raison de dix séances. 7. Le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 10 août 2014. Il a diagnostiqué des douleurs cervicales et des douleurs lombaires depuis plus de dix ans, avec effet sur la capacité de travail. Au titre des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le médecin indique un canal carpien droit opéré le 26 juin 2013 et un néo mammaire gauche. Il a opéré l'assurée au niveau cervical en septembre 2010. Selon le médecin, l'évolution est assez fluctuante avec des douleurs résiduelles qui évoluent dans le temps et qui sont très sensibles d'une part à sa situation professionnelle et personnelle, d'autre part à des douleurs lombaires elles-mêmes fluctuantes et qui occupent actuellement le devant de la scène. La patiente est suivie par le Dr G\_\_\_\_\_ pour des infiltrations lombaires. S'agissant des incapacités de travail, il renvoyait au médecin traitant. Lui-même avait établi des certificats d'incapacité de travail à 100% du 3 septembre 2010 au 3 novembre 2010, à 50% du 4 novembre 2010 au 20 février 2011 et de 0% dès le 21 février 2011. L'assurée peut exercer une activité actuelle à 80% au moins avec quelques aménagements. Le Dr F\_\_\_\_\_ a communiqué à l'OAI divers documents et rapports médicaux. 8. Par avis du 18 août 2014, le SMR a retenu une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de secrétaire ainsi que dans une activité adaptée, en notant « voir évolution de l'IT – rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 10 août 2014 ». 9. La doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, a établi un rapport, non daté et non signé, reçu par l'OAI le 19 août 2014. Elle n'a posé aucun diagnostic, mais a attesté d'un traitement ambulatoire chez elle du 7 juillet 2010 au 28 décembre 2012 et une opération le 27 novembre 2012. Il n'y avait pas de problème d'incapacité de travail suite à l'intervention. La doctoresse a joint un rapport opératoire du 27 novembre 2012 : l'intervention a consisté en une correction de l'asymétrie par mastopexie bilatérale et réduction du sein gauche, suite à une tumorectomie pour cancer, avec radiothérapie. 10. Par communication du 15 octobre 2014, l'OAI a pris en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation, à savoir gestion stock/facturation du 3 au 6 novembre 2014 et Word avancé du 10 au 14 novembre 2014. 11. Au cours d'un entretien téléphonique du 5 novembre 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle suivait les cours mais ne voulait pas reprendre contact avec la coach et souhaitait que l'OAI statue sur son dossier. 12. Par communication du 7 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée que compte tenu des éléments en sa possession, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. 13. Le 3 décembre 2014, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité, motif pris que selon le SMR sa capacité de travail était diminuée de 20% dans n'importe quelle activité lucrative en raison de son atteinte à la santé. Or, un degré d'invalidité de 20% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI. 14. Par décision du 28 janvier 2015, l'OAI refuse l'octroi d'une rente d'invalidité, considérant que son degré d'invalidité d'au maximum 20% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'OAI relève que dans le cas de l'intervention précoce, l'assurée avait eu droit à des mesures dans le but de la soutenir dans ses démarches de retour en emploi, qu'elle n'a voulu poursuivre. Par conséquent des mesures professionnelles ne sont pas indiquées et ne se justifient pas. 15. Par rapport du 23 janvier 2015 reçu le 30 janvier 2015 par l'OAI, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indique avoir revu l'assurée dès le 13 décembre 2014 à la demande de son médecin traitant qui était inquiet en raison de l'état dépressif manifeste. Elle complétait la demande AI qui n'a pas tenu compte de l'aspect psychologique de l'intéressée, laquelle avait déjà été suivie entre mars 2008 et juillet 2011

dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec syndrome somatique. La psychiatre expose de manière circonstanciée que l'assurée a un parcours de vie difficile et qu'elle fait face à de nombreux problèmes de santé. Actuellement, la patiente présente une symptomatologie dépressive chronicisée, une isolation sociale, un manque d'espoir et un avenir incertain. Le diagnostic actuel est un trouble dépressif récurrent épisode sévère à moyen, avec syndrome somatique, et un trouble de la personnalité mixte, avec traits dépendants et émotionnellement labiles. L'assurée est sous traitement de Seropram 40 mg par jour avec du Stilnox en réserve. Une psychothérapie de soutien lui est dispensée. La Dresse B \_\_\_\_\_ joint à son rapport un résumé du séjour de l'assurée dans l'Unité hospitalière des institutions universitaires de psychiatrie, daté du 1<sup>er</sup> décembre 1994, suite à une première hospitalisation en entrée non volontaire en raison d'un tentamen médicamenteux. Le diagnostic était un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites, et tentamen médicamenteux à but incertain. L'assurée a été admise le 26 novembre 1994 et était ressortie le 28 novembre 1994, en refusant les examens complémentaires.!

16. Par acte du 5 février 2015, la Dresse B \_\_\_\_\_, au bénéfice d'une procuration signée par sa patiente, interjette recours. Elle relève que l'état de santé de la patiente reste critique et elle souhaite que l'on tienne compte de son rapport médical circonstancié.!

17. Par courrier du 2 avril 2015, le Dr D \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à la chambre de céans, indiquant que la patiente souffrait depuis de nombreuses années de problèmes vertébraux, longuement investigués pour lesquels elle a reçu de nombreux traitements. La situation actuelle s'est nettement péjorée depuis le printemps 2014 et la situation nécessite des investigations poussées qui ont actuellement lieu à la clinique Schulthess de Zurich, spécialisée dans ce domaine. Ces investigations ne sont pas encore terminées. Il lui semblait nécessaire d'attendre les conclusions de toutes ces investigations en cours avant de prendre une quelconque décision. Un délai supplémentaire de deux mois était requis.!

18. Dans sa réponse du 9 avril 2015, l'OAI conclut au rejet du recours. Il se réfère à l'avis médical du SMR du 17 mars 2015 qui se déclare surpris de l'existence d'une aggravation de l'état de santé psychiatrique et somatique dès le printemps 2014, alors que le médecin traitant dans son rapport de juin 2014 ne fait pas mention d'une quelconque atteinte psychiatrique, que la Dresse B \_\_\_\_\_ ne fournit pas un status clinique objectif détaillé et que son rapport se base essentiellement sur des données subjectives. Le SMR se réfère à ses conclusions du 18 août 2014.!

19. Le 4 mai 2015, la recourante a déposé des rapports circonstanciés établis par la clinique Schulthess de Zurich.!

20. Invité à se déterminer, l'OAI, par courrier du 26 mai 2015, se réfère à l'avis médical du SMR du 12 mai 2015 selon lequel au moment où le SMR a rendu son avis du 18 août 2014, les éléments médicaux figurant au dossier étaient suffisants pour se prononcer. Au vu du rapport de la clinique Schulthess, une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée ne peut être exclue ; cependant il est difficile de la situer au printemps 2014. Au cas où l'aggravation venait à être confirmée, il est nécessaire de connaître le début et l'impact sur la capacité de travail. A cet effet, le SMR préconise la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (volet rhumatologique et psychiatrique) dans un centre du type CRR ou CEMed.!

21. Après communication de cette écriture à l'assurée, la cause a été gardée à juger.!

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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions légales applicables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles 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). 4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 60 al. 1 LPGA). 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'impact de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité. 6. 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<sup>er</sup> janvier 2008). 7. 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). 8. 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> A cet égard, il convient de relever qu'un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 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 LPGA) 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). Ils 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). 9. En l'espèce, la chambre de céans relève que de nombreux rapports médicaux ont été versés au dossier. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, l'incapacité de travail de la recourante est estimée à 50% depuis 2012. Il a fait état de plusieurs limitations fonctionnelles, notamment quant à une activité devant un ordinateur. Enfin, il a indiqué que l'état de santé s'était substantiellement aggravé depuis le printemps 2014, tant sur le plan physique que psychique. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il a attesté d'incapacités de travail de 100% du 3 septembre 2010 au 3 novembre 2010, de 50% du 4 novembre 2010 au 20 février 2011, puis de 0% dès le 21 février 2011. Pour le surplus, il renvoie à l'estimation du médecin traitant, indiquant toutefois que du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à un taux de 80% avec quelques aménagements. La Dresse B\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a établi un rapport détaillé en date du 23 janvier 2015, expliquant avoir revu la patiente dès le 13 décembre 2014 à la demande de son médecin traitant qui était inquiet. Elle a diagnostiqué notamment un trouble dépressif récurrent, épisode sévère à moyen avec syndrome somatique et un trouble de la personnalité mixte.>[endif]>[if> Enfin, en cours de procédure, la recourante a déposé des rapports complémentaires détaillés établis par la Schulthess Klinik de Zurich à la suite d'investigations complémentaires. Au vu des pièces du dossier, il apparaît que la situation médicale de la recourante n'est pas claire, que l'intimé n'a pas tenu compte de toutes les atteintes à la santé, ni de l'aggravation de l'état de santé, tant sur le plan physique (depuis le printemps 2014 semble-t-il) que psychique. A cet égard, il convient de relever que selon une note téléphonique du 22 août 2014, la coach de

la recourante a fait part à l'intimé de la forte fragilité de cette dernière. A la suite de cet entretien, la collaboratrice de l'intimé a pris contact avec le médecin traitant pour le tenir au courant du discours et des propos inquiétants tenus par sa patiente. La chambre de céans relève enfin que le SMR préconise la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Compte tenu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise, puis rende une nouvelle décision.

10. Le recours est par conséquent admis.!

11. L'émolument, fixé à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI)!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la

forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. L'admet et

annule la décision du 28 janvier 2015. !

3. Renvoie la cause à l'intimé pour

instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. !

4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé. !

5. 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.!

La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ Une

copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des

assurances sociales par le greffe le