

GE_GERICHTE A/61/2019 vom 26. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_61_2019

FR: GE_GERICHTE A/61/2019 du 26 février 2020

IT: GE_GERICHTE A/61/2019 del 26 febbraio 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.02.2020 A/61/2019

A/61/2019 ATAS/145/2020 du 26.02.2020 (AI) , ADMIS En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/61/2019 ATAS/145/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 26 février 2020 4 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, représentée par Inclusion Handicap conseil juridique 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 _____ 1956, divorcée et mère d'une fille née le _____ 1979, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité, le 1 er septembre 2016, indiquant être en incapacité totale de travailler depuis le 25 avril 2016, en raison d'une dépression et d'apnées du sommeil, précisant que sa maladie était due à son licenciement. 2. Sur demande d'Axa Winterthur assurances (ci-après Axa), le docteur B_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 10 août 2016, il a indiqué que son expertise se fondait sur l'étude du dossier de l'expertisée ainsi que sur un entretien avec celle-ci effectué le 9 août 2016. Il n'avait pas pu joindre son médecin traitant. L'expert a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. L'état actuel de l'expertisée, en particulier les symptômes d'atteinte cognitive, de fatigue majeure, d'altération des fonctions de base, d'abaissement de l'élan vital et de labilité émotionnelle étaient incompatibles avec la reprise d'une activité. Le taux d'incapacité actuel était de 100% dans la dernière activité exercée ainsi que dans toute profession. Un nouveau bilan pourrait être réalisé dans quatre mois. Pour l'instant, des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité ne seraient pas compatibles avec l'état de l'assurée. Cependant, de telles mesures devraient être entreprises dès que son état le permettrait afin d'éviter une désinsertion du milieu professionnel, qui risquerait d'entraîner une absence définitive de reprise d'activité. Le traitement médicamenteux actuel était adapté à l'état de l'expertisée. Vu l'intensité des symptômes présentés, une prise en charge auprès d'un spécialiste en psychiatrie était cependant souhaitable. Le pronostic était moyen vu l'intensité des symptômes et l'âge de l'expertisée. 3. Le 10 octobre 2016, la doctoresse C_____, médecine interne FMH, a indiqué suivre l'assurée depuis le 25 avril et que celle-ci souffrait d'un état dépressif et anxieux réactionnel depuis avril 2016, d'un syndrome d'apnée du sommeil depuis 2016 et de lombalgies chroniques depuis 2010. L'annonce frontale d'un licenciement le 14 avril 2016 avait causé un état dépressif violent, des insomnies et des crises d'angoisse. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 25 avril 2016. Elle ne pouvait pas rester longtemps dans la même position (assise ou debout). Une activité adaptée au handicap n'était actuellement pas possible sur le plan psychique. L'assurée ne pouvait pas effectuer des activités uniquement en position assise ou debout, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, soulever et porter

des charges, monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa capacité de travail était limitée depuis l'état dépressif ainsi que sa résistance et son aptitude à se déplacer. Ces indications étaient valables depuis août 2016. Sur le plan dorsal : « dépend de la position ». Sur le plan psychique : « ambiance de travail délétère ». 4. Selon un rapport établi le 17 octobre 2016 par le docteur D_____, FMH en maladies des poumons, l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Elle souffrait d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil depuis le 18 juillet 2016. La patiente était en phase d'adaptation de traitement par « NCIAS ». Le pronostic était excellent si le traitement était toléré. Actuellement, il était très difficile pour l'assurée. Les limitations fonctionnelles étaient une hypersomnolence diurne. La capacité de travail était en fonction de l'attention nécessitée. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement en cours était un nCPAP. S'agissant de la reprise de travail, le Dr D_____ se référait au médecin traitant. 5. Le 29 juin 2017, le Dr D_____ a indiqué que l'état de l'assurée était resté stationnaire, qu'elle supportait très bien son traitement par nCPAP, que le pronostic était excellent sur le plan des apnées et des complications. Dans la mesure où la patiente continuait le traitement, elle était moins somnolente. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle par rapport au traitement des apnées du sommeil. La compliance était optimale. S'agissant d'éventuels troubles psychiques, de la reprise du travail et de la nécessité d'un éventuel examen médical complémentaire, le Dr D_____ se référait au médecin traitant. 6. Le 24 mars 2017, la Dresse C_____ a informé Axa que l'état psychique de sa patiente s'était amélioré d'environ 50% et qu'elle était sous Efexor ER 75 mg depuis le début de l'affection. Au vu de l'amélioration progressive, il ne lui avait pas semblé nécessaire d'ajouter une prise en charge psychiatrique, ce d'autant plus que la patiente ne souhaitait pas augmenter ses frais médicaux, compte tenu de sa situation financière. Par ailleurs, le Dr B_____ avait dit qu'il la reverrait en début d'année. Elle attendait une convocation de sa part avant de prendre d'autres mesures. La Dresse C_____ avait adressé l'assurée à un psychiatre de la région, mais celle-ci devait subir une intervention chirurgicale au genou qui l'immobiliserait probablement jusqu'à fin avril, de sorte qu'elle ne pourrait démarrer une thérapie avant quelques semaines. 7. Le 12 juillet 2017, la Dresse C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Il y avait eu une légère amélioration de la thymie et une gonarthrose gauche avait été nouvellement diagnostiquée. L'assurée ne pouvait pas rester assise ou debout de façon prolongée (maximum dix minutes). La capacité de travail était de 0% dans le poste de travail occupé en tant que téléphoniste (la Dresse C_____ n'a pas rempli la question relative à la capacité de travail dans une autre activité adaptée). Elle a précisé que l'assurée était prise en charge sur le plan psychique par le docteur E_____, que les lombalgies étaient invalidantes et persistantes de même que la gonarthrose et qu'un examen médical complémentaire par un rhumatologue pourrait être éventuellement utile. 8. Sur demande d'Axa, le Dr B_____ a réexaminé l'expertisée et indiqué, dans rapport complémentaire du 16 mai 2017, qu'il avait eu un entretien avec elle le 15 mai 2017 et qu'il n'avait pas pu joindre son médecin traitant (absence de réponse téléphonique). L'expertisée se plaignait avant tout de douleurs lombaires et aux genoux. Elle expliquait que ses douleurs étaient d'origine rhumatologique, qu'elles étaient présentes en permanence, parfois même la nuit, et qu'elles nécessitaient des changements de position fréquents. Elle évoquait de plus des difficultés à dormir en rapport avec son syndrome d'apnée du sommeil. Sur le plan psychique, elle se disait encore fatiguée en fin d'après-midi, en raison de sa difficulté à dormir la nuit, et que l'après-midi, elle somnolait souvent sur son canapé. Il lui arrivait encore de pleurer sans raison, mais plus rarement et plus brièvement. Elle ne se plaignait

pas d'anxiété et disait avoir trop bon appétit. S'agissant de son moral, elle déclarait que « ça allait », à part les douleurs. S'agissant de ses activités, elle disait voir ses amies et sa famille, et sortir promener son chien. Elle regardait la télévision et consultait internet. Elle n'avait pas d'autres loisirs. Elle avait une consultation tous les quinze jours depuis un mois auprès du Dr E_____. Le diagnostic posé par l'expert était des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission. Lors de son évaluation d'août 2016, l'expert n'avait observé aucun signe de rémission. Actuellement, après plus d'un an de repos et l'aide d'un traitement médicamenteux, l'état psychique de l'expertisée était nettement amélioré. On n'observait plus durant l'examen de signes d'anxiété ou d'abaissement de l'humeur. Son médecin traitant avait également constaté une certaine rémission des troubles. L'amélioration de l'état de l'expertisée permettait d'envisager une reprise d'activité. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail pouvait être considérée comme nulle. L'expertisée se plaignait de différentes douleurs rhumatologiques. La répercussion de ses douleurs sur la capacité de travail ne relevait toutefois pas de la présente expertise. En l'état actuel, des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité seraient compatibles, sur le plan psychiatrique, avec l'état de l'assurée. De telles mesures seraient bénéfiques si un retour de l'expertisée sur le marché du travail était envisagé. Le traitement médicamenteux actuel et la prise en charge psychiatrique récente étaient adaptés à l'état de l'expertisée. Sur le plan psychiatrique, le taux d'incapacité actuel dans une profession équivalente à la dernière exercée était de 0%. Une éventuelle incapacité d'ordre somatique ne relevait pas la présente expertise. Des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité seraient compatibles sur le plan psychiatrique avec l'état de l'assurée et seraient bénéfiques. 9. Selon une note téléphonique du gestionnaire de l'OAI du 19 janvier 2018, l'assurée avait informé ce dernier qu'elle ne percevrait plus d'indemnités journalières de l'assurance perte de gain en avril 2017 prochain. Sa situation financière serait dès lors difficile. Elle ne voulait pas prendre de retraite anticipée, car elle y perdrait financièrement. 10. Le 8 novembre 2017, la Dresse C_____ a précisé à Axa que la thymie de l'assurée s'était améliorée sous traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Les autres problèmes étaient toujours présents et gênants pour sa vie quotidienne, particulièrement la somnolence diurne et les douleurs lombaires. Dans l'activité habituelle de téléphoniste, l'impossibilité de rester assise plus de 15-20 minutes rendait toute reprise de travail difficile. Une augmentation de la capacité de travail dans un avenir proche lui paraissait improbable. La possibilité de travailler en alternance debout/assise pourrait améliorer les choses. La patiente avait été licenciée, donc une modification du poste de travail n'était plus d'actualité. Le médecin se demandait quelle autre activité professionnelle on pouvait proposer à l'assurée à 61 ans, compte tenu des limitations physiques qu'elle présentait. Une demande d'assurance-invalidité avait déjà été remplie. Elle ne voyait pas dans quelle profession elle pourrait retravailler. 11. Dans un avis médical du 12 mars 2018, le docteur F_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), après avoir résumé le dossier médical de l'assurée, a relevé que l'arthrose dont elle souffrait existait déjà avant son licenciement et ne l'empêchait pas d'exercer sa profession, qui était une activité professionnelle sédentaire avec peu d'efforts physiques. La Dresse C_____ ne mentionnait pas de prise médicamenteuse antalgique ou anti-inflammatoire, mais uniquement un traitement à visée psychiatrique dans son rapport d'octobre 2016. Il n'était mentionné aucun élément objectif dans le rapport de la Dresse C_____, ni aucun résultat d'examen complémentaire ou avis spécialisé. Le trouble de l'adaptation n'avait pas été durable, car inférieur à un an et réactionnel. Le syndrome de l'apnée du sommeil n'entraînait pas de répercussion sur la santé actuelle de l'assurée.

L'activité habituelle n'était pas adaptée, car l'assurée était en position assise prolongée pendant la journée. En somme, afin de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, le SMR avait besoin de précisions, raison pour laquelle il proposait de questionner la Dresse C _____. 12. Le 12 mars 2018, l'OAI a demandé à la Dresse C _____ de lui fournir les rapports d'examen complémentaires et autres documents concernant la problématique du rachis de l'assurée et de son genou gauche et de lui préciser quelles étaient les raisons médicales, en dehors de l'âge, qui l'empêcheraient d'exercer une activité à temps partiel permettant l'alternance des positions. 13. Le 28 mars 2018, la Dresse C _____ a transmis au SMR copies des rapports radiologiques et des consultations de rhumatologie, etc., précisant qu'un bilan complémentaire du rachis était en cours et qu'elle le lui ferait parvenir dès réception. Elle ne connaissait pas d'activité permettant à un patient de changer de position assis-debout toutes les dix minutes et ne pouvait pas conseiller sa patiente. La Dresse C _____ a transmis au SMR : - un rapport établi par le docteur G _____, rhumatologue FMH, le 2 septembre 2014, dans lequel celui-ci indiquait que l'assurée lui avait été adressée pour ses douleurs de la péri-hanche gauche. Les symptômes étaient mécaniques et auraient débuté suite à des montées d'escaliers répétitives dans une tentative de perte pondérale. Le bilan radiologique à disposition (bassin et hanches du 21 août 2014) révélait une coxarthrose débutante. Il avait complété l'examen par une échographie qui avait révélé des signes de tendinopathie marquée du tendon petit et moyen fessier à leurs insertions trochantériennes, sans bursite. Au vu de l'échec du traitement conservateur, le médecin retenait l'indication à une infiltration, qui avait eu lieu après consentement de l'assurée. Il recommandait le repos après le geste pendant 72 heures et restait à disposition en fonction de l'évolution. - À teneur d'une lettre de sortie établie le 19 avril 2017 par le département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'assurée avait été hospitalisée pour une opération d'un kyste antérolatéral du genou droit. Il avait été procédé à une kystectomie du genou droit et à une neurolyse du nerf fibulaire commun par voie externe. Les suites post-opératoires étaient favorables. 14. Le 11 mai 2018, le docteur H _____, spécialiste en radiologie FMH, a procédé à une IRM lombaire de l'assurée le 9 mai 2018 et conclu à une atteinte dégénérative marquée essentiellement par une arthrose zygapophysaire bilatérale étagée importante, hypertrophique et déformante, sur tout le rachis lombaire, avec des signes congestifs et à des petites discopathies étagées de L2 à L5 avec des bombements discaux postérieurs, ainsi qu'un rétrécissement canalaire secondaire en L2-L3 et L3-L4, sans franche compression des racines de la queue de cheval. 15. Le 5 juin 2018, la Dresse C _____ a attesté que l'assurée avait été en incapacité de travail à 100% du 25 avril 2016 au 24 avril 2018 et que sa capacité actuelle était de 50% dans une activité adaptée et qu'une demande d'assurance-invalidité était en cours. 16. Selon une note téléphonique du gestionnaire du dossier du 24 juillet 2018, l'assurée avait informé l'OAI s'être inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après OCE) depuis juin 2018 et que son conseiller au chômage souhaitait faire une réunion avec l'assurée et un conseiller de l'OAI. 17. Selon un courrier adressé par l'OCE à l'OAI le 27 août 2018, l'assurée était au bénéfice d'un délai-cadre du 8 juin 2018 au 30 juin 2020 pour une activité à 50%. 18. Selon une note téléphonique établie par le gestionnaire du dossier le 4 septembre 2018, l'assurée avait relancé l'OAI, car sa situation financière devenait difficile. Elle était inscrite depuis juin 2018 auprès de l'OCE, qui lui verserait des indemnités jusqu'en octobre prochain. L'OCE la soutenait pour chercher un travail adapté à 50% avec alternance des positions assis/debout. L'assurée ne pouvait bénéficier de l'aide financière de l'Hospice général, car elle sortait juste des

barèmes. Cependant, elle allait se retrouver avec des difficultés financières, dès le mois d'octobre. 19. Selon une note de travail du gestionnaire de l'OAI du 13 septembre 2018, un entretien de clarification avait eu lieu le 12 septembre 2018, en présence de l'assurée et de son conseiller au chômage. Un délai-cadre était ouvert à l'OCE, dès le 8 juin 2018, avec le droit à 90 jours d'indemnité. Du fait qu'elle était propriétaire d'une maison, l'assurée ne pouvait pas bénéficier du soutien de l'Hospice général. Sur le plan professionnel, elle avait travaillé uniquement comme téléphoniste. Elle affirmait avoir des connaissances en anglais limitées et ne pas avoir de connaissance en bureautique ni en secrétariat. Dans le cadre de son ancienne activité, elle prenait le droit de se lever et de faire quelques pas. Elle pensait avoir été licenciée en raison d'un arrêt-maladie d'un mois et demi en 2015, à la suite d'une hospitalisation. Au vu de son âge, de ses compétences professionnelles limitées à son activité de téléphoniste et de la douleur générée par son atteinte à la santé, l'assurée ne se projetait pas dans la reprise d'une activité adaptée. Elle attendait de l'OAI une intervention avec une prestation financière. Elle ne voyait pas le sens de suivre une quelconque mesure comme un stage d'orientation et mentionnait avoir de la peine à se déplacer et conduire très peu. 20. Dans un rapport final du 15 octobre 2018, le Dr F_____, du SMR, a considéré qu'une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles était possible pour l'assurée à 100%, avec un début de l'incapacité de travail au 25 avril 2016 et, dès cette date, une activité adaptée possible. L'activité habituelle de téléphoniste était possible à 100%, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées. Les atteintes à la santé incapacitantes étaient une coxarthrose, une gonarthrose et des lombalgies. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle de téléphoniste pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées et de 100% dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 25 avril 2016. Les limitations fonctionnelles étaient : éviter les positions assises prolongées, favoriser les changements de positions, éviter la marche prolongée sur terrain irrégulier, éviter les escaliers, échelles, le port de charges lourdes de plus de 10 kg occasionnel et de plus de 5 kg répétitif, les positions en porte-à-faux du rachis et les positions accroupies ou à genoux. 21. Le 23 octobre 2018, un gestionnaire du service de réadaptation de l'OAI a relevé que le SMR retenait au final uniquement la coxarthrose comme atteinte à la santé invalidante avec des limitations, comme éviter la position assise prolongée. De manière générale les activités de type administratif (téléphoniste) permettaient de respecter de telles limitations fonctionnelles. Le domaine d'activité habituel de l'assurée était donc compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. 22. Par projet de décision du 1^{er} novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et à 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Son domaine d'activité habituel était compatible, selon l'OAI, à son état de santé. En effet, des activités administratives (téléphoniste) permettaient de respecter ses limitations fonctionnelles. Dès lors, elle ne présentait pas de perte de gain dans le domaine professionnel, ni d'invalidité dans ce domaine. L'invalidité dans le domaine des travaux habituels était évaluée en fonction des difficultés que la personne assurée rencontrait pour accomplir ses travaux habituels (tenue du ménage). L'OAI considérait que dans de tels travaux, l'assurée ne présentait pas d'empêchements. Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente. 23. Le 4 novembre 2018, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Elle demandait quel travail elle pouvait faire, sachant qu'elle ne pouvait pas rester plus de dix minutes assise. Elle avait travaillé toute sa vie et, à 18 mois de sa retraite, elle se voyait contrainte de

demander de l'aide à cause de ses grosses douleurs. Elle demandait une autre décision. 24. Le 8 novembre 2018, l'OAI a attiré l'attention de l'assurée sur le fait que seuls des éléments médicaux pouvaient lui permettre de modifier sa position et qu'il lui appartenait de lui apporter des éléments complémentaires, notamment un rapport médical circonstancié. 25. Le 20 novembre 2018, l'assurée a informé l'OAI être scandalisée et écoeurée par sa décision. L'OAI avait reçu le diagnostic de deux médecins qui l'avait examinée et une IRM qui prouvait les raisons de ses douleurs. 26. Par décision du 7 décembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les arguments présentés par l'assurée ne lui permettaient pas de le modifier. 27. Le 3 janvier 2019, l'assurée a formé recours contre la décision de l'OAI. Elle faisait valoir qu'une téléphoniste était assise pour répondre au téléphone et qu'elle ne pouvait rester assise que dix minutes. Elle doutait qu'un employeur l'engage dans ces conditions. Elle vivait actuellement avec CHF 2'000.- par mois et ne pouvait donc pas payer un émolument. Elle ne pouvait toutefois pas accepter la décision de l'OAI qu'elle lui demandait de revoir. 28. Le 4 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les limitations de la recourante ne représentaient pas des mesures d'épargne inhabituelles et ne requéraient pas des aménagements ou des concessions irréalistes de la part d'un employeur. Le fait d'avoir limité la position assise ne voulait pas dire qu'après avoir été assise, l'assurée doit impérativement rester debout ou marcher pendant une demi-heure avant de pouvoir se rasseoir, mais cela signifiait que le poste de travail devait offrir la possibilité à l'assurée de se lever et faire quelques pas avant de reprendre place. Cela s'apparentait plutôt à l'exigence d'alterner les positions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_926/2011 du 7 décembre 2012 consid. 2.3). 29. Le 25 février 2019, la recourante, assistée par Inclusion Handicap, a persisté dans son recours, faisant valoir que son état de santé somatique n'avait pas été suffisamment investigué. La Dresse C_____ avait fait part à l'OAI non seulement de la problématique de la coxarthrose, mais également de la gonarthrose et des lombalgies chroniques. Si elle avait considéré que ces éléments limitaient à 50% sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée comme dans son activité habituelle, elle ne semblait pas avoir rendu un rapport justifiant en détail sa position. Le SMR n'avait pas procédé à son examen et faisait fi des douleurs qu'elle avait exprimées. Il n'avait pas non plus tenu compte du rapport d'IRM du mois de mai 2018, qui constatait une sévère atteinte au rachis. En retenant uniquement la question de la coxarthrose, le SMR s'était prononcé sur des bases lacunaires et en avait tiré des conclusions erronées sur sa capacité de travail. Il appartenait à l'OAI de requérir de son SMR un examen complet de la situation ou de mandater un expert neutre. La recourante concluait, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 7 décembre 2018 et au renvoi du dossier à l'OAI pour examen complet de sa situation médicale et nouvelle décision. 30. Lors d'une audience devant la chambre de céans du 2 octobre 2019, la recourante a déclaré : « J'estime ne pas être capable de travailler à 100% comme téléphoniste, car je ne peux pas rester assise longtemps. Je dois me lever, aller me promener avant de m'asseoir à nouveau. Après cinq minutes, je peux recommencer à travailler pendant environ dix minutes. Même à la maison, quand je suis installée dans mon canapé bien en arrière avec la jambe surélevée, je dois également me lever toutes les 20 à 25 minutes. Les médicaments ne m'enlèvent pas complètement la douleur, mais m'aident à la supporter. Il s'agit là de douleurs au bas du dos que j'ai depuis plusieurs années, environ 4-5 ans. Il n'y a pas eu d'incident particulier qui a déclenché ces douleurs. Mes douleurs au genou datent d'environ 4 ans. J'ai eu une infiltration il y a 4 ou 5 ans qui n'a pas eu beaucoup d'effet. Je peux marcher une heure, mais après cela me fait très très mal. Je fais des promenades

quotidiennement, une heure le matin et une heure le soir, en général. Avant mon licenciement, j'arrivais à faire mon travail de téléphoniste, car je pouvais me lever régulièrement et faire les cents pas. Je pourrais éventuellement refaire ce travail à 50%, à condition qu'il n'y ait pas trop de téléphones et que je puisse me lever régulièrement. Je ne peux pas rester trop longtemps debout. Vous me dites qu'il existe des bureaux qui peuvent se lever qui pourraient m'aider : le problème est déjà de me rendre au travail, ce qui me cause des douleurs. Prendre le bus m'est difficile. Je pense qu'il ne me serait pas possible de travailler à 100% en raison du fait que je dois me lever sans arrêts. De plus, je relève que je n'ai jamais travaillé à 100%. J'ai demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} septembre 2016 uniquement en lien avec ma dépression qui était due à mon licenciement. Mon médecin, la Dresse C_____, a indiqué le 5 juin 2018 que ma capacité actuelle était de 50% dans une activité adaptée. Ce médecin m'a suivie pour la dépression jusqu'à ce que je voie un psychiatre depuis 2017, sauf erreur. Nous avons des entretiens réguliers une fois par semaine et j'ai pris des antidépresseurs, mais pas au début. Mes problèmes de dépression se sont améliorés. Vous me dites que j'ai vu le Dr G_____ en 2014 : je ne l'ai pas vu plusieurs fois et je ne me souviens plus pourquoi. Vous me rappelez qu'il s'agissait de douleurs à la péri-hanche gauche. J'ai des douleurs à la hanche surtout quand je marche. Ces douleurs sont constantes depuis 2014. J'ai fait énormément d'offres d'emploi pour un poste à 50%, même à 100%, sans succès. J'ai pris une retraite anticipée depuis juin 2019. Je n'ai pas été voir d'autres spécialistes en rhumatologie après le Dr G_____ puisque j'étais suivie par la Dresse C_____ (...). Je ne peux pas vous dire s'il y a eu un bilan complémentaire sur l'état du rachis suite au rapport d'IRM de mai 2018. Sur le plan psychique, je suis actuellement guérie depuis que j'ai arrêté mon suivi avec le psychiatre en mars ou avril 2018, sauf erreur. J'ai eu un suivi d'un an avec le psychiatre « I_____ » qui a été efficace. J'ai continué à voir la Dresse C_____, qui est mon médecin de famille. Je pense que c'est surtout les médicaments que j'ai pris avec le psychiatre qui ont fait effet, avec un bon dosage. J'ai également eu des entretiens réguliers avec lui, une fois par semaine au début, puis une fois toutes les trois semaines. J'ai toujours des problèmes de sommeil. J'étais très fatiguée, car j'avais des problèmes d'apnée du sommeil. Depuis que j'ai l'appareil pour dormir, cela va beaucoup mieux, mais j'ai toujours des problèmes pour m'endormir tous les jours. Je prends de la mélatonine, qui est plus ou moins efficace. Au niveau de la fatigue, cela va néanmoins nettement mieux. Il m'arrive de ne pas dormir des nuits entières, mais globalement je suis moins fatiguée. Je me lève assez tard et je vais sortir mon chien. Je l'ai depuis deux ans, mais avant, j'allais déjà me promener. Ensuite je passe mon temps avec l'ordinateur ou la télévision. Je vois des amis que je connais depuis 20 ou 30 ans. Il s'agit d'un groupe. On se téléphone énormément et parfois, on fait des pique-niques ensemble. Je ne vois pas ma fille. Je suis en revanche en contact avec ma soeur et ma cousine que je vois régulièrement. » 31. Sur ce, 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), 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte

sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimé. 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, mentale ou psychique 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). 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. 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). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 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). 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). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de

celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. 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, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en oeuvre 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En l'espèce, l'OAI a retenu une capacité entière de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations dès le 25 avril 2016, sur la base d'un avis du SMR du 15 octobre 2018, qui retenait une capacité entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de celle-ci dès le 25 avril 2016. Or, dans son premier rapport du 10 août 2016, le Dr B_____ avait estimé qu'en l'état, une reprise d'activité n'était pas possible, réservant un nouveau bilan dans quatre mois. Ce n'est que dans son second rapport du 16 mai 2017 que le Dr B_____ a retenu une capacité de travail dans une activité adaptée, sur le plan psychique, en relevant que les plaintes de l'assurée portaient essentiellement sur le plan somatique. Les conclusions du SMR sur la capacité de travail sont également remises en cause par le médecin traitant de l'assurée, la Dresse C_____, qui retenait, le 5 juin 2018, que l'assurée avait été totalement incapable de travailler du 25 avril 2016 au 24 avril 2018 et qu'elle était actuellement capable de travailler à 50% dans une activité adaptée. Tant les rapports du SMR que ceux de la Dresse C_____ ne répondent pas aux réquisits leur permettant de se voir reconnaître pleine valeur probante. Il en résulte que le dossier n'a pas été suffisamment instruit par l'OAI. Il se justifie, notamment, dans le cas d'espèce que la recourante fasse l'objet d'une expertise rhumatologique par un médecin indépendant.

10. La recourante obtenant gain de cause et

étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG). 11. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet. 3. Annule la décision 7 décembre 2018. 4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. 5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- pour ses dépens. 6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé. 7. 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 Catherine TAPPONNIER 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.