



POUVOIR JUDICIAIRE

A/406/2020

ATAS/875/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 octobre 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT
SCHEIDEGGER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Toni
KERELEZOV, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Par décision du 16 décembre 2019, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a nié à Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) le droit à toute prestation.

S'il a reconnu à l'intéressée une totale incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 10 octobre 2016 - début du délai d'attente d'une année - l'OAI, après avoir dans un premier temps considéré que l'assurée avait toujours été pleinement apte à exercer une activité adaptée, a admis une aggravation temporaire entraînant une totale incapacité - quel que soit le domaine - du 1^{er} juin 2018 au 1^{er} mars 2019, date au-delà de laquelle il a estimé que son état s'était amélioré au point de lui permettre de recouvrer une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

La comparaison du revenu avant invalidité (CHF 33'543.-) à celui exigible malgré l'atteinte à la santé (CHF 32'751.-) conduisait à un degré d'invalidité de 2,36% arrondi à 2%.

2. Par écriture du 31 janvier 2020, complétée le 26 mai 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) et, quant au fond, à l'octroi d'une rente entière, sous suite de dépens.

La recourante fait notamment valoir que la comparaison des gains à laquelle a procédé l'intimé est erronée, puisqu'il a comparé le revenu annuel qui était le sien lorsqu'elle travaillait 30 h./sem. au salaire statistique correspondant à une activité exercée 41,7 h./sem. et ce, alors même qu'il lui a reconnu, à juste titre, un statut d'active à 100%. Qui plus est, l'OAI n'a pas tenu compte de son treizième salaire (son salaire horaire était de CHF 22,88 et non de CHF 21,13).

La recourante reproche également à l'OAI de n'avoir fait réaliser aucun examen rhumatologique détaillé, alors que les seuls documents radiologiques versés à son dossier ne permettent pas de tirer de conclusions quant à sa capacité de travail.

3. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 août 2020, après avoir soumis le dossier au Service médical régional (SMR), a proposé une admission partielle du recours, en ce sens qu'il a admis qu'une instruction complémentaire se justifiait d'un point de vue psychiatrique et suggéré que la cause lui soit renvoyée pour ce faire.

A l'appui de sa position, il produit l'avis émis le 9 juillet 2020 par le SMR. Y est relaté que l'assurée, âgée de 39 ans, ayant exercé l'activité de serveuse, puis de femme de chambre, est en incapacité de travail depuis le 10 octobre 2016 suite à une chute ayant aggravé ses gonalgies et entraîné des lombosciatalgies gauches. Les

examens ont révélé une discopathie protrusive modérée en L5-S1 droite, une discrète protrusion discale L4-L5 gauche et, au niveau du genou, une possible déchirure du ménisque interne et des lésions de chondromalacie fémorale internes et rotulienne.

Le docteur B_____, médecin traitant, dans des rapports des 12 avril et 6 septembre 2017, a estimé que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle en raison de ses lombalgies et gonalgies, mais qu'elle était apte à exercer une activité adaptée à plein temps depuis mars 2017.

Cependant, l'assurée a été en incapacité de travail à 100% à compter du 6 janvier 2018 en raison d'un trouble dépressif.

Le docteur C_____, psychiatre, dans un rapport du 10 avril 2018, a retenu le diagnostic de dépression légère et estimé qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychique, ce qui ne l'a pas empêché de conclure à une capacité réduite à 50%.

Le docteur D_____, psychiatre, dans un rapport du 24 mai 2018, a conclu quant à lui à un trouble dépressif récurrent épisode, sévère du 11 décembre 2017 au 31 mars 2018, moyen à compter du 1^{er} avril 2018, avec des traits de personnalité émotionnellement labile. Il a évalué la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle et à 60% dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2018, à réévaluer après six mois.

Dans un rapport du 20 décembre 2018, le Dr D_____ a décrit une aggravation, avec une rechute dépressive sévère en juin 2018, entraînant une totale incapacité de travail dans toute activité. Sa patiente avait été hospitalisée à la Clinique de Montana du 20 novembre au 13 décembre 2018. La situation n'était pas stabilisée.

Le docteur E_____, psychiatre, dans un rapport du 24 mai 2019, a qualifié l'état dépressif de léger à moyen et évalué la capacité de travail à 60% dans l'activité de serveuse et à 70% dans une activité adaptée depuis le 25 mars 2019.

Le Dr D_____, dans un rapport du 5 août 2019, a qualifié quant à lui l'état dépressif de sévère, avec une évolution stationnaire et une totale incapacité de travail dans toute activité.

Dans un rapport conjoint du 29 novembre 2019, les Drs D_____ et E_____ ont relevé l'absence d'épisode dépressif sévère supplémentaire, mais estimé qu'il était peu probable que l'assurée soit en rémission et souligné qu'elle rencontrait fréquemment des phases de décompensation. Ils ont proposé une mesure de réentraînement à l'effort et une éventuelle expertise psychiatrique.

En analysant de manière approfondie le dossier médical, le SMR a relevé que les avis des deux psychiatres suivant l'assurée, à savoir les Drs D_____ et E_____, divergeaient quant à la qualification du degré de gravité de l'état dépressif et quant à l'évaluation de la capacité de travail, ce qu'il a imputé possiblement à l'état très fluctuant de l'assurée.

Le SMR en a tiré la conclusion que la situation médicale n'était pas stabilisée d'un point de vue psychique au moment de la décision litigieuse et a suggéré la mise sur pied d'une expertise psychiatrique pour évaluer les limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle et l'exigibilité d'un traitement.

Le SMR a rappelé que, sur le plan somatique, le médecin traitant avait évalué la capacité à exercer une activité adaptée à 100%, avis auquel il s'était rangé en préconisant des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire et du genou gauche. Il n'y avait pas d'argument objectif nouveau pour s'éloigner de cette appréciation.

4. Par écriture du 28 septembre 2020, la recourante a pris acte de la position de l'OAI reconnaissant la nécessité d'une instruction complémentaire.

Elle maintient qu'une expertise rhumatologique est également nécessaire, alléguant que les limitations physiques et psychiques interagissent. Les lombalgies et gonalgies entraînent un grand nombre de limitations fonctionnelles, mais également des douleurs, dont il est notoire que l'état psychique influence grandement la capacité à les gérer et à se mobiliser malgré elles. De même, les douleurs chroniques influencent l'état de santé psychique. Selon la recourante, il est donc impératif, pour l'examen de sa capacité résiduelle de travail, qu'un consilium puisse avoir lieu entre les experts des deux spécialisations concernées. Son médecin traitant, lorsqu'il s'est prononcé sur le plan somatique, n'a aucunement tenu compte de ses problèmes psychiques.

Elle ajoute qu'au demeurant, les avis du Dr B_____ remontent à plusieurs années déjà et que la situation doit être réactualisée, surtout s'agissant d'affections dégénératives s'aggravant par définition avec le temps en termes de limitations fonctionnelles.

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.
3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines 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).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
5. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, plus particulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
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, 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).

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. 28 al. 2 LAI).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- 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).

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. 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).

d. 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).
9. 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 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre 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).
10. En l'espèce, l'intimé a admis qu'une instruction complémentaire se justifiait d'un point de vue psychique, la situation médicale n'étant pas stabilisée sur ce plan lorsque la décision litigieuse a été rendue.

Il est établi et non contesté par les parties qu'il conviendrait ainsi de mettre sur pied une expertise psychiatrique pour évaluer les limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle de l'assurée et l'exigibilité d'un traitement de sa part, les antidépresseurs ayant été stoppés.

L'intimé conteste en revanche la nécessité d'une expertise rhumatologique, alléguant s'être rangé à l'avis émis par le médecin traitant quant à la capacité de travail de l'assurée d'un point de vue somatique.

Certes, des avis émanant du médecin traitant ont été versés au dossier s'agissant des atteintes somatiques de la recourante. Force est cependant de constater que les derniers rapports remontent à plusieurs années, ainsi que le fait remarquer l'intéressée. S'il est vrai qu'en l'état, aucun élément n'a été versé au dossier permettant de suspecter une aggravation de ce point de vue, on se trouve en présence d'atteintes dégénératives, c'est-à-dire susceptibles, par définition, d'évoluer dans le temps. Dans ces circonstances et dans la mesure où il sera quoi qu'il en soit procédé à une instruction complémentaire médicale, il serait regrettable de limiter celle-ci au seul volet psychique, d'autant que, comme le fait remarquer la recourante, les atteintes physiques et psychiques sont susceptibles de s'influencer réciproquement. Une évaluation pluridisciplinaire n'apparaît ainsi pas inutile.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 16 décembre 2019 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Avant de rendre une nouvelle décision, l'intimé se prononcera également sur les griefs soulevés d'ores et déjà par la recourante quant au calcul du revenu avant invalidité.

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]).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement en ce sens que la décision du 16 décembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire, comportant un volet rhumatologique et un psychiatrique.
3. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimée.
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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

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