

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1306/2018

ATAS/1194/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 décembre 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Cyril AELLEN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy  
KNOPFEL, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Le 3 mars 2017 Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1961, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle était totalement incapable de travailler depuis le 8 septembre 2015; l'atteinte à la santé relevait de problèmes physiques chroniques depuis environ deux ans, et de souffrance psychologique perdurant depuis plusieurs années. Elle était suivie depuis juin 2016 par la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale au centre médico-chirurgical de Chantepoulet, et depuis 2016 par le professeur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, ainsi que par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale. Elle était assistée par l'Hospice général.
2. Répondant à une demande de renseignements du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 22 mars 2017, le Prof. C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'atteinte à la santé était une fibromyalgie ; aucun arrêt de travail n'avait été délivré par le service de rhumatologie des HUG ; les limitations fonctionnelles étaient : fatigabilité, douleurs exacerbées. Étaient notamment joints à son rapport divers documents médicaux :
  - rapport de consultation de rhumatologie du 17 novembre 2016 par le professeur E\_\_\_\_\_, chef de service en rhumatologie aux HUG ;
  - copie d'un rapport de consultation pour un bilan d'investigation pour des polyarthralgies, du Prof. C\_\_\_\_\_ à la Dresse B\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2016 : il posait le diagnostic d'abaissement du seuil de la douleur compatible avec un syndrome fibromyalgique. Le bilan initié par le professeur E\_\_\_\_\_, chef de service en rhumatologie aux HUG, n'avait pas montré de syndrome inflammatoire ou d'infection virale arthritogène. Persistance d'une élévation des anticorps anti-CCP, sans facteur rhumatoïde. À l'examen clinique, on ne retrouvait pas de synovite ou de limitation des amplitudes articulaires. Nombreux « points gâchettes » (ndr : Trigger points ou nœuds musculaires) suggestifs d'un abaissement du seuil de la douleur ;
  - un relevé de notes de consultant (Prof. C\_\_\_\_\_): la patiente revenue en consultation le 30 janvier 2017, en raison de persistance de symptômes algique très diffus, mais prédominant au membre supérieur droit ; symptômes présents depuis plusieurs années mais aggravés depuis deux ans ; anticorps anti-CCP positifs, sans syndrome inflammatoire ; exclure quand même des synovites des mains ou des pieds (douleurs aussi des chevilles) ; le 20 février 2017, nouvelle consultation pour persistance de douleurs diffuses et de douleurs neuropathiques : DX de travail – FMS, mais une polyarthrite rhumatoïde (PR) débutante n'est pas 100 % exclue, malgré l'absence de syndrome inflammatoire et de synovite active à l'US. Antécédents de canal carpien opéré en 2006. La patiente se plaint de brûlures et de pertes de sensibilité dans les doigts (pulpes) ;

- 
- un rapport d'examen électroneuromyographique du 22 mars 2017 (docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie : l'examen ENMG ne permet pas de confirmer un syndrome du canal carpien examiné ddc. Ces syndromes à mettre principalement sur le compte de la maladie rhumatismale.
  - 3. Le 5 mai 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité conclut que les rapports médicaux fournis parlent en faveur d'un trouble somatoforme de type fibromyalgie; le SMR recommande une expertise psychiatrique.
  - 4. L'expert, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport le 15 novembre 2017.

Au vu de l'issue du litige il suffit de résumer ce rapport. Il retient les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail (ci-après: CT): dysthymie (F34.1) dès le début de l'âge adulte, épisode dépressif moyen (F32.1), personnalité dépendante (F 60.7) dès le début de l'âge adulte; aucun diagnostic sans répercussion sur la CT. L'expert a ensuite analysé l'interaction entre les diagnostics retenus. Entre 2007 et 2013, l'assurée développera des douleurs persistantes qui donneront lieu à un diagnostic de fibromyalgie posé en 2016. La CT dans l'activité exercée jusqu'ici est nulle ; dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, elle est de 50 % pour une période de douze mois, puis 100 % en cas d'évolution positive dans un emploi à bas seuil en milieu bienveillant qui tient compte de ses aptitudes relationnelles. L'expert n'a pas indiqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie, et en cela il ne répond pas pleinement aux questions qui lui ont été posées dans le cas de l'expertise.

- 5. Dans son rapport final du 18 décembre 2017 le SMR s'écarte des conclusions de l'expert : le diagnostic retenu de dysthymie et d'épisode dépressif moyen suite au décès de la mère ne constitue pas des diagnostics incapacitants au sens de l'AI. En conclusion le SMR ne retient aucune atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. La capacité dans son activité habituelle de commise de cuisine est de 100 %, de même que dans toute activité adaptée.
- 6. Par courrier du 20 décembre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de toutes prestations. Selon le SMR, il n'y a pas de maladie justifiant une diminution de sa CT de longue durée. Dès lors son atteinte à la santé ne constitue pas une invalidité au sens de la loi. La demande est donc rejetée.
- 7. Par courrier du 22 janvier 2018, l'assurée a contesté ce projet.
- 8. Le Dr D\_\_\_\_\_ a adressé un certificat médical à l'OAI le 7 février 2018. Suite à des douleurs physiques et une surcharge personnelle (relations compliquées avec son ex-mari et sa fille, puis difficultés financières), la patiente avait nécessité une prise en charge médicale et psychiatrique. Diagnostic : trouble dépressif récurrent épisode actuel d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ; suspicion de PR en cours d'investigation et prise en charge actuelle par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

9. Par courrier du 9 février 2018 le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie rappelle en substance les conclusions des deux professeurs des HUG qui ont suivi la patiente jusqu'à fin 2016, relève que le diagnostic de PR ne peut pas être prononcé en l'espèce, ce spécialiste considérant toutefois qu'il pourrait s'agir d'une PR débutante atypique, mais en raison de son status rhumatologique actuel, depuis mai 2017, il est difficile de se prononcer (ex-PR en rémission ?). Il propose que la patiente consulte à nouveau le Prof. C\_\_\_\_\_. Il note également que le trouble psychique joue un rôle dans l'intensité et la persistance de la symptomatologie douloureuse.
10. Le 20 février 2018, le Dr H\_\_\_\_\_, indique avoir été consulté le 6 février 2018 par la patiente pour un tableau de polyarthralgies diffuses; évoluant depuis deux ans, installation brutale depuis le décès de sa mère. Il rappelle " que cette patiente a eu un diagnostic de (PR) fait aux HUG en 2017 avec un tableau de fibromyalgie, suivie par le Prof. C\_\_\_\_\_.
11. Dans son avis du 6 mars 2018 le SMR ne retient pas de nouvelle pathologie incapacitante et persiste dans ses conclusions précédentes.
12. Par décision du 7 mars 2018, identique au projet du 20 décembre 2017, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assurée.
13. Par mémoire du 23 avril 2018, l'assurée, représentée par son conseil, a recouru contre la décision susmentionnée du 7 mars 2018. Elle conclut à l'annulation de cette décision, à ce qu'il soit dit qu'elle est invalide au sens de la loi sur l'assurance-invalidité, et que la cause soit retournée à l'intimé pour examen de ses droits (mesures professionnelles ou rente-invalidité).

La demande d'invalidité fait également suite à des douleurs ressenties à son membre supérieur gauche distal. Elle se réfère aux avis médicaux successifs du docteur J\_\_\_\_\_ - qui avait diagnostiqué le 23 juin 2015 des signes de tendinose du susépineux -, du docteur K\_\_\_\_\_ en juillet 2015, du docteur L\_\_\_\_\_ qui avait recommandé une électroneuronographie, puis une arthro-IRM afin d'évaluer une insuffisance de la coiffe des rotateurs postérosupérieure et une arthropathie acromioclaviculaire. Par bilan du 20 avril 2016 le docteur M\_\_\_\_\_ avait pu remarquer l'apparition de remaniements kystiques du versant postérosupérieur de la tête humérale et l'apparition d'une irrégularité superficielle du versant dorsal du tendon supra épineux. La décision entreprise ne tient pas compte de ces avis médicaux, le cas de la recourante n'ayant été examiné que sous l'angle de sa fragilité psychologique en faisant fi des douleurs qu'elle subit quotidiennement à son épaule et que rien ne permet de soulager. Enfin la doctoresse N\_\_\_\_\_ a pu constater des douleurs à l'étreinte des MCP ddc et à la palpation des poignets, ainsi qu'une discrète tuméfaction des MTP du pied gauche, douloureuses, ainsi que des deux chevilles. Afin d'évaluer la sévérité de la maladie, des radiographies des pieds et des mains ainsi que des échographies des mains ont été programmées. A l'heure actuelle des examens complémentaires devraient être effectués afin de poser un

---

diagnostic avec plus de certitude. C'est ce type d'examen qu'aurait notamment dû ordonner l'OAI pour déterminer l'état de santé de la recourante.

14. L'intimé a conclu au rejet du recours par courrier du 18 juin 2018.
15. Par mémoire du 20 juillet 2018, la recourante a répliqué. Elle persiste dans ses conclusions. De plus, depuis le dépôt du recours le psychologue de la recourante a constaté que la situation clinique s'était dégradée ce qui avait nécessité une hospitalisation du 18 au 25 juin 2018 à la clinique de Crans Montana. La recourante qui souffrait déjà d'une dépression sévère chronique ainsi que d'une polyarthrite rhumatoïde, a ressenti une surcharge émotionnelle importante avec la perte de son frère en début d'année, ce qui a occasionné une aggravation de sa santé mentale, et ce qui a réveillé un syndrome douloureux de ses hanches, genoux, orteils, chevilles et mains entraînant une impotence fonctionnelle. Le médecin traitant retient une incapacité totale de travail.

Quant au TSD de type fibromyalgique, l'autorité persiste à limiter les douleurs de l'assurée à un trouble somatoforme de type fibromyalgique. Il y a néanmoins d'autres troubles. Il se réfère au courrier du Dr F\_\_\_\_\_ au Prof. C\_\_\_\_\_ du 22 mars 2017 qui indique que l'intéressée souffrait d'une fibromyalgie ainsi que d'une PR. Le Prof. E\_\_\_\_\_ dans son courrier du 17 novembre 2016 indiquait que les diagnostics de fibromyalgie et de polyarthrite rhumatoïde n'étaient pas mutuellement exclusifs. Elle reproche ainsi à l'intimé de s'être limité à ordonner une expertise basée uniquement sur son état psychologique et non pas sur sa PR.

16. L'OAI a dupliqué par courrier du 30 juillet 2018, persistant dans ses conclusions. Le rapport du psychologue de la recourante du 27 juillet 2018, soumis au SMR, ne fait que reprendre les conclusions qu'il a déjà retenues, sans fournir de justification médicale.
17. Sur quoi la chambre de céans a procédé à l'audition des parties lors d'une audience de comparution personnelle du 12 novembre 2018, au terme de laquelle la représentante de l'OAI a déclaré qu'au vu de la situation de ce dossier, compte tenu des remarques formulées par la chambre de céans au sujet de ce qu'il faut bien admettre comme étant des insuffisances du rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, qui ne s'est notamment pas sérieusement prononcé par rapport au diagnostic de fibromyalgie qu'il n'a pas retenu sans dire pourquoi, et au vu des explications de la recourante de ce jour, elle proposait d'entreprendre une démarche auprès du SMR pour qu'il réexamine l'ensemble du dossier, et propose de façon motivée un éventuel renvoi du dossier à l'OAI. La recourante s'est déclarée d'accord avec la proposition de l'OAI.
18. Par courrier du 6 décembre 2018, l'OAI a fait part à la chambre de céans qu'après réexamen du dossier le SMR estime, dans son avis du 21 novembre 2018, que les atteintes à la santé de la recourante et leur impact sur la capacité de travail doivent être réévaluées, de sorte qu'une instruction complémentaire est nécessaire – dans un premier temps par une instruction auprès de spécialistes traitants et, à réception le

SMR se prononcera sur la suite à donner au dossier. L'OAI souscrit aux conclusions de son service médical. Le SMR considère en effet qu'après avoir réexaminé la totalité des pièces médicales versées au dossier dans le cadre de l'instruction (dont l'expertise du Pr G \_\_\_\_\_), ainsi que les pièces complémentaires versées au dossier dans le cadre du recours (rapports des Drs H \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_), l'assurée présente actuellement une polyarthrite rhumatoïde séropositive et une tendinopathie de l'épaule avec rupture de la coiffe des rotateurs ; l'existence d'une PR, malgré un tableau clinique très évocateur, n'a pu être confirmé que bien après l'apparition des symptômes typiques (des bilans biologiques ayant été négatifs dans un premier temps). L'expérience médicale permet de confirmer que la clinique peut précéder l'expression biologique de l'atteinte, de même qu'elle peut coexister avec une fibromyalgie; dans l'expertise psychiatrique, le Prof. G \_\_\_\_\_ n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie et/ou PSP. Il n'a pas fourni d'arguments à ce propos, alors même que l'expertise avait expressément été mise en œuvre pour cette raison. Dès lors les atteintes à la santé que présente cette assurée et leur impact sur la CT devraient être réévalués.

19. Par courrier du 14 décembre 2018, le conseil de la recourante a expressément confirmé l'accord de la recourante avec la proposition de l'OAI, et ne s'oppose pas à ce qu'un arrêt de renvoi soit rendu afin qu'une instruction complémentaire soit ordonnée.

### **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. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits, est recevable.
3. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut que constater que la proposition de l'intimé, fondée sur un réexamen complet du dossier médical de la recourante par le SMR, après l'audience de comparution personnelle des parties, procède d'une analyse pertinente de l'état actuel du dossier, qui, au jour de la décision entreprise, souffrait manifestement d'une instruction médicale insuffisante, comme le retient aujourd'hui l'intimé, fort de la nouvelle appréciation de son service médical. Le SMR, de manière motivée, arrive à la conclusion que l'assurée présente actuellement une polyarthrite rhumatoïde séropositive et une tendinopathie de l'épaule avec rupture de la coiffe des rotateurs; l'existence d'une PR, malgré un tableau clinique très évocateur, n'a pu être confirmé que bien après l'apparition des symptômes typiques (des bilans biologiques ayant été négatifs dans un premier temps). L'expérience médicale permet de confirmer que la clinique peut précéder

l'expression biologique de l'atteinte, de même qu'elle peut coexister avec une fibromyalgie; dans l'expertise psychiatrique, le Pr G\_\_\_\_\_ n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie et/ou PSP, sans fournir d'arguments à ce propos, alors même que l'expertise avait expressément été mise en œuvre pour cette raison. L'intimé suivant l'avis du SMR conclut ainsi que les atteintes à la santé que présente la recourante et leur impact sur la capacité de travail doivent être réévalués, dans le cadre d'instruction complémentaire, dans un premier temps par une instruction auprès de spécialistes traitants et, en fonction des éléments recueillis, le SMR se prononcera, dans un second temps, sur la suite à donner au dossier.

4. La proposition de l'intimé revient à acquiescer partiellement au recours, la recourante ayant de son côté manifesté son accord avec la proposition détaillée de l'intimé quant aux modalités et étapes de l'instruction complémentaire qu'elle entend diligenter dans le cadre d'un retour du dossier.
5. Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI du 7 mars 2018 sera dès lors annulée, le dossier étant retourné à l'intimé pour instruction complémentaire, dans le sens qui précède, et nouvelle décision.
6. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Il y a gain de cause au sens de cette disposition, lorsque le tribunal annule - totalement ou partiellement - la décision attaquée et rend un jugement plus favorable pour la personne concernée ou lorsqu'il renvoie la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2 et les références). Lorsque le litige porte sur la quotité d'une prestation d'assurance sociale (montant et/ou durée), l'admission partielle des conclusions du recours - par exemple lorsqu'une demi-rente est octroyée en lieu et place d'une rente entière - ne justifie en principe une réduction des dépens que si les conclusions du recours ont eu une influence sur l'importance et la complexité du litige (ATF 117 V 401 consid. 2c ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 8C\_568/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.1 ; 9C\_580/2010 du 16 novembre 2010 consid. 4.1 et 9C\_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 4.1).

En l'espèce, une indemnité de CHF 2'000.- sera ainsi allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

7. Étant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE du 7 mars 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais d'avocat.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le