

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1394/2019

ATAS/654/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 juillet 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1981, originaire du Cap Vert, en Suisse depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006, a exercé à plein-temps les professions de serveuse, femme de chambre, et a obtenu un diplôme de prothésiste ongulaire en 2012. Elle a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), le 15 janvier 2018, une demande de prestations AI, indiquant qu'elle est en incapacité de travail depuis le 2 février 2017 en raison de maux de dos.
2. Selon le rapport du 5 mars 2018 du docteur B\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), et les courriers des 18 janvier et 5 décembre 2018 de son médecin traitant, le docteur C\_\_\_\_\_, endocrinologue et diabétologue FMH, l'assurée souffre de spondyloarthrite axiale avec sacro-illite droite, d'omalgies droites d'apparition brutale et d'épisodes de tuméfaction au niveau des mains et des pieds. Les médecins indiquent que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée dès mars 2018.
3. Dans une note non datée, le médecin du SMR a dit se rallier à l'avis des médecins.
4. Interrogé par l'OAI, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a indiqué que l'assurée le consultait depuis le 19 octobre 2018 à raison de 5 séances en 2018 et de 4 séances en 2019, a retenu le diagnostic de dysthymie F34.1, et a évalué la capacité de travail, sur le plan psychiatrique, à 100% dans toute activité « depuis toujours, mais actuellement il est à tenir compte de nombreuses années sans travailler et le fait qu'elle doit s'occuper de deux enfants, dont un gravement handicapé ». Les limitations fonctionnelles sont des douleurs très présentes malgré la physiothérapie et une fatigue occasionnelle. Il a décrit la journée type de l'assurée comme suit :  
  
« *l'assurée se lève vers 6h du matin. Elle réveille les enfants, fait leur toilette, même au plus âgé, et donne le petit-déjeuner. La petite va à l'école, le grand à une école spécialisée (retard mental moyen), qui vient le chercher en petit bus. Ensuite, elle range, fait le ménage et de petites courses à la Migros du quartier et retourne à la maison pour préparer le repas de midi et après le repas, elle se repose et regarde la télévision. Elle cherche la petite à l'école et réceptionne le grand à la maison à 16h. Ensuite, elle donne tranquillement le goûter, elle les occupe, les nourrit et les douche avant de les coucher. Après, elle mange, range la cuisine et regarde un peu la télévision avant de se coucher vers 22h* ».
5. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité, se fondant sur un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 54'719.-, d'une part, et d'un revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%, de CHF 49'247.-, d'autre part ; le degré d'invalidité ainsi obtenu est de 10%.
6. Par décision du 4 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande, au motif que le taux de 10% était insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations AI.

7. L'assurée a interjeté recours le 4 avril 2019 contre ladite décision. Elle ne comprend pas pourquoi l'OAI a considéré qu'elle pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée. En effet, « les médecins qui me suivent confirment que ce n'est pas possible pour l'instant. En effet, en plus des problèmes rhumatologiques dont l'AI a tenu compte vu qu'il a été constaté que je ne peux plus exercer mon métier, je souffre aussi de problèmes psychiques qui font que je ne suis actuellement pas en mesure de reprendre une activité lucrative. Je suis suivie par le Dr D\_\_\_\_\_, dont vous trouverez le rapport en annexe. L'augmentation des douleurs dues à la spondylarthrite me limitent aussi fortement (voir rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2018) ».
8. Invité à se déterminer, le médecin du SMR, dans une note du 6 mai 2019, a pris connaissance des dernières pièces médicales produites par l'assurée, soit :
- une lettre du Dr C\_\_\_\_\_ du 2 avril 2019, selon lequel
    - « 1. La symptomatologie en relation avec la spondylarthrite axiale séro-négative évolue toujours en dents de scie, sans amélioration notable malgré le traitement actuel.
    - 2. Concernant la pathologie psychiatrique, l'évolution n'est pas favorable, et je constate une aggravation des symptômes liés à un épisode dépressif de gravité moyenne : troubles du sommeil, troubles de la concentration, aboulie, tristesse, et récemment idées suicidaires.Elle est au bénéfice d'un traitement antidépresseur (Escitalopram 10 mg/jour) prescrit par son psychiatre le Docteur D\_\_\_\_\_. Je souhaite mentionner que j'ai pu constater l'importance du problème psychiatrique depuis au moins 2 ans, car à l'époque j'ai référé l'assurée pour une psychothérapie auprès d'une psychologue (Madame E\_\_\_\_\_), qui a effectué un suivi pendant plus d'une année ».
  - celui du Dr D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2019, selon lequel l'assurée « se plaint énormément de douleurs. Elle souffre d'une spondylarthrite axiale HLA B27 négative, diagnostiquée en 2015 qui semble actuellement active. Elle a des crises d'asthme allergique et de multiples allergies.
- D'un point de vue psychique, à noter une dysthymie F 34.1.
- L'ensemble de ces pathologies pourrait être discuté afin de réévaluer avec rigueur une éventuelle incapacité de travail à long terme ».
- Le médecin du SMR a, sur cette base, considéré que son appréciation du cas était susceptible d'être modifiée, et estimé qu'il conviendrait d'obtenir un rapport de la docteure F\_\_\_\_\_, allergologue, et de mettre en place une expertise rhumatologique. Il estime en revanche qu'il n'est pas utile d'investiguer davantage quant au volet psychiatrique, dans la mesure où le Dr D\_\_\_\_\_ n'a retenu qu'une dysthymie non incapacitante.
9. Par courrier du 28 mai 2019, l'OAI, se référant à l'avis du SMR, a conclu à la nécessité de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical.

10. Ce courrier a été transmis à l'assurée et un délai lui a été imparti pour détermination. Celle-ci ne s'est pas manifestée.
11. 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).

La 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.

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. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). 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.
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).

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).

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).

7. 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).
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).

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 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).

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).

9. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).
10. 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).

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). Un renvoi 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. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

11. En l'espèce, l'OAI, au vu des nouvelles pièces médicales produites par l'assurée à l'appui de son recours, a proposé de procéder à une instruction complémentaire, dans le cadre de laquelle une expertise rhumatologique sera mise en œuvre et un rapport demandé à la Dresse F\_\_\_\_\_.
12. Il convient d'en prendre acte.
13. Reste à déterminer si l'instruction complémentaire devrait également couvrir l'aspect psychiatrique ; en effet, l'assurée, dans son recours, fait état de problèmes psychiques qui l'empêcheraient de reprendre une activité lucrative.

Il est vrai que dans son courrier du 2 avril 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ relève une évolution sur le plan psychiatrique « pas favorable », avec l'aggravation des symptômes liés à un épisode dépressif de gravité moyenne, et mentionne l'apparition, récente, d'idées suicidaires.

Force est toutefois de rappeler qu'il n'est pas spécialiste en psychiatrie et que dans son rapport du 19 février 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ n'a retenu qu'un diagnostic de dysthymie F 34.1, et évalué la capacité de travail, sur le plan psychiatrique, de 100% depuis toujours.

14. Le recours est en conséquence admis, en ce sens que la décision du 4 mars 2019 est annulée, et que la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire. Celui-ci mettra sur pied une expertise rhumatologique et sollicitera un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 4 mars 2019.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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