RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1681/2021 **ATAS/262/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2022

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LE LIGNON, représentée par GROUPE SIDA GENEVE, Monsieur B_____	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1983, originaire de Somalie, entrée en Suisse le 13 août 2011, veuve, mère d'un enfant né en 1999, a exercé comme employée de buanderie du 1er juin au 22 novembre 2016 pour l'unité d'insertion socio-professionnelle de l'Hospice général (aide aux migrants). Elle a ensuite débuté en 2017 un programme de formation et d'accompagnement à l'insertion professionnelle de Camarada qu'elle a dû interrompre après un mois pour des raisons de santé (attestation de Camarada du 5 février 2021).

b. Le 7 novembre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.

B. **a.** Le 1er décembre 2018, la doctoresse C_____, FMH médecine interne, a indiqué une capacité de travail nulle dans toute activité dès le 25 septembre 2017 et un début de longue maladie en 2010. L'assuré présentait un SIDA de stade A3 depuis 2010, non incapacitant. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient un trouble anxiodépressif avec éléments de PTSD (syndrome post-traumatique) (2010), obésité (2012), anémie carentielle récidivante (2012), discopathie L5-S1 sévère (2013), gonarthrose gauche (2013) et status post plastie du tympan gauche, avec acouphènes (2017).

b. Le 27 février 2019, le docteur D_____, médecin adjoint au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté d'une intervention sur le tympan de l'oreille gauche de l'assurée ; l'audition était suffisamment bonne pour une activité à 100%.

c. Le 14 mai 2019, le docteur E_____, FMH médecine interne et infectiologie, a attesté d'une capacité de travail nulle comme nettoyeuse, en raison de fatigabilité, vertiges lors de changements de position et acouphènes. Le 3 septembre 2019, il a indiqué, comme atteintes à la santé invalidantes, un état anxiodépressif récurrent et un PTSD depuis 2010, des lombosciatalgies depuis 2013, un orthostatisme depuis 2018 et des acouphènes post-opératoires depuis 2017. Le 9 avril 2020, il a précisé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% au maximum comme nettoyeuse.

d. A la demande de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a rendu un rapport d'expertise le 7 décembre 2020 (volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne). L'assurée se plaignait de douleurs lombaires, maux de tête, nausées, vertiges, fatigue et acouphènes). Elle présentait, du point de vue rhumatologie, des lombalgies chroniques non spécifiques avec discopathies, une gonarthrose débutante avec des limitations fonctionnelles dans des activités très lourdes nécessitant le port de charges de plus de 10 kg, pour des mouvements en porte-à-faux du dos, des déplacements prolongés en terrain irrégulier, des positions accroupies et à genoux ; du point de vue psychiatrique, il existait une dysthymie

qui n'entrainait aucune limitation et du point de vue de la médecine interne, une infection HIV, sans influence sur la capacité de travail. L'assurée était capable d'exercer une activité adaptée à 100%.

e. Le 5 janvier 2021, le service médical régional (ci-après : SMR) a retenu une capacité de travail de l'assurée nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

f. Par projet de décision du 15 février 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations (réclamant une rente d'invalidité), au motif que l'assurée était capable, dès le 25 septembre 2017, date de la survenance de son incapacité de travail, d'exercer une activité adaptée à 100%, de sorte que le degré d'invalidité était de 10% (revenu avant et après invalidité identique, avec un abattement de 10% sur celui-ci).

g. Le 19 février 2021, le Dr E_____ a écrit au SMR qu'il suspectait depuis 2020 une lipodystrophie en lien avec le traitement du VIH, avec douleurs articulaires et posturales et nécessité d'un suivi chez un psychiatre.

h. Le 12 mars 2021, le SMR a estimé que le Dr E_____ ne mentionnait pas de modification de l'état de santé depuis l'expertise de la CRR.

i. Par décision du 31 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. **a.** Le 11 mai 2021, l'assurée, représentée par le Groupe sida Genève, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 25 septembre 2017. Son droit d'être entendu avait été violé car l'OAI ne motivait pas l'exigibilité d'une activité exercée à 100% et ne lui avait pas permis de communiquer un rapport du Groupe lypodystrophie des HUG. Elle était totalement incapable de travailler dès le 25 septembre 2017.

b. La recourante a sollicité de la chambre de céans un délai prolongé plusieurs fois, pour communiquer des pièces médicales et a transmis un rapport du 16 novembre 2021 de la consultation pluridisciplinaire de lipodystrophie des HUG (ci-après : la consultation des HUG), suite à un examen du 26 août 2021, lequel indique que l'assurée a une bonne adhérence et tolérance au nouveau traitement instauré depuis avril 2021, qu'elle présente un état dépressif avec un suivi par un psychiatre, une obésité de grade 1, avec une prise pondérale de 7 kg en deux ans et d'importantes douleurs aux genoux, qu'une reprise en main avait permis la perte de 3 kg en un mois et qu'une nouvelle convocation était prévue dans deux ans.

c. La recourante a indiqué qu'elle n'avait pas d'observation à formuler sur le rapport précité.

d. L'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que sa décision reposait sur les constatations de la CRR, reprises par le SMR, ce qui constituait une motivation

suffisante, et que le droit d'être entendu de la recourante avait été respecté, celle-ci ayant fourni un rapport du Dr E_____, qui avait été analysé par le SMR avant la décision litigieuse. Le rapport de la consultation des HUG du 16 novembre 2021 évoquait des limitations fonctionnelles déjà prises en compte par la CRR, de sorte qu'aucun argument convaincant n'était apporté pour contester la décision en cause.

e. Le 22 février 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable.

2. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. 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 1er janvier 2008).

4. 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).

5.

5.1 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.

5.2 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).

5.3 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).

5.4 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).

5.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4;

arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

6. 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).

7. La recourante se plaint tout d'abord d'une violation de son droit d'être entendue.

7.1 A cet égard, une autorité qui ne traite pas un grief relevant de sa compétence, motivé de façon suffisante et pertinente pour l'issue du litige, commet un déni de justice formel proscrit par l'art. 29 al. 1 Cst. (ATF 117 Ia 116 consid. 3a p. 117; Pra 2003 n° 119 p. 633, 1P. 15/2003 consid. 2; arrêt 9C_561/2009 du 14 janvier 2010 consid. 6.2). Par ailleurs, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 Cst., le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236; 126 I 97 consid. 2b p. 102 s.). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (cf. ATF 112 Ia 107 consid. 2b p. 107).

7.2 Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437). Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier principe est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer

librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 p. 204; 129 I 129 consid. 2.2.3 p. 135; 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437; 126 V 130 consid. 2b p. 132).

7.3 En l'occurrence, contrairement à l'avis de la recourante, la décision litigieuse est suffisamment motivée dès lors qu'elle se fonde sur l'avis du SMR du 12 mars 2021, lequel explique pour quels motifs le rapport du Dr E_____ ne permet pas de mettre en doute les conclusions de la CRR.

S'agissant par ailleurs de la plainte de la recourante de ne pas avoir pu fournir un rapport de la consultation des HUG, même si elle devait constituer une violation de son droit d'être entendue, celle-ci aurait, en toute hypothèse, été réparée dans le cadre de la présente procédure, un rapport de la consultation des HUG du 16 novembre 2021 ayant été versé au dossier.

8. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise de la CRR du 8 septembre 2020 pour retenir une exigibilité d'une activité à 100% de la recourante, depuis le 25 septembre 2017, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8.1 Fondé sur les pièces au dossier, un examen de la recourante (de médecine générale, de psychiatrie et de rhumatologie), comprenant une anamnèse complète, le descriptif des plaintes de la recourante, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et une motivation convaincante de la capacité de travail de la recourante, le rapport d'expertise précité répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

8.2 La recourante invoque une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 25 septembre 2017, en se fondant sur le rapport du Dr E_____ du 19 février 2021 ainsi que sur le rapport de la consultation des HUG du 16 novembre 2021.

Comme relevé par l'intimé, le Dr E_____ a mentionné des atteintes à la santé antérieures à l'expertise de la CRR (les examens de la recourante ont eu lieu du 16 au 18 novembre 2020), soit un état anxiodépressif récurrent avec PTSD depuis 2010, des lombosciatalgies récurrentes et un syndrome de surcharge pondérale depuis 2013, un orthostatisme depuis 2018, des acouphènes post-opératoires depuis 2017 et un syndrome de lipodystrophie et une obésité de stade 1 apparus entre novembre 2019 et septembre 2020. Le Dr E_____ dit regretter le refus des prestations de l'intimé mais n'apporte aucun élément médical permettant de contester l'appréciation de la CRR. Il relève uniquement des douleurs articulaires et posturales invalidantes dues à la prise pondérale progressive. Or, le rapport de la consultation des HUG du 16 novembre 2021 mentionne à cet égard une évolution favorable, la recourante ayant suivi des mesures diététiques et d'hygiène de vie ayant permis une perte de 3 kg. Ce rapport ne contient par ailleurs aucun élément médical permettant de contester les conclusions de la CRR ; il ne se

prononce en particulier pas sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

8.3 Au vu de ce qui précède, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par la CRR peut être confirmée dès le 25 septembre 2017.

8.4 Enfin, le calcul du degré d'invalidité tel qu'effectué par l'intimé, qui n'est pas contesté par la recourante, peut également être confirmé. Le degré d'invalidité de 10% auquel il aboutit est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à un reclassement.

9. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure 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. Le rejette.
3. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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