

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1890/2009

ATAS/151/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 4 février 2010**

En la cause

Madame J \_\_\_\_\_, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé

**Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Maria GOMEZ et Luis ARIAS ,  
Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame J \_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), née en 1962, mariée et mère de deux enfants a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 2 juin 2008.

Elle indiquait avoir exercé une activité de téléphoniste temporaire jusqu'au 26 juin 2006, date à laquelle elle avait repris son activité de mère au foyer.

Sa demande était motivée par une perforation duodénale. Dans une annexe à sa demande, elle expliquait avoir perdu son emploi d'employée de banque suite à différentes opérations consécutives à un accident survenu en octobre 1998 [recte : 1988]. Elle avait alors été engagée comme sertisseuse par son premier époux. Elle pouvait alors moduler ses horaires selon son état de santé. Ses grossesses avaient péjoré ce « délicat équilibre ». Elle ne pouvait plus exercer l'activité de sertisseuse depuis l'année 2002 et avait trouvé un emploi de téléphoniste qu'elle avait poursuivi dans un premier temps à 50% sur certificat médical, puis abandonné en raison de son état de santé.

Son affection la contraignait à se nourrir à heures fixes de repas préparés par elle-même et entraînait des crises de maux de ventre qui l'obligeaient à s'allonger et qui l'épuisaient. Elle mentionnait également une incontinence fécale. S'ajoutaient à cela les conséquences d'un tassement cervical.

Elle produisit différents arrêts de travail prescrits par le Dr A \_\_\_\_\_, médecin traitant spécialiste FMH en médecine interne et spécialiste SSMH en homéopathie.

2. Le 9 juin 2008, la recourante répondit à un questionnaire de l'OAI en indiquant que si elle était en bonne santé, elle aurait exercé une activité à plein temps dans le domaine du sertissage dès le départ de son époux du domicile conjugal, ceci afin de subvenir aux besoins de ses deux enfants.
3. L'OAI sollicite un rapport médical du Dr L. A \_\_\_\_\_ qui, le 26 septembre 2008, posa les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : trouble de l'adaptation avec humeur dépressive depuis 2000 ; et douleurs abdominales récidivantes. Il posa également les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : asthme bronchique ; maladie de Lyme débutante ; et infections urinaires récidivantes. Elle n'indiqua aucune limitation fonctionnelle précise, mentionnant l'existence de limitations psychiques. Malgré une évolution lentement favorable, la patiente était toujours fragile psychologiquement et ne se sentait pas apte à travailler à plus de 50%.

Un bilan pneumologique du Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie était joint au rapport du Dr L. A\_\_\_\_\_, de même qu'un rapport de radiographies du thorax effectuées le 12 juin 2007 n'ayant rien révélé d'anormal et le résultat d'analyses d'urines du 11 juin 2007.

4. L'OAI communiqua à la recourante le 10 octobre 2008 qu'en raison de son état de santé, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.
5. Selon avis médical du 15 octobre 2008 du Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, diabétologie et endocrinologie, du Service médical régional de l'AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), il était nécessaire de préciser les diagnostics et les limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique. Une expertise fut ainsi confiée au Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
6. Dans son expertise datée du 7 janvier 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. Selon lui, « il s'agit d'une assurée qui a présenté un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive à partir du début de l'année 2002, affection qui n'a pas été à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Si cela a été le cas, cela a eu lieu pendant des durées brèves. Il n'y a pas d'autres affections psychiatriques. La dernière activité professionnelle a été arrêtée par l'assurée le 26 juin 2006 par choix personnel et non pas en raison d'une atteinte à la santé psychique ».
7. Dans un avis du 18 février 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ indiquait que les douleurs consécutives à la rupture du duodénum en 1991 n'avaient pas empêché la recourante de travailler et aucun élément ne suggérait une aggravation de cette pathologie. Sur le plan psychiatrique, il était fait référence à l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, jugée convaincante.
8. Par projet de décision du 10 mars 2009, la demande de prestations de la recourante fut rejetée car il était ressorti de l'ensemble des éléments professionnels et médicaux, en particulier de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, que la recourante n'était pas invalide.
9. La recourante s'opposa à cette décision le 8 mars [recte : avril] 2009. Elle souhaitait que son dossier soit complété par une expertise concernant sa santé « physique ». Elle avait par ailleurs été orientée vers le Dr E\_\_\_\_\_, en raison de l'atteinte à ses organes internes.

Son dossier médical d'hospitalisation en 1988, suite à son accident (un coup de sabot de cheval), était joint à son opposition.

10. Par décision du 30 avril 2009, l'OAI maintint le rejet de la demande de prestations de la recourante, considérant que cette dernière n'avait pas apporté de faits nouveaux lui permettant de revenir sur son appréciation.
11. La recourante forma recours contre cette décision le 29 mai 2009, demandant qu'une expertise médicale complète son dossier afin que la décision prenne en compte son handicap physique. Elle estimait que les éléments médicaux mentionnés dans sa demande de prestations n'avaient pas été traités et qu'il n'avait pas été instruit sur ses maux de ventre. Le Dr E\_\_\_\_\_ l'avait examinée à ce sujet et avait conclu que ses maux de ventre étaient dus au traumatisme subi lors de son accident puis accentués par deux grossesses. Elle avait également consulté le Dr F\_\_\_\_\_ pour des problèmes à la nuque.
12. Dans sa réponse du 29 juin 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. L'ensemble des pièces médicales au dossier avaient été prises en compte, tant sur le plan somatique que psychique. Selon le SMR, l'atteinte somatique n'avait pas empêché la recourante de travailler pendant presque vingt ans.
13. Dans sa réplique du 30 septembre 2009, la recourante indiqua ne pas contester l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du point de vue psychiatrique mais se plaindre uniquement d'atteintes somatiques. Produisant un avis du Dr F\_\_\_\_\_, elle demanda d'une part à être entendue et d'autre part qu'il soit procédé à des mesures d'instruction complémentaires, notamment à l'audition du Dr F\_\_\_\_\_.

Selon l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, du 18 août 2009, la recourante se plaignait essentiellement de cervico-brachialgies chroniques et d'accroparesthésies bilatérales nocturnes. Un examen neurologique et électromyographique avaient révélé la présence d'un tunnel carpien bilatéral modéré et une IRM cervicale avait montré une discopathie C3-C4 et C5-C6. Les douleurs avaient totalement disparu après une infiltration articulaire C5-C6. Un traitement de rééducation posturale globale était en cours et l'état de la recourante était en train de changer.

14. Dans sa détermination du 2 novembre 2009, l'OAI persista dans ses conclusions, indiquant que selon un avis du SMR du 23 octobre 2009, le courrier du Dr F\_\_\_\_\_ du 18 août 2009 ne permettait pas de remettre en cause son appréciation.

L'avis du SMR précité mentionne la disparition des douleurs suite aux infiltrations articulaires. Il mentionne qu'il est peu probable qu'il y ait une incapacité de travail dans une activité de téléphoniste. Tout au plus, une période d'incapacité de travail de 4 mois jusqu'aux infiltrations pratiquées en juin 2009 pouvait être retenue, ce qui ne pouvait être considéré comme une incapacité de travail durable.

15. Par courrier du 30 novembre 2009, la recourante expliqua être sertisseuse de profession, métier qu'elle avait dû arrêter en raison de ses douleurs à la nuque. Elle avait alors travaillé comme téléphoniste à temps partiel pour éviter un travail physique. Ses contrats temporaires lui permettaient de gérer ses problèmes de santé. Elle n'avait fait sa demande de prestations qu'en mai 2008, au moment où les douleurs abdominales et cervicales s'étaient révélées vraiment handicapantes. L'effet des infiltrations avait été limité à deux ou trois mois et selon le Dr F\_\_\_\_\_, il conviendrait de tester une deuxième infiltration avant d'envisager une opération. Elle continuait un traitement de physiothérapie et effectuait de la gymnastique à domicile. Le dernier avis du SMR ne mentionnait pas les autres problématiques somatiques, de sorte qu'une expertise se justifiait.
16. La cause fut par la suite gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli postal du 29 mai 2009, le recours contre la décision de l'OAI du 30 avril 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Pour le surplus, la procédure est simple (art. 61 lit. a LPGA), et l'on comprend de l'acte du recours quelle est la décision remise en cause et les principaux arguments invoqués. Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.
4. Le litige porte sur l'existence d'une invalidité de la recourante et plus spécifiquement sur l'existence de limitations fonctionnelles sur la plan somatique susceptible de diminuer sa capacité de travail.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon

l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement

réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/2006, consid. 3.1.1).
7. En vertu, principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)
9. En l'espèce, l'instruction à laquelle l'OAI a procédé n'a porté que sur l'éventualité d'une affection psychiatrique, qui n'est d'ailleurs pas mentionnée dans la demande de prestations de la recourante, mais qui ressort de l'avis du Dr A \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2009.

Sur le plan psychiatrique, le Tribunal se déclare convaincu par les conclusions de l'expert, le Dr D \_\_\_\_\_, figurant dans son rapport du 7 janvier 2009, lesdites conclusions étant étayées et convaincantes. De surcroît, le rapport d'expertise répond aux critères jurisprudentiels rappelés plus haut permettant de retenir une pleine valeur probante. Les conclusions auxquelles l'expert parvient sont du reste admises par la recourante.

Il n'y a dès lors pas d'invalidité qui puisse être retenue sous le strict angle psychiatrique.

En revanche, la situation est bien moins claire sous l'angle somatique.

Le Tribunal doit en effet constater que le dossier n'a que fort peu été instruit médicalement de ce point de vue. La recourante a expliqué quelles étaient ses affections sous cet angle, mais il n'a pas réellement été instruit d'un point de vue médical à ce sujet.

Le SMR s'est contenté d'indiquer que les affections somatiques n'avaient pas empêché la recourante de travailler, pendant fort longtemps. Or, l'on ignore sur quels éléments cette appréciation qui semble quelque peu rapide est fondée.

En effet, dans l'annexe à sa demande de prestations, la recourante indique n'avoir pas pu poursuivre une première activité d'employée de banque suite à différentes opérations consécutives à l'accident de 1988 sans que l'on comprenne précisément si c'est son état de santé qui ne l'a pas permis ou si ses indisponibilités de l'époque étaient en cause. Par la suite, toujours selon la recourante, elle avait été engagée

comme sertisseuse par son époux, métier qu'elle n'avait pu poursuivre dès 2002 suite à une aggravation en lien avec ses grossesses. La recourante a expliqué avoir ainsi trouvé un emploi de téléphoniste qu'elle avait abandonné en raison de son état de santé.

L'on ne saurait ainsi tenir pour acquis, sans autre élément, que les affections somatiques de la recourante ne l'avaient pas empêchée de travailler depuis 20 ans.

Ceci sans compter que ce qui précède ne tient compte que des atteintes aux organes internes consécutives à l'accident survenu en 1988 et qu'il semble s'y être ajoutées des affections au niveau de la nuque. Bien que ces affections semblent avoir disparu suite à des infiltrations, la question de la durée de l'effet desdites infiltrations n'a pas été examinée.

Ainsi, l'on ignore sur le plan somatique quelles sont les éventuelles limitations fonctionnelles et quelle est la répercussion de ces éventuelles limitations dans l'activité habituelle et cas échéant dans une activité adaptée.

Il est ainsi indispensable d'instruire médicalement le dossier sur le plan somatique.

Dès lors que cette instruction a été très largement négligée par l'OAI, il convient de lui renvoyer le dossier pour complément d'instruction au sens des considérants.

10. Le recours sera ainsi admis en ce sens que la décision entreprise est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants.
11. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'250 fr. lui est octroyée, à titre de dépens.
12. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 30 avril 2009.
4. Renvoie le dossier audit office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'250 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
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 suppléant

Aline MARC PELLANDA

Thierry STICHER

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