

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/225/2017

ATAS/134/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 février 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, 12, rue des Gares 1201 GENÈVE

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1966, mariée et mère d'un enfant mineur, a travaillé comme secrétaire auprès du Service B _____ dès le 1^{er} juillet 2006.
2. Le 23 juin 2015, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), invoquant un canal lombaire étroit, un tassement de disques, une arthrose sciatique chronique, une tendinite chronique de l'épaule, ainsi qu'une hypertension artérielle.
3. Dans un rapport du 17 juillet 2015, le docteur C _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui suit l'assurée depuis 1991, a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'asthme et de canal lombaire étroit. Il a également mentionné une obésité morbide, une hypertension artérielle, une embolie pulmonaire et un by-pass en 2007, dont il a précisé qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail. Après avoir fait état d'une hypomobilité du rachis, de dyspnées d'effort, d'une claudication et d'une sciatique, il a conclu à une capacité de travail limitée à 50% dès 2013 dans toute activité. Il a mentionné un pronostic « très réservé » et énuméré diverses limitations fonctionnelles, ayant trait aux stations debout, assise, aux longues marches, aux montées d'escaliers, ainsi qu'aux positions penchée, agenouillée et accroupie. Enfin, il a fait état de divers traitements prescrits à l'assurée, notamment antidépresseurs (Ciprallex). Il a joint :
 - une lettre de sortie du département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dont il ressort que l'assurée y a séjourné du 29 janvier au 5 février 2015 en raison d'une probable virose, compliquée par une bronchopneumonie bilatérale, ainsi que d'une insuffisance respiratoire ;
 - un rapport établi le 2 mars 2015 par le docteur D _____, pneumologue : suite à sa récente hospitalisation, l'assurée restait très dyspnéique, même avec un effort minime. Elle avait d'importants antécédents (obésité ; complications suite à la pose d'un anneau gastrique ; trois épisodes d'embolie pulmonaire ; hypertension artérielle ; état dépressif et anxieux). Sa capacité respiratoire était normale, mais les oxymétries nocturnes montraient des résultats anormaux à divers degrés. Une polysomnographie était préconisée pour mieux évaluer l'importance des apnées ;
 - un bilan d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 15 mars 2012, émanant du docteur E _____, radiologue, mettant en évidence un canal étroit L4-L5, une discopathie circonférentielle L4-L5 à prédominance droite, un minime antélysthésis de L4 sur L5, une arthrose postérieure, ainsi qu'une sténose bilatérale des racines L5, plus marquée à droite. Au niveau L5-S1, était constatée une discopathie circonférentielle, responsable avec l'arthrose postérieure d'une sténose foraminale modérée, mais plus importante à droite.

4. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a procédé à un examen rhumatologique de l'assurée le 15 avril 2016. Dans son rapport du 13 mai 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre d'un canal lombaire étroit et d'un antélisthésis L4-L5 de grade I. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, un syndrome métabolique associé à une obésité morbide, une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie non traitée, une dyspnée d'effort modérée, un asthme et un discret status variqueux des membres inférieurs.

Dans son appréciation, l'examineur a relevé que l'assurée présentait une discrète boiterie du côté gauche lorsqu'elle marchait sans béquilles et qu'elle pouvait marcher sur la pointe des pieds, mais pas sur les talons en raison de douleurs de la fesse gauche. L'accroupissement était légèrement limité et l'assurée gémissait puis demandait de l'aide pour se relever. Le status neurologique était normal, sous réserve d'une manœuvre de Tinel positive, témoignant d'un possible syndrome du tunnel carpien droit. Au niveau du rachis, elle présentait de discrets troubles statiques ainsi qu'une mobilité lombaire diminuée, mais l'examineur relevait la présence de deux signes de non organicité de Waddell, à savoir une démonstrativité et une discordance entre les distances doigt-sol et doigt-orteils sur le lit d'examen. Lorsque ses hanches étaient mobilisées, elle souffrait également de lombalgies, qu'elle manifestait par un cri.

Les radiographies mettaient en évidence un canal lombaire étroit, surtout au niveau L4-L5, avec un antélisthésis de grade I et une sténose foraminale, essentiellement du côté droit. L'examineur enjoignait l'assurée à observer diverses limitations fonctionnelles qu'il jugeait compatibles avec son activité de secrétaire, soit alterner les positions assise et debout deux fois par heure, éviter le port régulier de charges supérieures à 5 kg, les vibrations, ainsi que les positions statiques en porte-à-faux du tronc. Au vu du canal lombaire important et de l'antélisthésis L4-L5, il estimait qu'une incapacité de travail de 30% était justifiée. En revanche, il s'écartait de l'incapacité de 50% attestée par le Dr C_____, arguant que rien ne la justifiait sur le plan biomécanique et que l'assurée avait bien toléré la position assise en cours d'entretien : malgré l'allégation d'importantes douleurs, cette dernière s'estimait capable de rester assise pendant deux-trois heures et pendant l'entretien, elle avait pu maintenir cette position pendant 1h20.

Malgré ses béquilles, l'assurée était capable de prendre le bus et le train pour aller travailler ou se rendre à l'examen. Elle pouvait également faire des emplettes, confectionner les repas et étendre le linge en position assise. Elle conservait une bonne intégration sociale grâce à sa famille, à ses beaux-parents et à sa meilleure amie. Elle disposait de certaines ressources, notamment intellectuelles, et d'une bonne aptitude à la communication. Elle n'était pas motivée à reprendre une activité professionnelle et souhaitait obtenir une rente entière d'invalidité. Enfin,

certain motifs d'exclusion étaient observés, notamment une exagération des symptômes. S'agissant de son comportement face à la maladie, l'assurée restait « active », car elle essayait encore des traitements et désirait consulter un neurochirurgien en vue d'une opération, dont on pouvait toutefois craindre qu'elle ne permette pas d'améliorer la situation, vu sa démonstrativité et les signes de non organicité constatés. Pour les mêmes raisons, des mesures d'ordre professionnel risquaient d'échouer.

En définitive, l'examineur concluait à une capacité de travail exigible de 70% dans toute activité professionnelle dès le mois de septembre 2013, tout en précisant qu'à long terme, les troubles dégénératifs du rachis risquaient de s'aggraver. Par ailleurs, il relevait que l'assurée lui avait déclaré ne pas avoir un bon moral et qu'en cours d'entretien, elle avait pleuré à plusieurs reprises. Dès lors, il invitait le médecin responsable du dossier au SMR à interroger le médecin traitant au sujet de la présence d'une éventuelle pathologie psychiatrique. Il terminait son rapport en précisant (*NDR : en caractères majuscules puis italiques dans le texte*) : « l'atteinte à la santé n'est pas purement rhumatologique. Les atteintes [...] sont multiples. Une appréciation globale par le médecin en charge du dossier est nécessaire (notamment appréciation psychiatrique et pneumologique) ».

5. L'assurée a transmis à l'OAI - qui l'a reçu le 22 juin 2016 - un rapport établi le 10 mai 2016 par le docteur G_____, du Service de neurochirurgie des HUG, retenant le diagnostic de « douleurs lombosciatiques bilatérales en bascule sur une sténose sévère L4-L5, siège d'une listhèse dégénérative de premier degré ». Une opération du dos lui paraissait nécessaire, mais était associée un risque de complications approchant les 30%. Comme la patiente était effrayée par ce risque, il l'avait adressée au Centre de consultation multidisciplinaire de la douleur des HUG.
6. Le 29 juin 2016, la Dresse H_____ du SMR a conclu, sur la base du rapport du Dr F_____, à une capacité de travail de 70% dans toute activité lucrative. Elle a invité le service de réadaptation à mettre en œuvre les « mesures adéquates ». Il ressort de cet avis que le rapport du Dr G_____ n'a pas été pris en compte : le SMR, reprenant les termes du rapport F_____, évoque un rendez-vous fixé en mai 2016 avec ce neurochirurgien.
7. Le 18 juillet 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis de décision de refus de rente.
8. Par courrier du 17 août 2016, l'intéressée s'y est opposée, au motif que son état de santé s'était péjoré. Le lendemain, elle a signalé à l'OAI par téléphone qu'elle se ferait opérer en septembre 2016 d'une tumeur de l'utérus, qui lui avait été récemment diagnostiquée. Elle jugeait « irréaliste » la capacité de travail retenue de 70%.
9. Invitée à produire tout document susceptible de démontrer une aggravation de son état de santé, l'assurée a transmis à l'administration un nouveau rapport du

Dr C_____ le 28 août 2016 : « j'ai (...) pris connaissance du rapport d'expertise AI du Dr F_____, qui me paraît très pertinent d'un point de vue rhumatologique. En revanche, je ne suis pas convaincu que l'incapacité de travail ne soit pas aggravée par un état dépressif chronique réactionnel à son parcours de vie des dernières années et à ses douleurs chroniques. Bien qu'il n'y ait pas de pathologie psychiatrique à retenir, je pense que ces éléments de fragilité, entraînant une fatigabilité et certainement une baisse de rendement, n'ont pas été pris en compte dans votre évaluation ».

10. Dans un avis daté du 30 novembre 2016, la Dresse H_____ a considéré que le rapport du Dr C_____ ne permettait pas de prouver la survenance d'une aggravation de l'état de santé ou d'une nouvelle pathologie. Ce médecin n'avait jamais signalé d'état dépressif jusqu'alors et l'assurée n'était ni suivie par un psychiatre, ni sous traitement. Enfin, il n'existait aucune pathologie psychiatrique, de sorte qu'elle maintenait les conclusions exprimées dans son rapport du 29 juin 2016.
11. Par décision du 5 décembre 2016, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, au motif qu'elle ne présentait qu'un degré d'invalidité de 30% et demeurait capable d'exercer son activité habituelle de secrétaire. S'agissant des documents transmis à l'appui de l'opposition, ils ne permettaient pas de prouver la survenance d'une aggravation de l'état de santé ou d'une nouvelle pathologie.
12. Par lettre du 20 janvier 2017, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations d'invalidité, singulièrement à une demi-rente d'invalidité au moins. Elle a contesté le taux d'invalidité retenu de 30% et reproché à l'administration de ne pas avoir investigué les aspects pneumologiques et psychiatriques de son cas, quand bien même le Dr F_____ avait signalé l'existence de multiples atteintes et jugé nécessaire de procéder à une appréciation médicale globale. Dans son avis du 29 juin 2016, le SMR n'avait nullement tenu compte de cette remarque. De surcroît, le Dr C_____ avait mentionné l'existence d'un état dépressif chronique, d'une fatigabilité et d'une baisse de rendement, dont l'OAI n'avait pas tenu compte. Faute d'instruction suffisante par l'OAI, notamment sous l'angle pneumologique, psychiatrique et neurologique, elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante. Enfin, elle jugeait sa capacité de travail et de gain réduite en tout cas de moitié, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait au moins à 50%. Étaient joints à son recours :
 - un courrier transmis le 30 avril 2008 par le Dr C_____ au médecin conseil du Service du personnel de l'Etat. Sa patiente avait souffert de rachialgies, d'une arthrose facéttaire et d'un canal étroit prédominant en L4-L5, troubles probablement aggravés par son obésité. Elle avait également souffert d'une embolie pulmonaire, sans séquelles. Sur le plan psychique, elle était suivie par un psychiatre, avait bénéficié de nombreuses reprises d'un traitement

antidépresseur et son état psychique avait récemment fluctué en raison de son divorce et des maladies chroniques de ses parents. Ses arrêts de travail étaient le plus souvent liés à une décompensation du rachis (blocage ou somatisation) et le pronostic paraissait tributaire de son état psychique ;

- un courrier adressé à son conseil le 19 janvier 2017 par le Dr C_____ : l'anamnèse avait été bien résumée par le Dr F_____ dans son rapport. Les problèmes mécaniques en lien avec le dos et l'obésité paraissaient avoir été investigués de manière extensive durant les dernières années, et même si le Dr G_____ avait indiqué qu'une opération de la colonne vertébrale (spondylodèse) permettrait d'améliorer la situation, celle-ci ne paraissait pas réalisable en raison d'un risque élevé de complications. Par ailleurs, le Dr C_____ estimait que l'aspect psychique – susceptible de se répercuter sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail – n'avait pas été suffisamment investigué, ce qui ressortait notamment du rapport du Dr F_____. D'ailleurs, il avait déjà signalé en 2008 que les périodes d'incapacité de travail étaient souvent modulées par l'état psychique de sa patiente.

13. Dans sa réponse du 24 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, rétorquant que le Dr C_____, dans son rapport d'octobre 2016, avait jugé le rapport d'expertise rhumatologique « très pertinent » ; ce médecin n'avait certes pas été convaincu par l'incapacité de travail retenue, dont il avait précisé qu'elle était aggravée par un état dépressif chronique réactionnel, mais il avait mentionné une absence de pathologie psychiatrique. Quant aux rapports produits par l'assurée à l'appui de son recours, le SMR avait estimé, dans un nouvel avis du 13 février 2016 joint à sa réponse, qu'il n'en ressortait aucune aggravation ou modification de l'état de santé depuis son rapport de juin 2016. Ces nouvelles pièces ne modifiaient pas son appréciation, car l'assurée n'était pas suivie par un psychiatre et si elle l'avait été en 2008, c'était dans un contexte réactionnel à son divorce et aux maladies de ses parents. L'assurée ne se prévalait d'aucun élément médical vérifiable et pertinent qui aurait été ignoré par l'examineur. De plus, des troubles psychiques réactionnels susceptibles d'être traités n'entraînaient pas d'invalidité, selon la jurisprudence. En conséquence, l'intimé jugeait superflu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire.

14. La recourante a répliqué le 28 mars 2017, produisant un rapport établi le 16 mars 2017 par le docteur I_____ spécialiste FMH en neurologie et électroencéphalographie : en raison de douleurs lombaires et de certaines comorbidités, sa patiente avait progressivement réduit son taux d'activité de 100% à 50%, avant d'être licenciée en novembre 2016. Sur le plan neurologique, elle continuait à se plaindre de douleurs lombaires irradiant dans sa cuisse gauche et dans la partie latérale de sa cheville gauche. Ses lombalgies importantes pouvaient occasionner un « lâchage » du membre inférieur et nécessitaient qu'elle se déplace avec des béquilles, même si elle pouvait s'en passer sur quelques mètres. Elle

déplorait également des paresthésies du thorax et du membre supérieur gauche. L'examen neurologique témoignait de plusieurs déficits, notamment d'une hyperréflexie des membres supérieurs et d'un phénomène de « lâchage » du membre inférieur gauche. La genuflexion était impossible et l'épreuve de Lasègue déclenchait une douleur dans la partie postérieure de la jambe gauche. Il existait par ailleurs une zone d'hypoesthésie dans la région postérieure et latérale du membre inférieur gauche. Actuellement, de nouveaux éléments apparaissaient sous la forme d'une hyperréflexie des membres supérieurs et d'une atteinte sensitive du membre inférieur gauche. On pouvait aussi avoir affaire à une pathologie sténosante de la région cervicale dans le cadre d'un canal cervical étroit. Le médecin préconisait de compléter le bilan par une IRM cervicale à la recherche d'un canal cervical étroit.

15. L'intimé a dupliqué le 20 avril 2017, en persistant dans ses conclusions et en produisant un nouvel avis du SMR, daté du 13 avril 2017. Selon son service médical, la suspicion de canal cervical étroit évoquée par le Dr I_____ n'était pas confirmée à ce stade. Même si un tel diagnostic devait se confirmer, il serait postérieur à la décision attaquée, de sorte que le rapport du Dr I_____ ne remettait pas en question la capacité de travail retenue au moment où la décision litigieuse avait été rendue.
16. La chambre des assurances sociales a entendu les parties en audience le 12 juin 2017.

Interrogée sur le point de savoir pourquoi l'administration n'avait pas donné suite à la suggestion du SMR de questionner le médecin traitant de l'assurée dans la perspective d'une appréciation globale de la situation, notamment sous l'angle psychiatrique et pneumologique, la représentante de l'intimé a répondu qu'aucun document au dossier hormis celui contenant cette suggestion n'évoquait sérieusement un problème d'ordre psychiatrique. Le Dr C_____ s'était rallié au rapport du Dr F_____, s'agissant tant de son anamnèse que de son appréciation sous l'angle rhumatologique. Il avait au demeurant admis qu'il n'y avait pas d'affection psychique, même s'il pensait que l'état psychique réactionnel pouvait avoir un effet sur la fatigabilité de sa patiente, voire sur son rendement. C'était pour cette raison que l'administration n'avait pas ordonné d'examen complémentaire, notamment psychiatrique.

Interrogée à son tour, la recourante a déclaré qu'actuellement, ses jambes ne la soutenaient plus et lui faisaient ressentir des brûlures. Elle avait déposé sa demande de prestations d'invalidité à contrecœur, à la demande de son employeur qui avait tardé à faire le nécessaire, dès lors qu'en raison de ses problèmes de santé, elle travaillait à mi-temps déjà depuis 2013. Elle avait un enfant de 7 ans, un tempérament de battante et un seuil de tolérance à la douleur élevé ; si elle avait déposé sa demande, ce n'était pas pour rester chez elle. S'agissant de l'examen du Dr F_____, ce médecin n'avait pas compris sa situation et avait interprété son comportement de manière erronée. En effet, comme elle avait un enfant en bas âge, elle était bien obligée de « suivre », et c'était à tort que l'examineur avait tiré du

fait qu'elle pouvait se déplacer en bus, en train, et rester assise pendant 1h20 la conclusion qu'elle pouvait travailler à 70% ; elle n'allait tout de même pas se coucher par terre. L'examineur avait relevé qu'elle avait pleuré pendant l'examen, mais c'était à un moment où elle avait évoqué le suicide de son neveu et le décès de son père. Son problème était surtout ses douleurs, qui nécessitaient une opération risquée, d'où l'impossibilité de la pratiquer à ce stade. Les recommandations que le Dr F_____ avait formulées dans son rapport étaient pleinement justifiées, mais personne ne l'avait interpellée pour passer les examens préconisés. Elle avait donc entrepris ces démarches spontanément et consulté le Dr D_____, lequel lui avait prescrit un « CPAP » pour traiter ses fortes apnées du sommeil. Elle avait également consulté un neurologue, le Dr J_____, ainsi qu'une psychologue du Centre de consultations nutrition et psychothérapie, Mme K_____. Elle s'entretenait avec elle une fois par semaine, mais n'y était pas allée les deux dernières, car elle ne se sentait pas très bien. Quant au Dr J_____, il l'avait un peu déçue, car il n'avait pas donné suite à la dernière IRM qu'elle avait passée, le 13 avril 2017, qui avait confirmé l'existence d'un canal cervical étroit. Elle aurait aimé travailler, mais à 50%, et désirait que l'on reconnaisse que son état de santé l'empêchait de travailler comme elle l'aurait souhaité.

Sur question, l'assurée a indiqué que depuis son licenciement, elle avait fait deux postulations à l'Hospice général et au CMU, en vain. Elle s'était par ailleurs inscrite au chômage, lequel avait cependant bloqué son dossier depuis qu'elle avait effectivement terminé son emploi au Service B_____ en mars 2017.

Interrogée sur le point de savoir pendant combien de temps elle avait été suivie par la Dresse L_____, psychiatre, à la fin des années 2000, elle a indiqué avoir consulté cette dernière suite à un divorce. Elle s'était sentie « paumée » après avoir perdu l'homme de sa vie. Heureusement, elle en avait retrouvé un autre avec lequel elle avait eu un enfant, qui était sa raison de vivre. Elle n'avait pas été suivie longtemps sur le plan psychiatrique et son véritable problème était d'ordre mécanique : elle souffrait notamment de ses jambes. Elle soulignait que l'opération qui lui serait nécessaire pour améliorer sa situation ne pouvait pas être entreprise, en raison de la dose quotidienne de Sintrom qu'elle absorbait, mais également de ses autres médicaments (notamment contre l'hypertension), ainsi que de ses apnées du sommeil. Elle ne se voyait pas finir comme une femme au foyer et souhaitait absolument travailler, mais à 50 % seulement, car son état de santé rendait cela très compliqué. Enfin, elle précisait se tenir à disposition si la chambre de céans jugeait nécessaire de la soumettre à une expertise.

17. À l'issue de l'audience, 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 60 ss LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement à une rente.
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 1er janvier 2008 – 5^{ème} 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^{er} 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).

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).

7. 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.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

8. 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).

9. 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).

10. En l'espèce, la décision attaquée, fondée sur le rapport d'examen rhumatologique du Dr F_____, retient que l'assurée est capable d'exercer son activité antérieure de secrétaire à 70%, de sorte qu'elle présente un degré d'invalidité de 30%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Elle refuse également toute mesure d'ordre professionnel, au motif que l'assurée demeure capable d'exercer son activité habituelle.

De son côté, la recourante reproche à l'administration d'avoir insuffisamment instruit son dossier en ne donnant pas suite à la suggestion du Dr M_____ de procéder à une appréciation médicale globale, notamment sous l'angle psychiatrique et pneumologique. Elle n'a en particulier pas tenu compte de l'état dépressif mentionné par le Dr C_____, entraînant une fatigabilité et une baisse de rendement. Elle requiert en conséquence la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

11. À l'instar de la recourante, la chambre de céans estime que l'intimé n'a pas satisfait à son devoir d'instruction d'office (art. 43 al. 1 LPGA) en limitant la portée de ses investigations médicales au seul aspect rhumatologique des atteintes en cause.

En effet, il convient de rappeler qu'à l'issue de son appréciation, l'examineur du SMR a insisté dans son rapport sur le fait que les atteintes dont souffrait l'assurée n'étaient pas uniquement de nature rhumatologique mais qu'elles étaient « multiples », de sorte qu'il jugeait nécessaire que le médecin en charge du dossier au SMR procède à une appréciation médicale globale, en particulier sur les plans psychiatrique et pneumologique. Il a également invité le SMR à interroger le

médecin traitant sur la présence d'une éventuelle pathologie psychiatrique. L'examinateur a jugé ces clarifications suffisamment importantes pour qu'il les sollicite à deux reprises dans son rapport, en caractères majuscules puis italiques.

Nonobstant cette demande de l'examinateur, la Dresse H_____, responsable du dossier auprès du SMR, n'a nullement cherché à obtenir des renseignements complémentaires sur les troubles psychiatriques et pneumologiques dont l'assurée semble souffrir, pas plus qu'elle ne s'est livrée à l'appréciation médicale globale préconisée. Elle s'est bornée à relever – après avoir reçu un rapport du rhumatologue de l'assurée transmis spontanément à l'appui de l'opposition – que ce médecin n'avait pas attesté d'une pathologie psychiatrique ou d'une aggravation de l'état de santé. Ce praticien a néanmoins fait état d'un état dépressif chronique réactionnel, en lien notamment avec des douleurs chroniques, dont il a estimé qu'il pouvait accroître l'incapacité de travail en raison d'une fatigabilité et d'une perte de rendement. Il a en outre précisé que l'assurée était sous traitement antidépresseur (Cipralax). Malgré leur caractère succinct, ces indications fournies par le rhumatologue-traitant confirment la nécessité de procéder à un examen psychiatrique, étant précisé au demeurant que l'assurée est suivie par une psychologue. Que le Dr C_____ n'ait pas posé un diagnostic psychiatrique formel n'y change rien, car cela ne relève pas de son domaine de spécialisation. Cela étant dit, si l'examen ou l'expertise psychiatrique à venir devait démontrer une absence de pathologie psychiatrique, alors il conviendrait effectivement de faire abstraction de cet aspect pour évaluer la capacité de travail, faute d'atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie.

Le dossier ne renferme pas non plus de renseignements suffisants s'agissant des atteintes pneumologiques. Tout au plus en ressort-il que l'assurée souffre d'un asthme jugé incapacitant par le Dr C_____, mais également d'une forte dyspnée et d'apnées du sommeil. Elle a par ailleurs subi plusieurs embolies pulmonaires et a été hospitalisée aux soins intensifs en 2015 pour une double pneumonie aiguë ainsi qu'une insuffisance cardiaque. En l'absence d'une appréciation médicale motivée discutant des éventuelles répercussions des atteintes citées sur la capacité de travail, l'on est en présence, sur ce point également, d'une lacune de l'instruction, qu'il appartiendra à l'intimé de combler, comme l'a préconisé l'examinateur du SMR.

Enfin, la chambre de céans observe que l'assurée a été opérée aux HUG d'une tumeur de l'utérus le 1^{er} septembre 2016, ce qui témoigne d'une possible aggravation de son état de santé, intervenue entre l'examen du SMR et la décision querellée (cf. pièce 31 du dossier de l'OAI), aggravation qu'il appartiendra à l'intimé d'investiguer, à tout le moins en invitant les HUG à compléter un rapport. En conséquence, l'on ne saurait se fonder, à ce stade et sans investigation supplémentaire, sur l'examen rhumatologique du SMR pour statuer sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

12. Faute d'instruction suffisante par l'intimé, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité

et le droit aux prestations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 5 décembre 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ou un examen médical, permettant d'apprécier la capacité de travail de l'assurée dans une perspective globale, intégrant non seulement le volet rhumatologique mais également les aspects relevant de la psychiatrie et de la pneumologie, voire si nécessaire, de l'oncologie.

13. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 5 décembre 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
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

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