

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2420/2008

ATAS/536/2009

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 8

du 28 avril 2009

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître de M_____
Dominique

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

Vu

la demande de prestations AI déposée le 21 juin 2004 par A_____ (ressortissante turque, née en 1972), invoquant souffrir d'une hernie discale ayant entraîné une incapacité de travail à 100% depuis avril 2003 ;

le rapport du docteur L_____, médecin traitant, du 9 juillet 2004, faisant état de lombalgies chroniques depuis 1996 ;

le courrier de l'Office cantonal de l'emploi du 27 septembre 2004 retenant un gain assuré de 3'302 fr. par mois en 2001 ;

le rapport d'examen rhumatologique du SMR du 29 avril 2005 attestant, d'une part, un status après cure de hernie discale L5-S1 en avril 2004, un spondylolisthésis L5-S1 de degré 1, des cervico-brachialgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal étroit cervical constitutionnel, et retenant, d'autre part, depuis juin 2001, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse ou d'aide de cuisine, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires (alternance 2x/h. des positions assises et debout ; pas de soulèvement régulier de charges supérieures à 5 kg, ni de porte régulier de charge de plus de 12 kg ; pas de travail en poste-à- faux statique prolongé du tronc) ;

le courrier du docteur L_____ du 9 février 2006, relevant une aggravation de l'état de santé de la patiente et précisant que « *la réponse des spécialiste neurochirurgiens de l'HUG, c'est qu'elle a rechuté* » ;

l'enquête économique sur le ménage du 22 mai 2006 reconnaissant à l'assurée un statut d'active à 100% ;

le rapport complémentaire du docteur L_____ du 18 septembre 2006 attestant une aggravation de l'état de santé de la patiente depuis début 2005, une lombosciatique restée inchangée, malgré l'opération d'avril 2004, ainsi qu'un asthme, et estimant par ailleurs à 50% la capacité de travail résiduelle, en position assise et dans un environnement non pollué ;

le projet de décision de l'OCAI du 22 mars 2007 envisageant de rejeter la demande de prestations, compte tenu d'un degré d'invalidité de 1% ;

les IRM cervicales et lombaires des 11 et 12 avril 2007 ;

le courrier du docteur L_____ du 17 avril 2007, attestant, d'une part, que ces IRM montraient que la colonne cervicale et lombaire de la patiente se trouvait en

« *très mauvais état* » et signalant, d'autre part, que l'intéressée était suivie par un rhumatologue et un psychiatre ;

les observations de Me M_____ du 19 avril 2007, selon lesquelles sa cliente devait être considérée comme « *invalidé* », compte tenu en particulier du courrier précité du docteur L_____ du 17 avril 2007 ;

le rapport de la doctoresse N_____ rhumatologue traitante, du 20 avril 2007, d'où il ressort que : l'IRM cervicale effectuée le 11 avril 2007 n'expliquait pas la symptomatologie (douleurs chroniques) ; une étiologie irritative n'était pas exclue ; un EMG était préconisé afin d'évaluer l'existence d'une atteinte radiculaire ; l'anamnèse était difficile, la patiente ne parlant pas le français ;

le rapport complémentaire du docteur L_____ du 21 mai 2007, confirmant une aggravation de l'état de santé de sa patiente et mentionnant (pour la première fois) que celle-ci était traitée sous anti-dépresseurs, et estimant par ailleurs qu'une activité adaptée était possible à raison de 3-4 heures par jour ;

le courrier de la doctoresse N_____ du 25 mai 2007, attestant, d'une part, que la patiente présentait une fibrose autour de la racine L5 gauche et estimant, d'autre part, qu'il existait une diminution de rendement d'environ 30 % dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles de l'assurée ;

l'avis du SMR du 27 juin 2007, singulièrement du docteur O_____, rhumatologue, retenant (sans référence à la problématique psychique de l'assurée évoquée par le docteur L_____ dans son courrier du 17 avril 2007 et son rapport complémentaire du 21 mai 2007), une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30 % en raison de la fibrose, depuis la date de l'IRM lombaire du 12 avril 2007 ;

le rapport des Etablissements publics pour l'intégration (E.P.I.), fonctionnant comme un centre du COPAI, du 20 février 2008, retenant, à l'issue d'un stage d'orientation du 26 novembre 2007 au 2 mars 2008, un rendement global de 50 % sur un plein temps dans un emploi simple, léger et pratique, et relevant, d'une part, que l'assurée devait se montrer moins démonstrative et plus volontaire [des difficultés de communication pouvant, néanmoins, modifier négativement la perception de son réel engagement (rapport, p. 11)], et, d'autre part, le peu de postes disponibles sur le marché du travail, compte tenu en particulier des nombreuses alternances de position de l'assurée ;

l'avis du médecin-conseil de l'OCAI du 11 mars 2008 maintenant l'exigibilité de 70% dans une activité adaptée, compte tenu d'une démonstrativité et d'un manque d'engagement de l'assurée ;

le nouveau projet de décision de l'OCAI du 23 avril 2008, retenant un taux d'invalidité de 25% ;

la détermination du conseil de l'assurée du 28 mai 2007 (recte : 2008) contestant le nouveau taux de rendement retenu par l'OCAI, faute d'un examen effectué par un spécialiste du dos, et arguant d'une capacité de travail de 4 heures par jour au maximum ;

la décision de l'OCAI du 30 mai 2008 (reçue le 3 juin suivant) rejetant la demande de prestations sur la base d'un taux d'invalidité de 25%, refusant l'octroi de mesures professionnelles pour défaut de simplicité et d'adéquation (problèmes linguistiques, absence de formation et absence de volonté de l'assurée), et réservant l'octroi d'une aide au placement ;

le recours daté du 3 juillet 2008 (mais posté le 2 juillet précédent), par lequel l'assurée a fait en particulier valoir qu'elle souffrait physiquement et psychiquement, ne disposait plus de la « *force physique et morale de se battre contre les douleurs lancinantes qui parcourent son dos et ses jambes depuis de nombreuses années* » (p. 5, § 27), et que toute activité semblait ainsi « *très difficile à imaginer* » (p. 6, § 30) ;

les conclusions de la recourante tendant en particulier à l'octroi d'une rente, subsidiairement à un reclassement dans une nouvelle profession, respectivement à la mise en œuvre d'une contre-expertise ;

le courrier du docteur P_____, second médecin traitant généraliste, du 16 juin 2008, estimant qu'une capacité de travail supérieure à 50% était peu réaliste, « *et ce de part une combinaison des maux physiques ainsi que psychiques, dont il est difficile de déterminer la part respective dans le tableau clinique* » ;

les déterminations de l'OCAI du 30 septembre 2008 concluant au rejet du recours, au motif que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'estimation de la capacité de travail effectuée par un médecin traitant était généralement plus favorable à l'égard de l'assuré, en raison des liens de confiance qui unissent celui-ci à son patient.

et considérant

que le Tribunal de céans est compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire) ;

que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ;

que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;

que la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge (cf. 61 let. c LPGA) ;

que toute atteinte à la santé mentale ou psychique doit faire l'objet d'un diagnostic selon la CIM-10, étant par ailleurs relevé que le diagnostic de dépression posé par des non-psychiatres est insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, édition 2008, n° 1010 et n° 1015) ;

que, selon la jurisprudence, lorsqu'une indication au sujet d'une éventuelle souffrance psychique se trouve dans le dossier, une investigation psychiatrique est nécessaire afin de clarifier la situation et de définir clairement l'état de santé de l'assuré (cf. ATF du 3 septembre 2008, C-2770/2006, consid. 7.1 ; ATF du 29 novembre 2000, I 260/00, consid. 3a) ;

qu'en l'occurrence, tant le docteur L_____ que le docteur P_____, médecins traitants généralistes, ont fait état d'une telle indication ;

que ce dernier praticien a en outre relevé l'existence d'une interférence entre l'affection psychique en cause et l'atteinte physique dont souffre sa patiente ;

que par ailleurs, pour utiles qu'elles soient, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 261 consid. 4) ;

qu'en l'espèce, la démonstrativité opposée à l'assurée par le médecin-conseil de l'OCAI dans son avis du 11 mars 2008, sur la base des indications contenues dans le rapport des E.P.I. du 20 février 2008, n'a pas été dûment corroborée par des observations médicales ;

qu'il y a dès lors lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle complète le dossier en organisant notamment une expertise pluridisciplinaire de l'assurée (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique), avec l'assistance d'un interprète (ATF 127 V 226, consid. 2b/bb), auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), expertise visant en particulier à déterminer si l'assurée possède, le cas échéant, les ressources psychiques nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (comp. ATF du 11 mai 2006, I 387/05 ; du 5 décembre 2005, I 685/04, consid. 5.2) ;

que le recours étant partiellement admis, la recourante, représentée par un avocat, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA) ;

que, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 30 mai 2008 ;
3. Renvoie la cause audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
4. Dit que l'intimé versera à la recourante 1'000 fr. à titre de dépens ;
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé ;
6. 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); 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

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

:

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