

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3788/2024

ATAS/415/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 juin 2025

Chambre 16

En la cause

A _____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Par formulaire du 8 janvier 2024, reçu par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI et AI) le 12 janvier 2024, A_____, née le _____ 1986, a formulé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rente).

Elle était bénéficiaire des prestations de l'Hospice général (ci-après : l'hospice) et avait appris la profession de brocanteuse. Elle s'était trouvée en état d'incapacité totale de travailler du 1^{er} novembre 2020 au 29 juin 2022. Elle n'a donné aucun renseignement sur l'atteinte à la santé, indiquant qu'un rapport médical devait être fourni par la suite par son médecin, le docteur B_____, médecin spécialiste en médecine interne et gériatrie, membre FMH.

Elle a versé à la procédure un certificat médical de la docteure C_____, médecin généraliste, du 2 novembre 2020 concernant une incapacité totale de travailler du 2 au 13 novembre 2020 pour cause de maladie et un certificat médical du Dr B_____ du 30 mai 2022 concernant un arrêt de travail total pour maladie du 29 mai au 29 juin 2022.

b. Le 4 mars 2024, l'assurée a répondu à un questionnaire dans le cadre de la collaboration entre l'AI et l'hospice. Elle n'avait jamais exercé d'activité salariée. Elle avait été victime d'un grave accident de la route à 20 ans. Elle avait fait du porte-à-porte pendant dix ans, mais n'était pas affiliée en tant que personne indépendante et n'avait pas cotisé. Sa santé s'était fortement dégradée depuis quatre ans. Elle n'envisageait pas de reprendre un emploi en raison de ses douleurs au dos et des insomnies s'étant fortement aggravées.

c. Le 11 juin 2024, le Dr B_____ a adressé un rapport médical à l'OAI.

Il voyait sa patiente à une fréquence très variable. Elle venait le voir lors des crises de douleurs et pour divers autres motifs. Il l'avait vue pour les problèmes lombaires les 28 avril 2022, 11 septembre et 3 octobre 2023 ainsi que 18 mars et 19 avril 2024. En réponse à la question de savoir quelle était l'évolution de l'incapacité de travail attestée médicalement, le médecin a indiqué que sa patiente se trouvait en état d'incapacité totale de travailler du 28 avril au 29 juin 2022 et qu'il n'avait pas fait d'autres certificats d'arrêt de travail. Le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail correspondait à une hernie discale post-lat L4-L5 droite avec contact racine L5 droite et une discrète hernie L5-S1 post-médiane. Elle était traitée par antalgies par co-dafalgan. Malgré les nombreuses discussions et explications éclairées, la patiente restait réticente à l'option thérapeutique par une infiltration lombaire. La maladie avait progressé vers septembre 2023 avec l'apparition de la hernie discale. Il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée, la patiente étant à l'hospice.

Il a joint à son rapport :

- un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 21 janvier 2021 du docteur D_____, médecin spécialiste en radiologie, membre FMH, concluant à une lombo-discalgie débutante L4-L5 et L5-S1 avec rétrécissement récessal et foraminaux bilatéral plus marqué à droite et à l'absence de hernie discale décelable ;
- un rapport d'IRM lombaire du 30 juillet 2021 du docteur E_____, médecin spécialiste en radiologie, membre FMH, concluant que l'examen était similaire à celui de janvier 2021 ;
- un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 26 septembre 2023 adressé par le docteur F_____, médecin spécialiste en radiologie, membre FMH, au Dr B_____ concluant à l'apparition d'une hernie discale L4-L5 postéro-latérale droite arrivant au contact de la racine L5 droite en regard du HIZ (accessible à une infiltration péridurale sous scanner si besoin), à une petite pointe de hernie discale postéro-médiane L5-S1 à proximité des racines S1 des deux côtés et à un rachis modérément dégénératif de L4 à S1 avec de petits ostéophytes corporeaux antérieurs et une hypertrophie dégénérative interfacettaire postérieure bilatérale L4-L5 et L5-S1 avec de discrets signes de souffrance L4-L5 et une bursite inter-épineuse L4-L5.

d. Le 3 septembre 2024, l'OAI a informé l'assurée avoir l'intention de rejeter sa demande, en l'absence d'incapacité de travail de longue durée.

e. Par décision du 14 octobre 2024, l'OAI a refusé l'octroi de prestations financières et de mesures professionnelles à l'assurée.

Cette dernière avait présenté une incapacité de travail de courte durée (du 28 avril au 29 juin 2022), de sorte qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement invalidante. Des mesures professionnelles n'étaient pas à l'ordre du jour, car sa capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle.

B. **a.** Par acte du 6 novembre 2024, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, contestant le refus d'octroi des prestations de l'AI.

Elle était toujours en état d'incapacité de travail pour cause de maladie. Ses problèmes de hernie discale et de nerf sciatique bloqué ne lui permettaient pas de reprendre une activité normale. Elle subissait de très fortes douleurs au quotidien, malgré les médicaments antidouleurs et décontractants musculaires ainsi que les séances de physiothérapie. Les infiltrations ne constituaient pas une réponse, ni une solution durable à ses douleurs. Un certificat du Dr B_____ confirmant cela serait prochainement versé à la procédure.

b. Par réponse du 9 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Son évaluation se basait sur les renseignements fournis par le Dr B_____, qui avait expliqué avoir mis l'assurée en arrêt de travail sur deux mois, sans autres périodes d'arrêt constatées. Il n'avait pas non plus rapporté des limitations fonctionnelles considérables.

c. L'assurée n'a pas formulé d'observations ni produit de pièces dans le délai au 15 janvier 2025 imparti à cet effet par la chambre de céans.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 dans la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10) et en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), le recours est recevable.

- 2.** Le litige porte sur la conformité au droit du refus d'octroi des prestations de l'AI à la recourante.
- 3. 3.1** Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en juillet 2024, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations en janvier 2024 (art. 29 al. 1 LAI).

Les dispositions légales applicables seront par conséquent citées dans leur nouvelle teneur.

4. La recourante demande à être mise au bénéfice des prestations AI.

4.1 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.2 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 d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.3 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

4.4 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

4.5 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

4.6 En l'espèce, la recourante affirme que ses problèmes de hernie discale et de nerf sciatique ne lui permettraient pas de reprendre une activité normale.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'intimé a demandé un rapport au seul médecin indiqué par la recourante dans sa demande de prestations AI, le Dr B_____. Or, si ledit rapport et les rapports d'IRM qui y sont annexés confirment que la recourante souffre d'une hernie discale post-lat L4-L5 droite avec contact racine L5 droite et une discrète hernie L5-S1 post-médiane diagnostiquées en septembre 2023, le médecin traitant, qui avait encore vu sa patiente en septembre et octobre 2023, puis en mars et avril 2024, a uniquement retenu une incapacité de travail totale du 28 avril au 29 juin 2022, sans autre période d'incapacité.

Cela a conduit l'intimé à retenir que la recourante n'avait pas présenté une incapacité de travail durant une année, de sorte qu'elle ne pouvait avoir droit à une rente d'invalidité, ce dont il l'a informée dans son préavis du 3 septembre 2024.

Informée de l'intention de l'intimé de donner une suite négative à sa demande en raison de l'existence d'une incapacité de travail de courte durée du 28 avril au 29 juin 2022, la recourante n'a produit, dans le cadre de la procédure de préavis, aucun élément permettant de démontrer qu'elle se trouverait au contraire en état d'incapacité de travail durable.

Elle n'a par ailleurs pas non plus versé d'élément en ce sens durant la procédure devant la chambre de céans, ceci ni à l'appui de son recours, ni dans le cadre du délai imparti par la chambre de céans pour formuler ses observations et produire

des pièces à la suite de la réponse de l'intimé. En particulier, alors qu'elle alléguait toujours se trouver en arrêt maladie, la recourante n'a jamais transmis le certificat médical du Dr B_____ destiné à démontrer ce fait dont elle annonçait la prochaine production dans son acte de recours.

Au vu de ce qui précède, le médecin traitant de la recourante, auquel un rapport a été demandé par l'intimé, n'a retenu qu'une période d'incapacité de travail du 28 avril au 29 juin 2022 et la recourante n'a fourni aucun élément permettant de remettre en cause cette appréciation et dénotant une incapacité de travail plus longue. C'est partant à juste titre que l'intimé a retenu que la condition pour l'octroi d'une rente d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable n'était pas réalisée et a rejeté de la demande de rente de la recourante.

5. L'intimé a également refusé l'octroi de mesures professionnelles.

5.1 S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation, il sied de rappeler que, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

5.2 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable (art. 8 al. 1bis 1^{re} phr. LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

5.3 Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du

Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

5.4 En l'espèce, en l'absence d'incapacité de travail durable, la recourante n'est ni invalide ni menacée d'invalidité, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas à l'ordre du jour.

- 6.** Dans ces circonstances, la décision de l'intimé est conforme au droit et le recours à son encontre, mal fondé, sera rejeté.
- 7.** Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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