

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3948/2010

ATAS/613/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 7 juin 2011**

**8<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Christine LUZZATTO et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), née en 1952, divorcée et mère d'un enfant né en 1981, 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 27 octobre 2008.

La recourante, suisse d'origine iranienne, y indiquait avoir effectué sa scolarité en Iran et être arrivée en Suisse en 1986.

Elle sollicitait l'octroi d'un reclassement et d'une rente, en raison de douleurs de la colonne vertébrale, de la nuque, du dos, des bras, de l'épaule, des genoux, de la cheville et en raison d'ostéoporose, ces affections étant présentes depuis 1998.

2. Selon les indications de l'Office cantonal de l'emploi du 4 novembre 2008, la recourante exerçait une activité de caissière de magasin, avant de bénéficier d'indemnités de l'assurance-chômage dès le 8 octobre 2002, avec un gain assuré de 3'302 fr. par mois.
3. Selon le rapport du 2 décembre 2008 de son médecin traitant, la Dresse L\_\_\_\_\_, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : état dépressivo-anxieux important depuis 1998, ostéoporose depuis 2007, hernie cervicale irradiant aux membres supérieurs depuis 2008. La recourante souffrait en outre, mais sans répercussion sur la capacité de travail, d'épicondylite du canal carpien des deux côtés, d'arthrose étagée et de rhinite chronique.

De nombreuses limitations fonctionnelles étaient retenues et selon la Dresse L\_\_\_\_\_, la recourante ne pouvait pas exercer son métier. Différents éléments médicaux étaient annexés à ce rapport.

4. Le 19 janvier 2009, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), depuis le mois de mars 2008. La recourante avait connu plusieurs états dépressifs entrecoupés par des rémissions. Au départ, le trouble dépressif était grave. Il fluctuait maintenant de moyen à grave. L'activité actuelle de la recourante n'était plus exigible.
5. Dans un avis médical du 20 février 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) considéra que la situation n'était pas stabilisée, car la recourante devait subir une opération en raison de l'hernie discale. Il fallait donc réexaminer le cas trois mois après ladite opération.
6. La recourante indiqua à l'OAI le 9 mars 2009 qu'elle venait de se faire opérer du tunnel carpien au bras gauche et qu'il fallait attendre quelques semaines avant de pouvoir envisager la nécessité d'une opération des hernies discales.

7. Le 17 mars 2009, l'OAI adressa une communication à la recourante. Aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était indiquée en raison de l'état de santé de la recourante.
8. Le 20 avril 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ réitéra que le cas n'était pas stabilisé et qu'il fallait examiner la situation après l'intervention pour l'hernie discale.
9. La recourante indiqua le 12 août 2009 qu'une telle intervention n'était pas prévue pour l'instant.
10. Le 9 septembre 2009, la Dresse L\_\_\_\_\_ fit état d'une aggravation progressive de l'état de santé de la recourante et transmet de nouveaux documents médicaux.
11. Le 10 novembre 2009, le Dr O\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, indiqua avoir opéré la recourante avec succès au niveau du tunnel carpien gauche le 30 janvier 2009, et au niveau du coude droit le 4 juin 2008. Ces interventions n'avaient pas laissé de séquelle, ni de limitation fonctionnelle pouvant motiver une diminution du rendement professionnel ou un quelconque handicap physique. La recourante avait été adressée à la Dresse P\_\_\_\_\_ pour un avis rhumatologique.
12. Dans un rapport non daté et non signé, mais intervenu entre le 7 et le 10 décembre 2009, la Dresse P\_\_\_\_\_ posa les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : Syndrome fibromyalgique probable et cervicarthrose étagée avec hernie discale médiane-sous-ligamentaire C2-C4 et C4-C5 et discopathie protrusive C6-C7 C7-D1 avec canal cervical étroit acquis focal. Il était difficile de faire la part des choses entre une possible myélopathie cervicale débutante et un syndrome fibromyalgique. La patiente devait consulter le Prof. Q\_\_\_\_\_ au sujet des problèmes cervicaux. La Dresse P\_\_\_\_\_ ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail.
13. Le Prof. Q\_\_\_\_\_ fut interrogé par l'OAI, mais répondit le 16 décembre 2009 qu'il n'avait pas revu la recourante depuis le 9 janvier 2009.
14. Dans un avis médical du 26 avril 2010 du Dr R\_\_\_\_\_ du SMR, un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR était nécessaire pour déterminer la capacité de travail exigible, ainsi que les limitations fonctionnelles.
15. Cet examen eut lieu le 27 mai 2010 et fut pratiqué par la Dresse S\_\_\_\_\_, ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie, et la Dresse T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Ces médecins ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : cervico-scapulalgies bilatérales dans le contexte d'un trouble statique et de discopathies étagées cervicales protrusives, mais sans hernie discale et sans compression ; dorso-lombalgies chroniques dans le contexte d'un trouble statique et

de dysbalances musculaires avec une certaine insuffisance posturale et arthrose rétro-patellaire débutante possible.

S'y ajoutaient les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : status post-cure de canal carpien bilatéral avec suspicion de récurrence à droite ; status post-cure d'une épicondylite droite ; ostéopénie traitée ; fibromyalgie (18/18, avec sursaut) ; status post-hystérectomie ; status post-cystopexie avec incontinence de stress résiduelle ; dysthymie d'intensité légère et trouble dépressif récurrent, en rémission complète.

Les limitations fonctionnelles retenues sont les suivantes : « il faut éviter une position statique prolongée debout, assise, accroupie et agenouillée, en rotation-flexion-extension de la tête et en porte-à-faux. L'assurée ne devrait pas travailler dans une position statique avec les bras au-delà de l'horizontal, ni faire des mouvements répétitifs avec le coude droit. Le port de charges est limité à 5 kg occasionnellement ».

Il en découlait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de caissière et de 0 % dans une activité adaptée à traduire en termes de métier par les spécialistes en réadaptation. Ladite incapacité relevait des diagnostics ostéoarticulaires, la capacité de travail étant pleine et entière d'un point de vue strictement psychiatrique. Les périodes correspondant aux interventions chirurgicales étaient réservées, une incapacité de travail complète durant 1 mois environ étant reconnue.

16. Sur cette base, le 2 juillet 2010, le Dr R\_\_\_\_\_ retint une capacité de travail nulle du mois de novembre 1999 au 21 octobre 2003 (date de la prise en charge psychiatrique), puis de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, ceci du 22 octobre 2003 à ce jour, mais avec une période du 1<sup>er</sup> mars 2008 au 28 février 2009 (en raison des différentes interventions) durant laquelle la capacité de travail était nulle.
17. L'OAI calcula le degré d'invalidité sur la base d'un revenu avant invalidité de 36'886 fr. en 1998 (ressortant du compte individuel de la recourante), lequel était porté à 39'538 fr. en 2003 et à 43'034 fr. en 2009, après réactualisation. S'agissant du revenu avec invalidité, il fut tenu compte du revenu statistique pour une femme dans le cadre d'une activité simple et répétitive, selon la moyenne des activités ressortant du tableau TA1 de l'ESS 2002, respectivement de l'ESS 2008, réactualisé et tenant compte d'un abattement de 10 % au vu de l'âge de la recourante et du fait que seule une activité légère est possible. Ainsi, pour les calculs effectués tant pour un début d'invalidité en 2003, qu'en 2009, le revenu avec invalidité (43'721 fr. en 2003, respectivement 47'211 fr. en 2009) était plus élevé que celui sans invalidité. Ainsi, le taux d'invalidité s'élevait à 0 % tant dans

le calcul prenant en compte l'année 2003 que dans celui prenant en compte l'année 2009.

18. L'OAI adressa un projet de décision à la recourante le 17 septembre 2010, au terme duquel la demande était rejetée.
19. En l'absence d'opposition, la demande fut rejetée par décision de l'OAI du 27 octobre 2010.
20. La recourante contesta cette décision auprès de l'OAI le 9 novembre 2010. Elle indiquait que l'OAI n'avait basé sa décision que sur son revenu, sans tenir compte de son état de santé. Depuis le mois de juillet 2010, elle avait dû subir une chimiothérapie et de la radiothérapie.
21. Ce recours fut transmis d'office à l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales le 16 novembre 2010, comme objet de sa compétence.
22. Dans sa réponse du 14 décembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il se référait aux avis médicaux du SMR, particulièrement à l'avis bidisciplinaire du 27 mai 2010 et expliquait son mode de calcul. Quant au traitement de chimiothérapie et de radiothérapie depuis le mois de juillet 2010, la recourante n'en avait jamais fait état auparavant et il n'était pas possible d'admettre l'existence d'une incapacité de travail durable.
23. La recourante répliqua le 17 décembre 2010. Elle expliquait que sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Si elle n'était pas invalide, elle ne pourrait pas prétendre au salaire retenu par l'OAI, vu sa mauvaise maîtrise des langues et son âge. L'OAI n'avait par ailleurs pas déterminé quel travail concret elle était en mesure d'effectuer. Par ailleurs, elle dénonçait la manière dont elle avait été traitée et reçue lors de son examen au SMR. Les résultats des examens en avaient été changés.

Elle produisait un avis médical de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2010.

Il ressort de cet avis des diagnostics déjà connus, mais également de nouveaux éléments. En particulier, un diagnostic de carcinome du sein droit avait été posé le 24 juin 2010, lequel avait été opéré le 30 juillet 2010 et traité par radiothérapie du 13 septembre au 18 octobre 2010. Depuis lors la recourante présentait une asthénie avec dyspnée à l'effort, une toux irritative et rhinorrhée, une sensibilité du sein droit avec fibrose axillaire droite. Une hormonothérapie prophylactique était en discussion. Par ailleurs, la Dresse L\_\_\_\_\_ relevait que l'état dépressivo-anxieux récurrent avait été réactivé. Il en découlait une capacité de travail nulle.

24. Il ressort d'un avis du SMR du 17 janvier 2011, que le SMR n'avait pas connaissance des nouvelles atteintes à la santé lors de l'examen du 27 mai 2010 et du rapport du 2 juillet 2010.

25. Par duplique du 18 février 2011, l'OAI expliqua que la recourante présentait une nouvelle atteinte à la santé depuis le mois de juin 2010, de sorte qu'au moment de la décision du 27 octobre 2010, elle ne présentait pas encore d'incapacité de travail d'au moins 40% depuis une année, ni une invalidité de 40% au moins au sens de l'art. 28 al. 1 lit. b et c LAI. L'évaluation de cette nouvelle atteinte sur la capacité de travail de la recourante devait être réalisée dans le cadre d'une procédure de révision devant donner lieu à une nouvelle décision administrative.

Pour le surplus, l'OAI persista dans ses conclusions.

26. La cause fut gardée à juger le 8 mars 2011.

### **EN DROIT**

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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. Conformément à l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. L'art. 39 LPGA prévoit, d'une part, que les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (al. 1), et d'autre part, que lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (al. 2).

C'est donc à juste titre que l'OAI a transmis à l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales le recours du 9 novembre 2010, qui lui avait été adressé par erreur par la recourante.

Formé le 9 novembre 2010 et reçu le lendemain par l'OAI, le recours contre la décision du 27 octobre 2010 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Par ailleurs, bien que succinct, l'acte de la recourante permet de comprendre quelle est la décision attaquée, expose malgré tout les faits et les motifs de son désaccord. L'on comprend par ailleurs qu'elle demande l'annulation de la décision litigieuse. De la sorte, les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA, notamment l'art. 61 lit. b LPGA sont réalisées.

Le recours est ainsi recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité, et spécifiquement sur l'évaluation du taux d'invalidité.
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 être 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. L'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

En cas de suppression de la rente du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et si l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 lit. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29bis RAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, mais pas avant le mois qui suit son 18<sup>ème</sup> anniversaire (art. 29 al. 1 LAI ; dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 applicable en l'espèce).

7. En vertu du 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. a) En l'espèce, la décision entreprise (datée du 27 octobre 2010) a été rendue sur la base d'un état de fait médical incomplet, puisque différents diagnostics nouveaux, notamment un carcinome du sein droit ont été posés le 24 juin 2010, soit avant que ne soit rendue la décision précitée.

La Dresse L\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail complète sur la base de ces différents diagnostics.

Quant au SMR, il indique dans son avis du 17 janvier 2011 n'avoir pas eu connaissance des nouvelles atteintes à la santé lors de l'examen du 27 mai 2010 et de son rapport du 2 juillet 2010.

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 la maxime 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). 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).

Il est indéniable que d'un point de vue médical le dossier n'est pas suffisamment instruit, puisque seul l'avis du médecin traitant prend en compte l'ensemble des diagnostics concernant la recourante. Or, il n'est pas possible de se fonder sur ce seul avis, puisque 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 353, consid. 3b/cc et les références).

b) L'OAI fait toutefois valoir que sa décision peut être maintenue, car au moment de la décision du 27 octobre 2010, la recourante ne présentait pas encore d'incapacité de travail de 40% au mois depuis une année, ni une invalidité de 40% au moins, exigence prévue par l'art. 28 al. 1 LAI. Ainsi l'évaluation de cette nouvelle atteinte devait avoir lieu dans le cadre d'une procédure de révision devant donner lieu à une nouvelle décision.

Ce point de vue se heurte toutefois à deux objections.

En premier lieu, l'OAI ne tient pas compte du fait que le délai prévu par l'art. 28 al. 1 LAI a déjà été décompté du droit aux prestations de la recourante. En effet, il découle de la décision entreprise : « D'autre part, malgré que l'on admette une péjoration de votre état de santé pour la période de mars 2008 à février 2009, cela n'ouvre pas le droit à une rente étant donné que cette période n'est pas supérieure à une année ». Il a ainsi déjà été tenu compte d'une période d'attente ou de carence au sens de l'art. 28 al. 1 LAI, ceci durant une année pleine et moins de 3 ans auparavant. Il est donc exclu, de tenir compte de cette période une deuxième fois. Certes, l'art. 29bis RAI n'est pas applicable directement, puisque l'on ne se trouve pas dans l'hypothèse de la l'ouverture d'un nouveau droit suite à la suppression d'une rente. Toutefois, il découle de cette disposition que le législateur n'a pas voulu que l'on impute deux délais de carence dans une période de temps limitée de trois ans.

En second lieu, il sera relevé que le dossier n'est pas suffisamment instruit sur le plan professionnel. En effet, indépendamment de la nouvelle affection à la santé de la recourante, il sera relevé que l'avis du SMR du 27 mai 2010 (avis sur lequel la décision entreprise se fonde) atteste d'une incapacité de travail à 50% dans l'activité habituelle de caissière et d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le SMR a toutefois pris la peine de préciser que cette activité adaptée devait être traduite en termes de métier par les spécialistes en réadaptation. Il ne ressort toutefois pas du dossier que de tels spécialistes soient intervenus. Il ne ressort par ailleurs pas du dossier la moindre explication quant à ce que pourrait être une activité adaptée. Dans ces conditions, il n'est pas établi qu'il existe effectivement des activités adaptées entrant concrètement en ligne de compte.

c) Il se justifie ainsi de compléter l'instruction tant sur le plan médical que sur le plan professionnel. La Chambre des assurances sociales considère que l'OAI est mieux outillé pour ce faire, notamment sur le plan professionnel. A cela s'ajoute qu'un renvoi du dossier à l'intimé a l'avantage de ne pas priver les parties d'un degré de juridiction.

9. Le dossier sera ainsi renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction tant sur le plan médical que sur le plan professionnel, en vue de la traduction en termes de métier d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée.
10. Le recours sera ainsi partiellement admis.
11. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE du 27 octobre 2008.
4. Renvoie le dossier à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE pour complément d'instruction au sens des considérants.
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; 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

Isabelle CASTILLO

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