

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/498/2014

ATAS/566/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1978, séparée, mère de trois enfants nés en 2000, 2003 et 2005, au bénéfice d'un diplôme de secrétaire médicale, a travaillé en cette qualité du 1^{er} janvier 2003 au 21 juillet 2003, date à laquelle elle a cessé de travailler pour des raisons de maternité. Elle a repris une activité depuis le printemps 2004 comme secrétaire médicale temporaire jusqu'au 31 août 2004, puis à 50% du 1^{er} septembre 2004 jusqu'au 31 janvier 2006. L'assurée a ensuite bénéficié de l'aide de l'Hospice général.
2. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 26 juillet 2012, en raison d'une anorexie sévère depuis juillet 2005.
3. Dans une attestation du 17 juillet 2012, le docteur B_____, médecin psychiatre au centre de nutrition et psychothérapie (CCNP) à la clinique de Belmont, a certifié que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle à court ou moyen terme. En effet, la patiente est inscrite dans le programme d'hôpital de jour de la clinique Belmont à raison de trois journées par semaine avec un suivi médical et psychologique régulier. Cette prise en charge est indispensable actuellement et devra certainement se poursuivre pendant les prochains mois. Une reprise de son activité professionnelle n'est pas encore envisageable et ne sera possible qu'après une amélioration sensible des paramètres cliniques et psychologiques. Dans ce contexte, son incapacité à exercer un emploi sera probablement de plusieurs mois.
4. Dans son rapport médical à l'attention de l'OAI du 7 août 2012, le Dr B_____ a diagnostiqué une anorexie mentale (F50.0) depuis janvier 2008, avec un état anxio-dépressif associé. Il suivait la patiente en ambulatoire depuis le 16 juillet 2011 ; auparavant, depuis 2005, elle était suivie par le Dr C_____ (*recte* : D_____). Depuis le 18 juin 2012, elle bénéficiait d'une prise en charge par la clinique de jour de Belmont. La patiente était d'une maigreur extrême, avec un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 14. Elle présentait une asthénie et un état anxio-dépressif associé. L'incapacité de travail était de 100% depuis début 2010, pour une durée encore indéterminée.
5. Par courrier du 8 octobre 2012, l'assurée a communiqué à l'OAI copie d'un courrier adressé par sa mère au service des prestations complémentaires le 1^{er} octobre 2012, attestant que sa fille, totalement démunie, était venue s'installer chez elle pour quelque temps.
6. Par communication du 11 décembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé.
7. Dans un rapport complémentaire daté du 29 janvier 2013, le Dr B_____ a indiqué que la patiente était en hospitalisation de jour à la clinique de Belmont de janvier 2012 au 31 décembre 2012. La reprise de poids était très favorable depuis

novembre 2012 (de 26 à 36 kilos). Il y avait une amélioration physique et psychologique. Le pronostic était favorable au cours de l'année 2013 avec une stabilisation possible à terme. La patiente était au bénéfice d'un suivi psychothérapeutique individuel. Le maintien du cadre habituel devait encore se poursuivre plusieurs mois. En l'état, l'incapacité de travail restait à 100% pour une durée encore indéterminée.

8. Dans un rapport médical intermédiaire du 11 septembre 2013, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, qu'il y avait une stabilisation du poids dans la normale et que le diagnostic d'anorexie mentale n'est plus valide. Le pronostic était bon. Il y avait un retour à la normale depuis mai 2013.
9. Dans un document intitulé « informations complémentaires à la demande de prestations AI » de l'Hospice général, l'assurée a indiqué, le 15 octobre 2013, qu'elle était bénéficiaire de l'Hospice général depuis septembre 2012, que son dernier emploi de secrétaire médicale a été exercé à 50%, « taux donné par l'employeur », et qu'elle a cessé de travailler pour s'occuper de ses enfants en avril 2011. Selon le curriculum-vitae annexé, elle a travaillé en dernier lieu comme secrétaire médicale de juillet 2009 à avril 2011.
10. Par avis médical du 29 janvier 2013, le docteur E_____, médecin du service médical régional AI (SMR), a considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durable au sens de la LAI, en se fondant sur les rapports du Dr B_____.
11. Le 23 décembre 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité, motif pris qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.
12. Par courrier du 31 décembre 2013, l'assurée s'est opposée à cette décision relevant que si son anorexie s'est améliorée depuis quelque temps, elle reste très présente dans son quotidien. De plus, elle a engendré d'autres problèmes de santé qui ne lui permettent pas de reprendre une activité professionnelle. Elle demandait le réexamen de son dossier et indiquait que son médecin traitant, la doctoresse F_____ au groupe médical d'Onex, restait à disposition pour tout renseignement complémentaire.
13. Par courrier du 7 janvier 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui appartenait d'apporter les éléments médicaux probants susceptibles de relancer l'instruction médicale de son dossier.
14. Par décision du 13 février 2014, l'OAI a notifié à l'assurée sa décision de refus de rente d'invalidité, relevant que sa contestation ne comportait aucun élément médical probant lui permettant de modifier sa précédente appréciation.
15. Par acte du 17 février 2014, l'assurée interjette recours. Elle indique que s'il est vrai que son état de santé physique s'est amélioré depuis décembre 2012, son état anxio-dépressif, son manque de concentration, sa fragilité psychologique ainsi que la

grande faiblesse psychologique ne lui permettent pas de reprendre une activité professionnelle. Elle a communiqué une attestation médicale de son médecin traitant, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 14 février 2014, certifiant que sur le plan médical, elle est actuellement dans l'incapacité totale de reprendre le travail. La recourante indiquait que son médecin traitant, de même que son psychiatre, le Dr D_____, étaient tout à fait disposés à compléter les informations concernant son état de santé ainsi que de faire parvenir des rapports en cas de besoin.

16. Par réponse du 11 mars 2014, l'OAI relève qu'interrogé une première fois le 30 janvier 2013, le médecin traitant, le Dr B_____, a signalé une reprise de poids significative, mais que le diagnostic d'anorexie mentale restait valable. Réinterrogé le 13 septembre 2013, il a signalé une stabilisation du poids dans la norme et indiqué que le diagnostic d'anorexie mentale n'était plus d'actualité. Dès lors, faute d'atteinte à la santé invalidante, le droit aux prestations n'était pas ouvert. Pour le surplus, le certificat médical produit dans le cadre du présent recours n'est pas susceptible de modifier son appréciation dans la mesure où il ne contient aucun diagnostic, aucun argument à l'appui de l'affirmation selon laquelle l'incapacité de travail serait totale à ce jour.
17. Invitée à se déterminer, la recourante n'a pas déposé d'observations dans le délai imparti.
18. Sur quoi, 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; RS 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 13 février 2014, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI (4^{ème} et 5^{ème} révisions ainsi que révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement les 1^{er} janvier 2008 et 1^{er} janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (cf. art. 5 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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).

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 malade, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

-
6. En vertu des articles 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29^{ter} RAI).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

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 LPGGA), 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 outre, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

8. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les rapports médicaux du Dr B_____, a nié tout droit aux prestations en faveur de la recourante, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la LAI.

La chambre de céans relève que dans son rapport du 7 août 2012, le Dr B_____ a diagnostiqué une anorexie mentale depuis janvier 2008, avec un état anxio-

dépressif associé, en précisant qu'il suivait la patiente depuis le 16 juillet 2011. Il a par ailleurs attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis début 2010. Par la suite, il a indiqué que la recourante avait bénéficié d'une prise en charge par l'hôpital de jour de Belmont de janvier à décembre 2012, qu'il y avait eu une amélioration physique et psychologique, notamment une reprise de poids (de 26 à 36 kilos), que le pronostic était favorable au cours de l'année 2013 avec une stabilisation possible à terme, mais que le maintien du cadre habituel devait encore se poursuivre durant plusieurs mois, l'incapacité de travail demeurant de 100% pour une durée encore indéterminée (rapport du 29 janvier 2013). Dans son dernier rapport du 11 septembre 2013, le Dr B_____ indique que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, qu'il y avait une stabilisation du poids dans la normale, depuis mai 2013, et que le diagnostic d'anorexie mentale n'était plus valide.

Ainsi, si l'on se réfère aux rapports du Dr B_____, l'incapacité de travail a été totale depuis début 2010 jusqu'au mois de mai 2013 à tout le moins, soit durant plus de trois ans. L'intimé semble n'avoir pas tenu compte de ce qui précède et n'a quoi qu'il en soit rien expliqué à cet égard. La chambre de céans constate encore que la recourante a mentionné dans sa demande de prestations qu'elle souffrait d'anorexie sévère depuis juillet 2005 et que le Dr B_____ a indiqué qu'elle était suivie par le Dr D_____ depuis 2005. Quand bien même il a eu connaissance de ce fait, l'intimé n'a cependant requis aucun renseignement auprès de ce dernier, contrevenant ainsi à son obligation d'instruire la cause d'office.

De plus, la recourante a contesté le projet de refus de rente, en expliquant que si son état de santé s'était amélioré du point de vue physique, l'anorexie avait causé d'autres problèmes de santé qui ne lui permettaient pas de reprendre son activité professionnelle, pour lesquels la Dresse F_____ restait à disposition pour tout renseignement complémentaire. La recourante a d'ailleurs produit à l'appui de son recours une attestation de cette dernière certifiant qu'elle était dans l'incapacité totale de reprendre le travail et a précisé que tant la Dresse F_____ que son psychiatre, le Dr D_____, étaient disposés à compléter les informations concernant son état de santé.

Force est de constater que l'instruction du dossier est lacunaire, aussi bien du point de vue médical que sur le plan professionnel. On ignore notamment quelle a été la durée de la dernière activité exercée par la recourante, à quel taux, pour quels motifs elle a cessé cette activité et quelles ont été les incapacités de travail prescrites depuis l'apparition de sa maladie en 2005. En cas d'incapacité de travail durable, se posera également la question de la détermination du statut de la recourante, au regard de sa situation personnelle (séparée, avec trois enfants mineurs à charge).

En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les atteintes à la santé présentées par la recourante et leurs répercussions sur la capacité de travail.

9. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision de l'intimé annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
10. L'émolument, fixé à CHF 1'000.-, est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69al. 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 et annule la décision du 13 février 2014.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire su sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 1'000.- 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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