

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/655/2009

ATAS/932/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 2 juillet 2009**

En la cause

Madame D \_\_\_\_\_, domiciliée au Petit-Lancy, représentée par  
le CENTRE SOCIAL PROTESTANT

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 Luis ARIAS,  
Juges assesseurs**

---

Vu

la demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une rente, déposée le 21 février 2005 par D\_\_\_\_\_ (née en 1952, laborantine de formation, naturalisée en septembre 2006) ;

l'expertise du professeur L\_\_\_\_\_, médecin-chef à la consultation de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois, du 13 novembre 2002 (expertise mise en œuvre par l'assureur perte de gain en cas de maladie), ayant diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies apparues en 2001, une cervicobrachialgie droite depuis début 2002, une surcharge fonctionnelle avec signes de non-organicité ; sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité morbide (104 kg), depuis une dizaine d'années, une hypertension artérielle (entre 125/85 mmHg et 135/90 mmHg), une hypercholestérolémie, une parésie faciale droite transitoire, un adénome surrénalien gauche non sécrétant ;

les conclusions de cette expertise retenant une capacité de travail de 50%, (respectivement de 100%, d'ici 3 à 4 mois, avec les mesures médicales habituelles, un régime approprié et des exercices physiques réguliers) dans l'activité habituelle de repasseuse et nettoyeuse dans un pressing, et de 80% à 100% dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes et avec « *moins d'heures à passer debout* ») ; l'hypertension artérielle et l'obésité morbide « *devraient amener une certaine limitation dans les possibilités de travail* » ; des mesures de réadaptation professionnelle étaient raisonnablement exigibles immédiatement ;

le courrier du docteur M\_\_\_\_\_ (interniste-conseil de l'assurance collective perte de gain de l'employeur) du 31 janvier 2003, dans lequel celui-ci se rallie aux dites conclusions ;

le rapport du docteur N\_\_\_\_\_, généraliste traitant (depuis le 22 février 1996), du 28 juillet 2005, selon lequel la patiente présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle instable, une obésité morbide, des discopathies étagées C4-C7 et L3-L5 sur troubles dégénératifs, une lithiase rénale multiple et un état dépressif. Depuis le 10 février 2002, l'incapacité était totale dans l'activité habituelle, respectivement de 50% dans une activité adaptée (sans position assise supérieure à 3h ; sans position debout supérieure à 1-2 heures ; avec possibilité d'alterner les positions) ; la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales ; une activité de remplacement, éventuellement dans l'ancien métier de laborantine, était envisageable ;

la note manuscrite, non signée, apparemment datée du 24 novembre 2005, figurant sur le mandat du SMR du 21 novembre 2005, relevant que si « *l'assurée perdait du*

*poids, sa capacité de travail serait bien meilleure ! L'obésité n'est pas en charge de l'AI. Elle serait dépressive mais n'a pas de traitement ! » ;*

le rapport intermédiaire du docteur N\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2006, attestant que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire depuis 2002 et précisant par ailleurs que cette dernière avait un poids de 106,5 kg et une tension artérielle de 160/100 mmHg ;

le rapport du SMR du 9 novembre 2006, retenant une capacité de travail de 50% depuis février 2002 dans l'activité habituelle et de 80-100% dans une activité adaptée, et estimant par ailleurs que l'expertise du professeur L\_\_\_\_\_ était toujours d'actualité, dans la mesure où le docteur N\_\_\_\_\_ avait, d'une part, retenu les mêmes diagnostics que cet expert et où, d'autre part, le médecin traitant n'avait pas adressé sa patiente à un psychiatre, ni prescrit des antidépresseurs, ou aucun psychotrope, malgré l'état dépressif qu'il avait diagnostiqué ;

le courrier de l'assurée du 17 avril 2007 informant l'Office cantonal d'assurance invalidité (OCAI) de l'aggravation de son état de santé ;

le courrier du docteur N\_\_\_\_\_ du 19 avril 2007 informant cet office que l'état de santé de sa patiente n'était pas stabilisé, malgré le traitement médical, et qu'en raison de ses douleurs, celle-ci ne pouvait pas rester assise ou debout plus d'un ¼ d'heure et qu'une réadaptation professionnelle n'était plus envisageable ;

le rapport médical du docteur N\_\_\_\_\_ du 28 juin 2007 indiquant que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire, avec toutefois, parfois, des crises hypertensives ;

l'avis du SMR du 9 août 2007, selon lequel l'assurée n'avait pas présenté, depuis le précédent rapport du SMR du 9 novembre 2006, d'atteinte à la santé d'une durée et d'une gravité suffisantes pour justifier une diminution de la capacité de travail exigible et estimant, par ailleurs, que l'assurée pouvait être réadaptée dans une activité légère et sédentaire ;

le courrier du docteur N\_\_\_\_\_ du 23 août 2007 informant l'OCAI de l'existence de deux nouvelles pathologies, à savoir un diabète de type 2 et une toux chronique sur état allergique, avec bronchite hyperactive secondaire ;

le courrier de la Fondation Intégration pour Tous, du 20 août 2007, informant l'Office cantonal de l'emploi de la fermeture du dossier pour inadéquation de la mesure en raison de l'état de santé de l'assurée (fatigabilité importante ; nécessité de position alternée sous de très brefs délais) ;

le mandat de réadaptation du 26 octobre 2007, fondé sur un taux d'invalidité de 34% [revenu sans invalidité : 42'560 fr ; revenu avec invalidité ESS 2003 (recte :

2002) tableau TA 1 pour une femme, dans une activité de niveau 4 : 48'465 fr. indexé 2003 (taux de variation d'indice : 0.0141671) ; diminution de rendement de 20% ; abattement statistique de 10%] ;

la communication correspondante de l'OCAI à l'assurée du 26 octobre 2007 ;

le rapport médical intermédiaire du docteur N\_\_\_\_\_, du 30 janvier 2008, attestant que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis environ un an (diabète type 2 difficile à équilibrer avec état asthénique chronique ; péjoration de l'obésité (113 kg) ; l'état dépressif ne nécessitait pas de traitement « *psy.* » ; dans l'activité de blanchisseuse, la capacité de travail était nulle ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était « *éventuellement dans quelques mois à 50% (par exemple recyclée comme laborantine), mais j'ai des doutes (...)* » ;

l'avis du SMR du 28 mars 2008, selon lequel les deux nouvelles affections diagnostiquées (diabète de type II et toux chronique) n'entraînaient pas en soi d'incapacité de travail (durable) ; d'autre part, l'état dépressif ne nécessitait pas de traitement psychique, si bien que l'assurée ne présentait pas de maladie incapacitante sur le plan psychique ; ses diverses atteintes à la santé entraînaient « *une diminution* » de sa capacité de travail dans l'activité habituelle de blanchisseuse, mais dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 80% ;

le rapport médical intermédiaire du docteur N\_\_\_\_\_ du 25 juin 2008, attestant une aggravation de l'état de santé de sa patiente, des métrorragies sur polypes utérins depuis avril 2008 (hystérectomie prévue en septembre 2008) ; une hypertension artérielle toujours instable ; une reprise du travail dans une activité adaptée n'était plus envisageable ;

le rapport de réadaptation professionnelle du 30 juin 2008 clôturant le mandant de réadaptation en raison de l'état de santé non stabilisé de l'assurée ;

le projet de décision de l'OCAI du 4 juillet 2008, constatant que l'état de santé de l'intéressée ne permettait plus d'envisager des mesures d'ordre professionnel ;

l'avis du SMR du 22 juillet 2008, selon lequel des métrorragies n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable, cependant qu'une hystérectomie entraînait une incapacité de travail dans une activité adaptée de 4 semaines au maximum ;

la nouvelle détermination du degré d'invalidité à laquelle l'OCAI a procédé le 12 août 2008, fixé à 18,1% (compte tenu en particulier d'un taux modifié de l'indexation du revenu avec invalidité et de la suppression de la diminution de rendement de 20%) ;

le nouveau projet de décision de l'OCAI du 12 août 2008, prévoyant de refuser l'octroi d'une rente et d'un reclassement professionnel, compte tenu d'un taux d'invalidité insuffisant, et réservant la mise en œuvre éventuelle d'une aide au placement ;

le courrier du docteur N\_\_\_\_\_ du 20 août 2008, estimant que la capacité de travail de sa patiente était nulle, même dans une activité adaptée, étant donné les nombreuses pathologies dont elle souffrait, et indiquant par ailleurs que des investigations en endocrinologie et cardiologie étaient encore nécessaires ;

l'avis du SMR du 2 septembre 2008 relevant que, dans son certificat du 20 août 2008, le docteur N\_\_\_\_\_ avait rappelé les pathologies déjà connues, et estimant que son appréciation de l'incapacité de travail pouvait relever d'une empathie plus marquée pour sa patiente ;

la lettre de la Fondation Pro Infirmis du 10 septembre 2008 contestant, au nom de l'assurée, le projet de décision de l'OCAI du 12 août 2008, au motif qu'il se fondait essentiellement sur une expertise qui avait été réalisée par un rhumatologue (professeur L\_\_\_\_\_), alors que l'assurée souffrait de « *beaucoup d'autres problèmes de santé* » ;

l'avis médical du SMR du 8 décembre 2008 admettant une incapacité de travail de 50% comme blanchisseuse, mais une capacité de 80% dans un poste adapté (l'hystérocopie et l'endométrectomie pratiquées le 2 octobre 2008 ayant justifié au plus 14 jours de convalescence) ;

la décision de l'OCAI du 26 janvier 2009 (notifiée sous pli simple, et reçue le 29 janvier suivant) confirmant son refus d'octroyer une rente ou un reclassement professionnel ;

le recours déposé par l'assurée le 26 février 2009, concluant à l'octroi d'une rente entière, compte tenu en particulier d'une aggravation progressive de son état de santé, attestée par les différents certificats du docteur N\_\_\_\_\_ ;

le certificat du docteur N\_\_\_\_\_ du 18 février 2009 contestant les conclusions du « *rapport AI du 26 janvier 2009* », lequel s'appuyait en particulier sur les considérations du professeur L\_\_\_\_\_ « *se permettant de croire* » à une origine psychogène des différentes pathologies de sa patiente ; selon le médecin traitant, la tension artérielle était très difficile à équilibrer (160/110 mmHg), ce qui présentait un certain danger pour sa patiente, car elle avait déjà fait une attaque cérébrale temporaire en 2002 ; sa capacité de mouvement était diminuée en raison de son obésité morbide, qui s'était encore aggravée, et de discopathies étagées ; elle souffrait désormais d'un diabète de type 2, très difficile à équilibrer sous antidiabétiques oraux, ce qui occasionnait une asthénie chronique ; des investigations endocrinologiques étaient en cours aux H.U.G ; la patiente avait

refusé de prendre des antidépresseurs, car ce type de traitement risquait d'augmenter encore son obésité ; elle ne voulait pas voir de psychiatre, pour des raisons personnelles ; il était illusoire de vouloir faire reprendre à la patiente un travail, même à 50% ;

l'avis du SMR du 10 mars 2009, selon lequel le certificat du docteur N\_\_\_\_\_ n'apportait rien de nouveau ;

la réponse de l'OCAI du 20 mars 2009 concluant au rejet du recours, au motif notamment que les rapports du médecin traitant revêtaient une valeur probante moindre que l'expertise du professeur L\_\_\_\_\_, « *parti étant naturellement pris de sa patiente* » ; en outre, la dépression alléguée n'était pas démontrée, encore moins son caractère invalidant ; en tout état de cause, si la dépression de l'assurée était avérée, cette dernière n'avait pas entrepris tout ce qui était raisonnablement exigible d'elle pour réduire l'incapacité de travail qui en découlerait (médication et suivi thérapeutique inexistantes), au contraire de ce que prévoyait l'art. 7 LAI (obligation de réduire le dommage).

### **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 le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement ;

que, selon la jurisprudence, le juge 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.

qu'un 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3) ;

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, le docteur N\_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, a fait état d'une telle indication ;

qu'au demeurant, comme l'a relevé à juste titre ce dernier praticien, le professeur L\_\_\_\_\_ lui-même, dans son expertise du 13 novembre 2002, a semblé attribuer une origine psychogène à la symptomatologie présentée par la patiente (cf. le diagnostic de « *surcharge fonctionnelle avec signes de non-organicité* ») ;

qu'au surplus, une surcharge fonctionnelle peut justement s'expliquer par un état dépressif (comp. ATF du 25 juin 2007, I 138/07, 27 février 2009, C-3034/2006, § A) ;

qu'en outre, le docteur N\_\_\_\_\_ a expliqué, sans être contredit par l'office intimé, qu'un éventuel traitement antidépresseur risquait d'augmenter encore l'obésité de la patiente – élément qui rend a priori inexigible, de la part de cette dernière, de se soumettre à un traitement médical au sens où l'entend l'art. 7 al 2 let. d LAI ;

que, de surcroît, il y a lieu de relever que l'expertise (au demeurant uniquement rhumatologique) - sur laquelle l'OCAI s'est fondé dans la décision entreprise du 26 janvier 2009 et dont il a estimé, dans son préavis du 20 mars 2009, qu'elle revêtait (toujours) pleine valeur probante -, remonte à fin 2002. Or, depuis lors, le médecin traitant a certifié une détérioration de l'état de santé de sa patiente, de façon telle que des investigations pluridisciplinaires s'imposaient vu les antécédents de l'assurée, ce d'autant que le SMR n'a procédé à aucun examen clinique en l'espèce pour évaluer l'évolution de l'état de santé, en particulier du point de vue orthopédique ;

qu'à cela s'ajoute que l'expertise du professeur L\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2002 n'est pas exempte de toute contradiction, dans la mesure où ce dernier n'a pas exclu

que l'expertisée puisse recouvrer, à bref délai (3 ou 4 mois), une capacité de travail complète dans son activité habituelle, tout en retenant que celle-ci ne disposait plus que d'une capacité de travail de 80% (voire de 100%) dans une activité adaptée ;

qu'au demeurant, dans ladite expertise, le professeur L\_\_\_\_\_ ne s'est pas clairement prononcé sur l'intensité des diverses pathologies affectant l'assurée et n'a pas non plus motivé son point de vue selon lequel l'hypertension artérielle n'avait aucune incidence sur la capacité de travail (l'expert s'étant limité à cet égard à affirmer, de manière vague, que cette affection devrait « *amener une certaine limitation dans les possibilités de travail* ») ;

que le SMR n'a pas davantage motivé son point de vue, puisqu'il s'est borné à relever, dans son avis du 2 septembre 2008, que le docteur N\_\_\_\_\_, dans son certificat du 20 août 2008, avait rappelé des pathologies déjà connues, en particulier par l'expert précité ;

qu'il est par ailleurs a priori contradictoire, de la part de l'office intimé, d'admettre, d'un côté, que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas d'envisager des mesures d'ordre professionnel (cf. projet de décision de l'OCAI du 4 juillet 2008) et, de l'autre, de considérer que celle-ci est en mesure d'exercer une activité de remplacement à 80% ;

qu'enfin le Tribunal observera, à toutes fins utiles, que l'OCAI n'a pas justifié à satisfaction de droit la modification du taux d'invalidité initialement reconnu à l'intéressée dans sa détermination du 23 août 2007, soit un taux de 34%, donnant droit à des mesures de réadaptation, - mesures que cet office avait du reste initiées le 26 octobre suivant, avant d'y mettre fin, au vu, précisément, de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée ;

qu'en effet, dans sa nouvelle détermination du 12 août 2008, l'office intimé a ramené le taux d'invalidité à 18,1%, moyennant en particulier la suppression (non motivée) d'une diminution de rendement de 20% et une modification (erronée) du taux de variation de l'indice en 2003 ;

que, selon le tableau 1 relatif à l'année 2002, il faut en effet partir d'un gain déterminant de 3'820 fr. par mois pour des travaux simples et répétitifs (niveau 4) exercés par une femme, soit 45'840 fr. par an. Adapté à l'évolution des salaires pour l'année 2003 (La vie économique, 9/2005, p. 91, tableau B 10.3) et ajusté à une durée hebdomadaire usuelle de travail de 41,7 heures dans les entreprises cette même année (La vie économique, 9/2005, p. 90, tableau B 9.2), ledit gain s'élève à 48'465 fr. pour 2003 (ATF du 21 août 2007, I 797/06, consid. 6), et non à 48'579 fr. comme retenu dans le nouveau calcul du 12 août 2008 ;

que ce revenu d'invalidé de 48'465 fr. pour 2003 avait du reste été correctement calculé dans la première détermination du degré d'invalidité effectuée par l'OCAI le 23 août 2007 ;

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, dans les plus brefs délais, une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie/rhumatologie, psychiatrie) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), expertise visant en particulier à déterminer si l'intéressée possède, le cas échéant, les ressources psychiques nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (comp. ATF du 11 mai 2006, I 387/05) ;

que le recours étant partiellement admis, la recourante, représentée par un juriste du Centre social protestant, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; ATF 122 V 278, consid. 3e/aa) ;

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 26 janvier 2009 ;
3. Renvoie la cause au dit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
4. Dit que l'intimé versera à la recourante 1'500 fr. à titre de dépens ;
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI ;
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