

## **GE\_GERICHTE A/1802/2012 vom 30. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1802\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1802_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1802/2012 du 30 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE A/1802/2012 del 30 gennaio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Giovanni CURCIO recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1968, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1995. Dès août 2000, elle a travaillé comme femme de chambre à plein temps dans un hôtel. Dès le 22 janvier 2003, l'assurée a été en incapacité de travail totale. Elle a subi une ostéotomie péri-acétabulaire gauche le 3 juin 2003. En date du 15 janvier 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures de reclassement ou d'une rente. Le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine du sport et rééducation, a établi un rapport à l'attention de l'OAI le 11 février 2004, dans lequel il a posé le diagnostic de status post-ostéotomie péri-acétabulaire gauche pour dysplasie de la hanche entraînant une incapacité de travail totale dès le 22 janvier 2003. Selon ce praticien, l'état de santé de l'assurée s'améliorait. Le pronostic était favorable à moyen terme, sous réserve de l'activité à exercer. Il lui semblait en effet peu probable que l'activité de femme de chambre, laquelle entraînait de nombreuses flexions et extensions du tronc associées au port de charges ou à la montée et descente d'escaliers, puisse être reprise. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: une restriction du port de charges, de la montée et descente des escaliers, du travail en position fléchie du tronc et avec les membres inférieurs en charge. On pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité en position assise ou debout non prolongée respectant des limitations fonctionnelles décrites. Une telle activité pouvait être exercée huit heures par jour sans diminution de rendement. La capacité de travail de l'assurée pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées. Interrogé par l'OAI, l'employeur de l'assurée a indiqué dans le questionnaire du 1 er mars 2004 que cette dernière aurait réalisé un salaire mensuel de 3'330 fr. en 2004. Le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué dans son rapport du 6 avril 2004 que l'état de santé de l'assurée s'améliorait. Elle présentait encore des douleurs inguinales mais il y avait 80 % d'amélioration. Elle ne présentait plus de douleurs aiguës mais se plaignait de douleurs inguinales chroniques. Selon ce médecin, l'activité antérieure n'était plus exigible. L'assurée pouvait par contre exercer une activité adaptée, par exemple un travail de bureau, à plein temps sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: éviter la marche au-delà d'une heure, le port de charges de plus de 5 kg, le travail en hauteur ou sur une échelle et prévoir un changement de position toutes les demi-heures. La position assise était possible durant 4 heures par jour, la position debout une heure par jour. Selon ce praticien, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % dès février 2004 et

des mesures professionnelles étaient indiquées. Le 12 mai 2004, la Dresse Sylvie N\_\_\_\_\_, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (ci-après SMR), a constaté qu'au vu des appréciations des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, une activité adaptée était exigible à plein temps dès février 2004. Des mesures professionnelles devaient donc être mises en place rapidement s'il y avait lieu. Par certificat daté du 18 novembre 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'était plus en mesure de bénéficier de mesures professionnelles et que l'indication à une rente devait être discutée. Par décision du 9 décembre 2004, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE) a déclaré l'assurée inapte au placement en se fondant sur une incapacité de travail totale attestée par le Dr L\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 17 février 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis novembre 2004 avec cependant une très discrète amélioration sur le plan des douleurs. Les diagnostics n'avaient pas changé, il y avait une diminution des douleurs à la marche mais une limitation du périmètre de marche. La reprise d'une activité en tant que femme de chambre ne lui paraissait pas envisageable en raison des limitations fonctionnelles à la marche, à la station assise prolongée et à la montée et descente des escaliers. Quant à l'opportunité d'une autre profession, il convenait de l'envisager dans le cadre d'un reclassement par l'OAI. Il pensait cependant que les limitations fonctionnelles de l'assurée concernant les escaliers et la marche prolongée risquaient de compromettre toute autre activité professionnelle. Enfin, si l'OAI l'estimait utile, un examen complémentaire pouvait être effectué pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée. Dans un avis du 16 mars 2005, la Dresse N\_\_\_\_\_ a estimé qu'un examen complémentaire ne se justifiait pas, dès lors que la situation de l'assurée s'était plutôt améliorée selon le Dr L\_\_\_\_\_. Des mesures professionnelles devaient dès lors être mises en place rapidement. Dans son rapport du 11 avril 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis environ huit à douze mois. On notait cependant une amélioration des douleurs à la marche, avec persistance d'une boiterie et l'apparition de lombalgies liées à cette boiterie. Les limitations fonctionnelles observées étaient une diminution du périmètre de marche. L'assurée rencontrait des difficultés pour emprunter les escaliers ainsi que dans ses activités quotidiennes telles que l'habillage ou la toilette. Selon ce spécialiste, la capacité de travail de l'assurée était définitivement nulle dans son activité habituelle. Enfin, il pensait qu'un examen complémentaire pourrait être nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée. Par courrier du 29 mai 2006 adressé à l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée était toujours sans nouvelles concernant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Il a souligné que compte tenu de la situation, le versement d'une rente était plus adapté que l'octroi de mesures professionnelles. En date du 12 juin 2006, la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée. Se fondant sur le revenu tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004, Tableau 1, soit 46'716 fr., elle a estimé que l'assurée pourrait réaliser en 2004 un revenu annuel de 42'044 fr. après un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Comparant ce revenu à celui que l'assurée aurait réalisé dans son ancienne activité sans atteinte à la santé, soit 43'290 fr., il en résultait une perte de gain de 1'246 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 3%. Ainsi, toute activité légère et sédentaire, ne nécessitant pas de formation préalable, permettrait à l'assurée de compenser sa perte de gain. Par décision du 15 juin 2006, l'OAI a informé l'assurée que le droit au reclassement lui était nié. Il a considéré qu'à partir de février 2004, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité à dominante sédentaire, légère et avec horaires réguliers). La comparaison du revenu sans invalidité de 43'290 fr. et du revenu d'invalidité de 42'044 fr. fondé sur les salaires statistiques aboutissait à un degré d'invalidité de 2.88 %, insuffisant pour ouvrir le droit au reclassement. Sur demande écrite dûment motivée, une aide au placement pouvait être examinée. Dans un projet d'acceptation de rente également daté du 15 juin 2006, l'OAI a informé l'assurée que le droit à une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2004 lui était reconnu. Il ressortait des documents médicaux qu'elle avait été en incapacité de travail totale depuis le 22 janvier 2003. A partir de février 2004, sa capacité de travail était néanmoins entière dans une activité adaptée. En procédant à la comparaison des gains dès cette date, il en résultait un degré d'invalidité de 3 % ne donnant pas droit à une rente. L'OAI a précisé qu'une amélioration devait être prise en compte quand elle avait duré trois mois, raison pour laquelle la rente entière était en l'espèce supprimée dès le 1<sup>er</sup> mai 2004. En date du 7 juillet 2006, l'assurée a contesté ce projet en faisant valoir que son incapacité de travail totale perdurait. A l'appui de sa contestation, elle a notamment produit un certificat du 21 juin 2006 établi par le Dr L\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, l'assurée présentait depuis l'opération des douleurs invalidantes à la marche, limitant très nettement son périmètre de déplacement et l'obligeant à de très fréquentes périodes de repos. De plus, la station assise prolongée provoquait également des douleurs. S'agissant des plaintes, il signalait également la présence de cervico-dorsalgies consécutives à la marche avec boiterie liée à l'intervention chirurgicale, qui elles aussi limitaient les capacités fonctionnelles de l'assurée. Selon lui, à aucun moment la capacité de travail de l'assurée n'avait pu être de totale, même dans un poste sédentaire avec des horaires réguliers. Il avait tout au plus évoqué la possibilité d'un reclassement durant une période limitée lors de laquelle il avait observé une amélioration des plaintes, mais ce n'était désormais plus possible. Par conséquent, il estimait que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 27 ( recte : 22) janvier 2003. Le 10 novembre 2006, l'assurée a été examinée par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du SMR. Dans son rapport du 16 novembre 2006, le Dr O\_\_\_\_\_ a pris connaissance du dossier de l'assurée, établi son anamnèse et relaté ses plaintes comme suit. L'assurée disait avoir mal du bout du pied gauche jusqu'en haut de la tête, se plaignait de rachialgies diffuses et d'avoir en permanence les membres inférieur et supérieur gauches enflés. Elle avait aussi développé des douleurs à la hanche droite mais celles-ci s'étaient amendées après une infiltration. Les douleurs la réveillaient plusieurs fois par nuit et elle ne pouvait rester assise plus de 10 minutes. Après un examen clinique détaillé, l'expert a diagnostiqué une coxodynie bilatérale dans le cadre d'une dysplasie modérée de la hanche droite et d'une discrète coxarthrose gauche avec status satisfaisant après ostéotomie-péri-acétabulaire gauche (Q 65.8; M 16). Cette atteinte avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Elle souffrait également d'un syndrome douloureux de tout l'hémicorps gauche sans substrat organique et de rachialgies dans le cadre de très discrets troubles dégénératifs du rachis (M 54), mais sans répercussion sur sa capacité de travail. Le rhumatologue a relevé que l'assurée était très démonstrative, pleurant et criant. Elle ne s'était pas montrée collaborante, développant notamment une importante résistance volontaire à la mobilisation des diverses articulations. Dès son arrivée, l'assurée avait dit ne pas pouvoir bouger son bras gauche qu'elle avait gardé replié sur son ventre. Cependant, par la suite et par distraction, elle l'avait mobilisé jusqu'à 120° d'abduction en cours d'entretien. Par ailleurs, il notait au status une importante limitation de la mobilité cervicale et lombaire, mais il avait relevé la présence de tous les signes de non-organicité selon

Waddell sous forme d'une importante démonstrativité et d'une discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils. Le status neurologique était par ailleurs sans particularité hormis des lâchages antalgiques liés au manque de collaboration de l'assurée lors du testing musculaire des membres supérieur et inférieur gauches. La mobilité des articulations du membre supérieur gauche était bien conservée et il n'y avait pas de signe pour une arthropathie inflammatoire. Contrairement à ce que l'assurée déclarait, ni son membre supérieur gauche ni son membre inférieur gauche n'étaient enflés. L'examen de la mobilité des articulations des membres inférieurs avait été délicat en raison du manque de collaboration de l'assurée. Il convenait de relever aussi des douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie mais également des points de contrôle de l'hémicorps gauche. Dans ce contexte, le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu, le nombre de points douloureux de la fibromyalgie étant insuffisant et touchant également les points de contrôle. Ce syndrome douloureux diffus de l'hémicorps gauche n'avait pas de substrat organique, mis à part au niveau de la hanche gauche. Enfin, les examens radiologiques étaient rassurants. Au vu du caractère très démonstratif de l'assurée, il existait certainement un syndrome d'amplification des troubles. Au niveau rachidien, tous les signes de non-organicité selon Waddell étaient d'ailleurs également positifs. Le Dr O \_\_\_\_\_ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité d'alterner la position assise et la position debout 2 à 3 fois par heure; nécessité d'une activité sédentaire sans marche prolongée (inférieure à 30 minutes) et sans position statique debout prolongée, pas de port de charges ni de flexion antérieure répétitive du tronc. Selon ce spécialiste, l'incapacité de travail était totale dans l'activité de femme de chambre depuis janvier 2003. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail avait toujours été complète mis à part une période d'incapacité de travail en relation avec l'opération de la hanche, qui pouvait être estimée à six mois. L'expert s'écartait ainsi de l'évaluation du Dr L \_\_\_\_\_ qui estimait que l'assurée ne pouvait même pas effectuer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Selon lui, cette divergence s'expliquait probablement par la présence du syndrome d'amplification des troubles et du syndrome douloureux diffus sans substrat organique de l'hémicorps gauche. Le 11 janvier 2007, l'assurée a été examinée par le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du SMR. Dans son rapport du 22 janvier 2007, celui-ci a retracé l'anamnèse de l'assurée, qu'il a interrogée sur sa vie quotidienne et ses plaintes au plan psychiatrique. Elle signalait un trouble de l'endormissement traité par Rivotril® mais ne mentionnait ni thymie dépressive présente pendant une partie importante de la journée ni détresse causée par les douleurs et dominant son attention. Elle se plaignait principalement de douleurs de l'hémicorps gauche et de problèmes financiers. Ce spécialiste n'a relevé aucun ralentissement de la pensée ni trouble de la perception mentale ou de la concentration chez l'assurée. Son tempérament était plutôt vif, extraverti et sociable; l'humeur était normale, plutôt bonne et bien modulée. Elle n'avait manifesté aucune diminution du rendement ou de l'attention durant l'examen. La présentation des douleurs était démonstrative et ne correspondait souvent pas aux constats cliniques du Dr O \_\_\_\_\_. Le psychiatre a constaté la présence d'un vécu surinvesti de sa maladie en général et de ses douleurs en particulier. Dans ce contexte, il observait une attitude théâtrale, l'assurée devenant peu authentique et la présentation des douleurs n'arrivant pas à susciter la compassion. A deux reprises, elle s'était levée pour se soulager. Entre-temps, il y avait eu des périodes de 15 à 20 minutes pendant lesquelles elle ne transmettait aucun signe d'un vécu douloureux, ni par sa mimique, ni par sa posture. Il existait une discrédence entre une démarche évoquant des douleurs fort exprimées lorsqu'on demandait à l'assurée de

parler de ses douleurs et sa démarche qui n'était que légèrement atteinte si elle se croyait non observée. Après l'examen clinique, le Dr P \_\_\_\_\_ a écarté tout diagnostic psychiatrique portant atteinte à la capacité de travail de l'assurée. Il a en revanche retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques (F 68.0) mais sans répercussion sur la capacité de travail. Cette atteinte pouvait occasionner une souffrance psychique mais ne correspondait pas à une maladie invalidante. Le diagnostic de trouble somatoforme devait être écarté car les critères pour un tel diagnostic n'étaient pas présents. Le fait que le vécu douloureux ne domine pas l'attention de l'assurée pendant la plupart du temps se confirmait également dans sa vie quotidienne. L'assurée continuait d'avoir une vie sociale, avant tout avec les membres de sa famille, qui ne se distinguait guère de celle qu'elle avait avant la maladie. Elle était en effet en contacts fréquents et intensifs avec sa nombreuse parenté et on ne pouvait pas parler de retrait social. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était entière depuis toujours. Dans un avis du 30 janvier 2007, la Dresse N \_\_\_\_\_ a constaté que les deux examens effectués auprès du SMR confirmaient ses conclusions prises le 12 mai 2004. Le certificat d'incapacité de travail délivré par le médecin traitant ne se justifiait pas d'un point de vue médical. Selon elle, des mesures d'orientation professionnelle étaient justifiées mais le préjudice économique ne semblait pas ouvrir le droit à de telles mesures. Par décision du 21 juin 2007, l'OAI a écarté l'opposition. Il a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux termes des conclusions des experts et que le degré d'invalidité était de 3 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2004. Il a confirmé le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2004 et le refus de mesures d'ordre professionnel. L'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent, par acte du 21 août 2007 en se référant aux conclusions du Dr L \_\_\_\_\_. Elle s'appuyait également sur le rapport du Dr Q \_\_\_\_\_, médecin à l'unité de proctologie auprès des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) et a produit le rapport de ce médecin du 22 mai 2007, dont il ressortait qu'elle s'était présentée à plusieurs reprises aux urgences pour des troubles urinaires associés à des douleurs, des nausées et parfois des vomissements. Les douleurs faisaient penser à un névrome post-opératoire et à une hernie crurale. L'examen était cependant difficile, raison pour laquelle des examens radiologiques étaient nécessaires. Elle a également produit le rapport d'IRM réalisée le 5 juin 2007 par le Dr R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, qui a conclu à l'absence d'hernie et d'altération significative de la paroi abdominale, seuls des ganglions hypertrophiques à caractère inflammatoire du côté gauche étant observés. La Dresse N \_\_\_\_\_ s'est prononcée le 2 octobre 2007 sur ces éléments, retenant qu'ils ne révélaient pas une aggravation de l'état de santé ni une nouvelle atteinte. Le Dr Q \_\_\_\_\_ n'arrivait pas à mettre en évidence d'étiologie précise pour ces douleurs et les examens effectués n'avaient pas révélé de maladie. Les douleurs abdominales étaient vagues et sans substrat organique. Elles s'inscrivaient en conséquence dans le cadre d'un syndrome douloureux. Le Tribunal a entendu les parties lors d'une audience du 19 mars 2008. L'assurée a exposé que l'opération s'était bien passée, mais qu'elle avait eu six mois plus tard des douleurs, des gonflements ainsi qu'un manque de sensibilité dans le bras gauche. De plus, elle attendait des résultats d'examens médicaux complémentaires sur une éventuelle pose de prothèse de la hanche. La Dresse V \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une radiographie de la colonne et des IRM cervicale et lombaire le 20 mars 2008, lesquelles n'ont mis en évidence aucune anomalie objectivable, excepté des remaniements dégénératifs débutants des articulaires postérieurs

en L4-L5 et L5-S1. Un examen neurologique comprenant un électroneuromyographe (ENMG) pratiqué par le Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, en date du 20 mai 2008 s'est révélé normal, sans explication neurologique au tableau hyperalgique. Dans deux certificats établis le 26 mars et le 26 mai 2008, le Dr U \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a attesté d'une pathologie invalidante de la hanche irradiant dans l'hémicorps gauche, cette douleur rendant l'assurée inapte au travail, ainsi que de résultats d'IRM et d'électroneuromyographe normaux évoquant des troubles somasthésiques. Par arrêt du 26 novembre 2008 ( ATAS/1357/2008 ), le Tribunal a rejeté le recours. Il a reconnu une pleine valeur probante au rapport du Dr O \_\_\_\_\_. Les conclusions de cet expert correspondaient au demeurant à celles émises en avril 2004 par le Dr M \_\_\_\_\_. De plus, aucun élément ne permettait de les remettre en cause. Le Dr L \_\_\_\_\_ en particulier ne s'était pas formellement prononcé sur la capacité de travail résiduelle dans ses rapports de février et avril 2005, et son appréciation du 21 juin 2006 ne se fondait que sur les plaintes subjectives de l'assurée sans être étayée par des constatations cliniques objectives. Les Drs Q \_\_\_\_\_, R \_\_\_\_\_, T \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_ ne s'étaient quant à eux pas prononcés sur la capacité de travail de l'assurée et les conclusions du Dr U \_\_\_\_\_ n'étaient nullement motivées. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 13 décembre 2011, invoquant une complication à la hanche droite en 2011. Dans un rapport du 21 décembre 2011, le Dr U \_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation depuis le 21 juin 2007. Plusieurs facteurs cliniques le démontraient. Un diagnostic de dépression avait été posé par la Consultation de la douleur des HUG. Les douleurs avaient augmenté et l'assurée avait besoin de morphine depuis novembre 2008. Elle avait subi une infiltration de la hanche en septembre 2009. L'assurée se plaignait également de sa hanche droite, qui présentait une anomalie congénitale de type coxa profunda . L'assurée avait des douleurs plus importantes et marchait avec des cannes anglaises. Ce médecin a joint les éléments suivants à son rapport: courrier du 1 er juillet 2008 des Drs W \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ du Département de pharmacologie des HUG indiquant que l'assurée n'avait pu être retenue pour une étude clinique, son score de dépression à l'échelle de Beck étant de 37 sur 63, ce qui n'avait pas de valeur diagnostique mais était compatible avec un état dépressif sévère; rapport du 3 mars 2011 du Dr E \_\_\_\_\_ du Service de chirurgie orthopédique des HUG, notant un signe de Tinel positif en regard de l'épine iliaque antéro-supérieure autour de la cicatrice de l'ostéotomie évoquant un syndrome du nerf fémoro-cutané, qui pourrait éventuellement justifier une tentative de neurolyse ou de résection de ce nerf; rapport du 3 octobre 2011 du Dr E \_\_\_\_\_ soulignant l'absence de progression de la coxarthrose par rapport aux clichés précédents et un résultat favorable des séances d'ergothérapie et de désensibilisation entreprises pour le problème du nerf fémoral cutané latéral, séances qu'il y avait lieu de poursuivre; rapport de radiologie du 1 er décembre 2011 du Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, relevant un status après ostéotomie péri-acétabulaire pour probable dysplasie de la hanche à gauche et de coxa profunda du côté droit, aspect pouvant prédisposer au conflit fémoro-acétabulaire de type pincer. Dans son avis du 31 janvier 2012, le Dr G \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a rappelé les diagnostics des Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_. Il a considéré qu'il n'y avait pas d'élément nouveau démontrant une dégradation de l'état général et que le score à l'échelle de Beck n'avait pas de valeur diagnostique. Par projet de décision du 14 février 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il n'y avait pas d'élément nouveau et qu'il refusait d'entrer en matière sur sa demande. L'assurée a contesté ce projet par courrier du 13 mars 2012, qu'elle a complété par des observations du 30 avril 2012. Elle a invoqué une

aggravation de son état de santé tant aux plans somatique que psychique, rendue plausible par le certificat du Dr U \_\_\_\_\_ qui évoquait une aggravation en raison de l'augmentation des douleurs et de l'état dépressif. Elle souffrait de plus désormais d'une coxarthrose sévère ainsi que d'une coxa profunda, qui était une atteinte grave. Elle a invité l'OAI à instruire la demande de prestation et à reconnaître son droit à une rente d'invalidité. Elle a notamment joint à son courrier le rapport d'arthrographie et d'arthro-scanner du Dr R \_\_\_\_\_ du 2 mars 2010, concluant à un status post-dysplasie sévère de la hanche gauche et post-ostéotomie, à des signes de coxarthrose relativement avancée avec par endroits une mise à nu de l'os sous-chondral visible au niveau du toit du cotyle et à un status post-opératoire du labrum antérieur et un rapport d'infiltration sous ultrasons réalisée le 2 septembre 2009 par le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, après laquelle l'assurée avait été "presque libre de douleurs". L'assurée a déposé de nouvelles observations le 1<sup>er</sup> mai 2012, en soutenant que les faits nouveaux démontraient un taux d'invalidité manifestement supérieur à 40 %. Elle a produit un courrier du Dr U \_\_\_\_\_ du 23 avril 2012, qui reprenait les constatations du Dr E \_\_\_\_\_, signalait l'amélioration clinique des douleurs par le traitement antalgique et ergothérapeutique en soulignant que les examens radiologiques confirmaient la mauvaise évolution de sa hanche et que l'état douloureux chronique expliquait la nouvelle demande de prestations. Dans son avis du 4 mai 2012, le Dr G \_\_\_\_\_ a considéré que le certificat du Dr U \_\_\_\_\_ n'amenait aucun élément nouveau. Par décision du 9 mai 2012, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière. L'assurée a interjeté recours contre cette décision par acte du 12 juin 2012. Elle conclut, sous suite de dépens, préalablement à son audition et à l'audition du Dr U \_\_\_\_\_, et au fond à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle fait valoir que l'intimé ne se prononce pas sur ses observations, et reprend l'argumentation développée dans ses courriers du 30 avril et du 1<sup>er</sup> mai 2012, soutenant que les nouveaux rapports médicaux démontrent le caractère plausible d'une aggravation de son état de santé. Elle allègue que la Cour de céans doit reconnaître qu'elle est totalement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle et a ainsi droit à une rente entière d'invalidité. Dans sa réponse du 11 juillet 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Après avoir rappelé les dispositions légales et la jurisprudence applicables en matière de nouvelle demande, il rappelle les diagnostics posés par le Dr O \_\_\_\_\_ lors de son examen. Les nouveaux documents médicaux ont été soumis au SMR, qui a comparé les diagnostics retenus lors de la dernière décision aux nouveaux éléments rapportés par le Dr U \_\_\_\_\_ et conclu qu'une aggravation de l'état de santé n'était pas objectivée. Les douleurs aux deux hanches et la dysthymie sont identiques aux atteintes existant lors de la première demande et le signe de Tinel ne peut être assimilé à une atteinte. De plus, l'atteinte à la hanche droite, congénitale, n'est pas une nouvelle atteinte. Du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic de dépression n'a été posé et le score à l'échelle de Beck n'a pas de valeur diagnostique. L'intimé soutient qu'il dispose d'un certain pouvoir d'appréciation et que c'est à juste titre qu'il n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Il joint à son écriture l'avis établi le 11 juillet 2012 par le Dr I \_\_\_\_\_, médecin au SMR, qui expose que le Dr O \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une coxodynie bilatérale dans le cadre d'une dysplasie modérée de la hanche droite. L'atteinte de la hanche droite d'origine congénitale n'est dès lors pas nouvelle. Une augmentation du traitement antidouleur ne peut pas non plus être considérée comme le reflet d'une aggravation médicale, le trouble douloureux sans substrat organique la justifiant. Il est de plus inexact d'affirmer qu'un état réactionnel dépressif est clairement diagnostiqué,

contrairement à ce qu'affirme la recourante. En conclusion, il n'existe aucun argument médical nouveau. La Cour de céans a entendu les parties lors d'une audience qui s'est tenue le 26 septembre 2012. La recourante, par son mandataire, a confirmé avoir pris des conclusions sur le fond. Elle a déclaré qu'elle avait rendu plausible une aggravation de son état de santé. Ses problèmes de coxarthrose se sont aggravés, comme cela ressort du rapport du Dr U\_\_\_\_\_. Le Dr R\_\_\_\_\_ a en effet indiqué en mars 2010 un status sévère de la hanche gauche et le Dr F\_\_\_\_\_ évoque une coxa profunda, tandis que le SMR dans son avis du 31 janvier 2012 aurait évoqué une coxodynne modérée et une discrète coxarthrose à droite. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA) Le litige est limité au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurance. Les conclusions de la recourante sur le fond sont en revanche irrecevables. En effet, si l'intimé a bien soumis les pièces médicales produites par cette dernière à son service médical, l'examen du SMR s'est limité à déterminer si une aggravation de l'état de santé était rendue plausible de sorte qu'il n'y a pas eu d'examen sur le fond. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; ATFA non publié I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de

la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). Le certificat du Dr U\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2011 mentionne deux nouveaux éléments, soit un état dépressif et des douleurs de la hanche droite. Il se réfère s'agissant de l'état dépressif au score obtenu par la recourante à l'échelle de Beck relevé par les Drs W\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Ces médecins ont certes indiqué que ce score n'a en soi pas de valeur diagnostique, ce que le Dr G\_\_\_\_\_ a souligné dans son avis du 31 janvier 2012. Cela étant, si le test de Beck ne suffit pas à établir un diagnostic de dépression, il peut néanmoins être indicateur de l'existence d'une telle atteinte. Le SMR ne peut donc se prévaloir de l'absence de valeur probante de cette épreuve, étant rappelé que des indices quant à l'apparition d'affections nouvelles sont suffisants pour que l'intimé doive entrer en matière sur une nouvelle demande. Il n'est donc pas nécessaire que l'état dépressif soit clairement diagnostiqué. On ne peut pas non plus suivre l'intimé lorsqu'il affirme dans sa réponse du 11 juillet 2012 que la recourante aurait déjà présenté une dysthymie lors de l'examen par le psychiatre du SMR en janvier 2007. Le Dr P\_\_\_\_\_ n'a en effet nullement fait état d'un tel diagnostic, indiquant au contraire que l'humeur de la recourante était plutôt bonne et qu'elle n'avait pas de thymie dépressive pendant une majorité de la journée. Quant aux atteintes physiques, la Cour de céans relève que l'intimé ne s'est pas déterminé sur le syndrome du nerf fémoro-cutané diagnostiqué par le Dr E\_\_\_\_\_. Ce médecin a retenu ce diagnostic dans ses deux rapports établis à six mois d'intervalle et a noté en octobre 2011 que le traitement par ergothérapie avait amené de bons résultats mais qu'il devait se poursuivre, ce qui permet de supposer que cette affection persistait. L'intimé s'est contenté de souligner que le signe de Tinel n'est pas une atteinte, ce qui ne suffit pas à écarter le diagnostic que ce signe clinique concourt à révéler. S'agissant des problèmes de hanche de la recourante, l'arthrographie et l'arthro-scanner réalisés en mars 2010 par le Dr R\_\_\_\_\_ ont notamment mis en évidence des signes de coxarthrose relativement avancée. Or, dans son rapport de novembre 2006, l'expert du SMR n'avait diagnostiqué qu'une coxarthrose discrète. Il semble ainsi que ce trouble se soit aggravé depuis la dernière décision de l'intimé, ce qui pourrait expliquer l'augmentation des douleurs de la recourante. Quant aux douleurs à la hanche droite, il est inexact d'affirmer qu'elles existaient déjà lors de l'examen du Dr O\_\_\_\_\_. Ce spécialiste a en effet bien relevé dans son rapport que la recourante avait un temps souffert de douleurs dans cette articulation. Elle ne s'en plaignait toutefois plus au moment de l'expertise, ces douleurs ayant disparu après un traitement par infiltration. Compte tenu de ces éléments, il faut admettre que la recourante a rendu plausible une dégradation de son état de santé. Partant, l'intimé doit entrer en matière sur sa nouvelle demande et prendre les mesures d'instruction nécessaires. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis. La recourante a droit à une indemnité de dépens, qu'il convient en l'espèce de fixer à 1'250 fr. (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 9 mai 2012 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de 1'250 fr. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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 Isabelle CASTILLO La Présidente 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.