

# GE\_GERICHTE A/2664/2013 vom 8. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2664\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2664_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/2664/2013 du 8 octobre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/2664/2013 del 8 ottobre 2014

## Erwägungen

### E. 4

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée chez Mme B\_\_\_\_\_, à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1983, titulaire d'un certificat de capacité d'assistante d'hôtel obtenu en 2002, a notamment travaillé en qualité de serveuse de 2003 à 2007 et 2009 à 2010 puis de gouvernante de 2007 à 2008. D'octobre 2010 à septembre 2011, elle a été occupée en tant que gestionnaire en logistique dans le cadre de mesures cantonales du chômage. 2. En août 2002, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué une arthroscopie de la cheville gauche et procédé à l'ablation d'un conflit antérieur par tissu mou dans la gouttière péronéo-tibiale chez l'assurée, en raison d'une entorse survenue le 28 mars 2002. 3. Le 14 avril 2008, l'assurée a subi une stabilisation ligamento-capsulaire selon Broström-Gould de la cheville gauche, réalisée par les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison d'une instabilité chronique de la cheville gauche. 4. L'assurée a subi une neurolyse du nerf fibulaire superficiel ainsi qu'un traitement chirurgical du névrome, pratiqués le 12 octobre 2011 par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main. L'assurée se plaignait de décharges électriques au niveau de la cicatrice, avec une impossibilité de se chauffer. 5. Le 13 octobre 2011, la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pathologie, a diagnostiqué un névrome cicatriciel et une réaction gigantométabolique sur corps étrangers. 6. Le 20 janvier 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a signalé que les douleurs s'étaient améliorées depuis l'opération, malgré une persistance de l'hypersensibilité cutanée et une boiterie d'esquive. La station debout prolongée devait être évitée. 7. Selon les certificats établis par le Dr F\_\_\_\_\_ le 16 janvier et le 2 mars 2012, la capacité de travail était nulle dès le 12 octobre 2011, de 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2012 dans un poste adapté pour éviter la station debout prolongée, et complète dès le 5 mars 2012. 8. Le 2 mars 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a signalé au médecin-conseil de l'assurance-accidents que l'état de l'assurée était consolidé, avec des séquelles à déterminer. 9. Dans un rapport du 3 mars 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un névrome du nerf fibulaire de la cheville gauche avec des douleurs, une hypersensibilité cutanée et une boiterie. La capacité de travail était de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> février et complète dès le 5 mars 2012. La station debout était difficile. Il fallait s'attendre à un dommage permanent, notamment sous forme de douleurs. 10. L'assurée a fait l'objet d'une mesure d'observation auprès du Service de neuro-rééducation des HUG du 18 juin au 16 juillet 2012 à raison de 6 heures par jour. Dans leur rapport du 11 septembre 2012, le docteur H\_\_\_\_\_ et Monsieur I\_\_\_\_\_,

maître socio-professionnel, ont notamment indiqué dans l'anamnèse que l'assurée avait des entorses récidivantes depuis l'adolescence et qu'elle présentait d'importantes douleurs résiduelles à la jambe gauche ainsi qu'aux lombaires. L'assurée était volontaire, fiable et respectueuse des règles de travail. Dans l'activité de réfection des dossiers, elle ne présentait aucune limitation et avait un rendement supérieur aux exigences. Les activités manuelles étaient exécutées sans tremblement et avec beaucoup de finesse, et le niveau de dactylographie était exploitable. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux postures avec le tronc incliné en avant, et la station debout prolongée était mal tolérée. Assise, l'assurée présentait des douleurs à l'appui du fessier. Le pied enflait après deux heures en position statique. La boiterie était plus importante en fin de journée. Après 20 minutes, l'assurée avait des fourmillements et devait marcher quelques minutes. Elle peinait à porter des cartons de 5 kg et ses douleurs avaient augmenté au cours du stage. Au vu de ces éléments, l'assurée était en mesure de travailler dans le marché primaire à 50 %, ce qui lui laisserait le temps de soulager ses douleurs dorsales et de reposer sa jambe gauche. Le rapport précisait qu'aucune visite médicale n'avait été réalisée. 11.

L'assurance-accidents a confié une expertise à la Clinique CORELA. Le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rendu son rapport le 16 août 2012. Après avoir résumé son dossier médical, il a notamment relevé qu'une arthroscopie aurait été pratiquée pour l'ablation d'un kyste en 2003. L'expert a ensuite relaté l'anamnèse de l'assurée. Dans ce contexte, il a noté que le dossier médical relatif à l'entorse de la cheville survenue en mars 2002 mentionnait un état antérieur puisque cet événement était qualifié de récurrence par le chirurgien traitant. S'agissant des plaintes, elles n'avaient de répercussion que dans l'activité professionnelle. L'assurée était très gênée par des douleurs de la cheville gauche, avec parfois un œdème. L'expert a retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'entorse de la cheville gauche en mars 2002 ; de tendinopathie modérée des péroniers latéraux en 2002 ; de conflit antérieur par tissu mou dans la gouttière péronéo-tibiale avec synovite antérieure ; de laxité ligamentaire congénitale de la cheville ; d'instabilité chronique de la cheville avec entorses à répétition, de tendinopathie modérée des péroniers latéraux en 2007, actuellement en phase de rémission ; ainsi que de névrome cicatriciel et réaction gigantométabolique sur corps étrangers, en phase stable. Il a précisé que l'hyperlaxité ligamentaire était caractérisée par une insuffisance de tension des ligaments ou par leur élasticité excessive. Elle pouvait être secondaire à une entorse grave, ou congénitale comme dans le cas d'espèce. Le névrome cicatriciel était une cicatrice excessive douloureuse, se développant à l'extrémité du nerf ayant été irrité ou sectionné lors d'une cure chirurgicale. Habituellement, après excision d'un névrome, on pouvait considérer que 3 mois étaient suffisants pour pouvoir retrouver une capacité complète de travail. Ce diagnostic de névrome cicatriciel était en l'espèce en phase de maintenance car des douleurs persistaient. L'expert s'est également prononcé sur le rapport de causalité entre les diagnostics et l'événement survenu en 2002. L'examen clinique a révélé une petite boiterie, laquelle serait due à des douleurs de la fesse, de la face externe de la cuisse gauche et de la jambe homolatérale, avec irradiation au-dessus du pied. La marche sur les pointes et sur les talons n'était pas possible. L'accroupissement ne pouvait être effectué de façon complète en raison de douleurs de la face externe de la jambe, de la cuisse et du dos. La cicatrice à la face externe de la cheville gauche ainsi que la zone située en avant et en arrière du quart inférieur du péroné gauche étaient douloureuses à la palpation. Par ailleurs, la palpation d'une zone située à un cm en avant de la partie inférieure de la cicatrice déclenchait des décharges électriques dans les trois derniers orteils. L'examen physique des articulations et

des tendons des chevilles et des pieds était normal. Dans la discussion, le Dr J\_\_\_\_\_ a relevé que la laxité ligamentaire congénitale signifiait que les ligaments étaient anormalement longs et qu'il existait donc une souplesse et une mobilité importante au niveau de nombreuses articulations. Comme preuve de cette hyperlaxité, l'assurée montrait une flexion dorsale des métacarpophalangiennes des doigts de l'ordre de 80°, alors qu'elle n'est habituellement que de 0 à 10° en moyenne. De même, le pouce pouvait venir presque au contact du bord externe de l'avant-bras, ce qui traduisait une hyperlaxité ligamentaire. Du fait de cette hyperlaxité, il y avait eu des épisodes d'entorses à répétition de la cheville gauche, ayant entraîné un conflit antérieur de la cheville qui avait débouché sur une intervention chirurgicale par arthroscopie. Il semblerait que les premiers épisodes soient survenus vers l'âge de 10-12 ans et qu'il y aurait eu ensuite plusieurs événements, même si l'assurée ne s'en souvenait pas parfaitement. Il existait ainsi un état antérieur et l'hyperlaxité ligamentaire congénitale avait joué un rôle dans la survenance de l'entorse de la cheville gauche lors de l'événement du 28 mars 2002. Ensuite, une instabilité de cheville était apparue avec de nouveaux épisodes d'entorses externes survenus entre 2002 et 2007, sans qu'il soit possible de fixer les dates et fréquences rétroactivement. On pouvait donc considérer que l'entorse de la cheville gauche survenue en 2002 était accidentelle, intervenue sur un état constitutionnel et antérieur, tandis que les récurrences qui avaient persisté par la suite et l'instabilité chronique étaient en lien avec le contexte d'hyperlaxité ligamentaire et l'état antérieur. En effet, ces entorses avaient persisté après la levée du conflit antérieur, motivant une deuxième intervention chirurgicale de rétention du plan capsulo-ligamentaire externe. Du fait de ces entorses à répétition, les tendons péroniers étaient également très sollicités et ils avaient été le siège d'une tendinopathie modérée en 2002 puis 2007. C'était à la suite de cette deuxième intervention qu'était apparu un névrome sur le nerf fibulaire superficiel. Ce névrome avait nécessité une exérèse chirurgicale. Se référant à l'incapacité de travail retenue par le Dr F\_\_\_\_\_, l'expert a relevé que le port de chaussures suffisamment souples, évitant le contact avec la zone sensible, permettait habituellement une reprise de l'activité professionnelle dès 3 mois postopératoires, d'autant plus qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles significatives chez l'assurée. L'expert a par la suite souligné que la symptomatologie correspondant au névrome cicatriciel et à la réaction gigantométabolique sur corps étrangers pouvait persister pendant des années et que l'évolution devrait donc aller vers un état stationnaire. Il n'a retenu aucune limitation fonctionnelle propre à ces diagnostics. Quant à la capacité de travail, elle avait été nulle du 29 mars au 14 octobre 2002, du 29 janvier 2008 au 4 août 2008, et du 12 octobre 2011 au 12 janvier 2012. Elle était totale au plan horaire et du point de vue du rendement dans l'emploi de gouvernante d'étage dans l'hôtellerie et dans celui de contrôleur de stock depuis le 12 janvier 2012, soit 3 mois après la cure chirurgicale du névrome cicatriciel de la cheville gauche. En effet, il suffisait de trouver des chaussures suffisamment souples, n'entraînant pas de conflit avec la cicatrice où se trouvait le névrome. L'expert a ensuite relaté que l'assurée rapportait des manifestations douloureuses très particulières, lesquelles auraient démarré lors du début du stage de réadaptation deux semaines avant l'expertise. Il s'agissait de douleurs du membre inférieur gauche intéressant la cuisse, tantôt la face externe, tantôt la face postérieure, tantôt la face antérieure. Elles touchaient également la jambe, tantôt la face externe, tantôt la face postérieure, le pied gauche, tantôt la plante du pied, tantôt le dessus du pied, selon le moment de l'interrogatoire. Ces manifestations imposaient l'alternance des positions assise et debout. Elles survenaient aussi à la marche et en position assise prolongée. L'examen du rachis

cervical et dorso-lombaire ne révélait pas de points douloureux ou de contractures paravertébrales. Le rachis lombaire était souple. La pression de la sacro-iliaque gauche était alléguée douloureuse. Le reste de l'examen clinique était normal. L'expert a en particulier exclu une fibromyalgie et des signes de Waddell. Il n'a retenu aucun diagnostic en lien avec ces plaintes. En effet, les douleurs alléguées du membre inférieur gauche étaient totalement atypiques, tant par leur topographie que par le fait qu'elles n'étaient accompagnées d'aucun signe objectif. Ces manifestations douloureuses non systématisées, variables dans leur survenance et dans leur siège, ne s'accompagnant d'aucun argument objectif, ne correspondaient à aucun diagnostic bien précis et elles n'avaient aucune explication médicale. Ainsi, les éléments objectifs n'étaient pas significatifs et contrastaient avec l'importance des plaintes. En effet, il n'existait pas de points douloureux au niveau des épineuses lombaires ni au niveau des articulations intervertébrales lombaires, le rachis était totalement souple. Aucune anomalie neurologique n'était retrouvée au niveau des membres inférieurs en rapport avec une pathologie lombaire qui aurait pu être suspectée. Il n'y avait pas d'incapacité de travail de ce chef. L'expert a retenu à titre de facteurs non médicaux susceptibles d'inférer avec la capacité de travail une absence de futur poste de travail et une tendance à la majoration de la gêne fonctionnelle. Cette majoration pourrait compromettre la reprise d'un nouvel emploi. En effet, bien que des démarches pour une réadaptation professionnelle fussent en cours au moment de l'expertise, l'assurée avait signalé à l'expert qu'elle ne pouvait pas être occupée plus de trois heures par jour en raison des douleurs et d'œdèmes de la cheville. En conclusion, l'expert a répété que l'assurée présentait des douleurs persistantes de la malléole externe gauche en rapport avec le névrome, et que les manifestations cliniques en lien avec ce diagnostic pouvaient durer pendant de très nombreuses années. On pouvait toutefois habituellement considérer que trois mois étaient suffisants après l'exérèse d'un névrome pour retrouver une capacité complète de travail, d'autant plus que l'assurée ne présentait pas de limitations de mouvements, la petite boiterie à la marche étant plus liée à un contexte d'amplification des plaintes qu'au névrome cicatriciel de la cheville gauche, dans un contexte de douleurs mal systématisées au membre inférieur gauche, sans explications organiques probantes. 12. Par décision du 19 octobre 2012, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) a considéré que l'assurée n'était apte au placement sur le marché ordinaire du travail qu'à raison de 50 % dès le 12 septembre 2012, eu égard aux importantes limitations concernant les postures retenues par les médecins. 13. Le 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'assurée, représentée par le Service des affaires sociales de la ville de Carouge, a adressé à l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce. Elle a fait état d'une incapacité de travail depuis le 28 mars 2002, date à laquelle elle avait subi un accident. 14. Lors de l'entretien avec l'OAI du 28 novembre 2012, l'assurée a indiqué qu'elle avait eu un accident en 2002. Elle s'était tordu la cheville en marchant et avait subi trois interventions depuis. Elle ne pouvait travailler en position debout ou assise prolongée. Elle avait subi une opération en octobre 2011. Elle avait été inscrite au chômage à 50 % dès mars 2012 et à 100 % depuis fin mars 2012. Elle souhaitait une aide dans sa réinsertion professionnelle. 15. Dans un rapport reçu le 4 janvier 2013 par l'OAI, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un névrome post traumatique à la suite d'une ligamentoplastie de la cheville gauche. L'assurée présentait des douleurs et une hypersensibilité cutanée. Le pronostic était peu favorable. L'incapacité de travail en tant qu'assistante d'hôtel était complète en raison des douleurs et de la position debout difficile. Cette activité n'était plus exigible et le rendement était réduit du fait de la station debout. Une alternance des

positions assise et debout permettrait de diminuer les douleurs. On pouvait s'attendre à une amélioration de 50 % de la capacité de travail, le Dr F\_\_\_\_\_ n'ayant pas précisé à quelle date. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu la nécessité d'alterner les positions. Les activités exercées principalement en marchant, en se penchant, sur des échelles, des échafaudages, en montant les escaliers étaient exclues. La résistance était limitée en raison de la fatigabilité. ![/endif]>![if> 16. Dans son avis du 23 avril 2013, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu une capacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a relevé qu'à la suite de la troisième intervention, l'incapacité de travail avait duré du 12 novembre 2011 au 5 mars 2012, date à laquelle l'état était considéré comme consolidé par le médecin traitant. ![/endif]>![if> 17. L'OAI a fait parvenir un projet de décision à l'assurée en date du 7 mai 2013, rejetant sa demande au motif qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail entière dans toute activité depuis le 6 mars 2012. ![/endif]>![if> 18. Par décision du 17 juin 2013, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. ![/endif]>![if> 19. A la même date, l'assurée a contesté la teneur du projet de l'OAI. Elle a soutenu que l'expertise réalisée par la clinique CORELA ne remplissait pas les critères requis pour se voir accorder valeur probante. Elle n'était plus en mesure d'exercer son activité de gouvernante d'étage et concluait à l'octroi de mesures de réadaptation. ![/endif]>![if> 20. Par arrêt du 26 juin 2013 ( ATAS/636/2013 ), rendu dans le cadre de la procédure opposant l'assurée à l'OCE, la Cour de céans a relevé que ce dernier avait admis dans son écriture du 12 juin 2013 qu'au vu des rapports médicaux contenus dans le dossier de l'OAI, l'aptitude au placement de la recourante devait être reconnue dès le 12 septembre 2012 compte tenu d'une perte d'emploi de 100 %. La Cour de céans s'est ralliée à cette analyse, en rappelant que lorsque l'assuré a introduit une demande de prestations d'invalidité sur laquelle l'autorité compétente n'a pas encore statué, l'aptitude au placement ne peut être niée que si l'assuré est manifestement inapte au placement ou qu'il n'est pas suffisamment disposé à être placé. Elle a constaté que l'assurée était apte au placement à 100 % au-delà du 12 septembre 2012. ![/endif]>![if> 21. Par écriture du 19 août 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à la reconnaissance de son droit à des mesures de réadaptation, et au renvoi à l'intimé pour instruction sur le droit aux prestations en matière de réadaptation, subsidiairement au droit à la rente. Elle a soutenu que l'expertise réalisée par le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas valeur probante. En premier lieu, il était contesté que ce médecin remplisse les exigences de formation professionnelle pour réaliser une expertise en Suisse. En effet, les médecins des assurances devaient avoir des connaissances dans ce domaine et la formation des experts certifiés prévoyait des interventions en relation avec les notions juridiques en matière d'assurances sociales. Or, le Dr J\_\_\_\_\_ ne faisait valoir aucune formation spécifique dans le domaine des assurances sociales suisses. La recourante a allégué que le diagnostic d'hyperlaxité ligamentaire congénitale, permettant de contester l'origine accidentelle du trouble, ne résistait pas à l'examen et était révélateur de la manière orientée dont l'expert s'acquittait de sa mission. Le dossier ne contenait en effet aucun élément médical antérieur à l'évènement de 2002. La recourante s'est référée aux documents médicaux en contestant présenter une laxité ligamentaire congénitale. Elle a soutenu que c'était « au forceps » que l'expert l'avait conduite à reconnaître qu'elle s'était parfois tordu la cheville entre 10 et 12 ans, ce qui était parfaitement courant à cet âge. Elle a également nié une majoration de la gêne fonctionnelle de la cheville gauche, le rapport d'observation des HUG soulignant son caractère volontaire et son rendement. Du reste, son médecin traitant avait émis un certificat de reprise à 100 %

dès le 2 mars 2012 dans une activité adaptée, en accord avec elle. Il était ainsi inconcevable qu'elle ait pu déclarer être limitée dans une activité à 3 heures par jour. Le rapport d'observation des HUG l'emportait sur le rapport biaisé de la clinique CORELA, qui ne correspondait pas aux exigences jurisprudentielles en matière d'expertises. La recourante souffrant de limitations fonctionnelles importantes lui interdisant d'exercer l'activité professionnelle à laquelle elle avait été formée, l'intimé se devait d'examiner son droit aux mesures de réadaptation. En s'abstenant d'instruire ce point, il avait commis un déni de justice. Les mesures entrant en considération comprenaient notamment le reclassement. Il y aurait lieu de tenir compte du fait que le dernier revenu réalisé était nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité, et que la recourante n'entendait pas se contenter d'un tel revenu. Le droit à la rente devrait être examiné en cas d'échec des mesures de réadaptation. ![/endif]>![if> 22. Dans sa réponse du 14 octobre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a allégué que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante dans la mesure où il comprenait tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence. La recourante n'amenait aucun élément susceptible de remettre en cause cette expertise. L'hyperlaxité ligamentaire retenue par l'expert ressortait également d'autres pièces du dossier, notamment le protocole opératoire du 14 avril 2008. Le rapport d'observation des HUG mentionnait aussi des entorses récidivantes. Ainsi, les appréciations de l'expert étaient corroborées par les éléments figurant au dossier. La situation médicale avait ainsi été parfaitement élucidée. La recourante disposant d'une capacité de travail complète dans son activité habituelle, il était manifeste qu'elle n'avait pas droit à des mesures de réadaptation. ![/endif]>![if> 23. Par écriture spontanée du 22 novembre 2013, la recourante a requis sa comparution personnelle, des enquêtes et cas échéant une expertise judiciaire. Elle a indiqué qu'elle était suivie désormais par le docteur L\_\_\_\_\_, dont elle sollicitait l'audition afin de déterminer ses limitations fonctionnelles. Elle entendait en outre s'adresser à un neurologue. Elle a derechef contesté la valeur probante de l'expertise de la clinique CORELA et requis l'audition du Dr J\_\_\_\_\_. ![/endif]>![if> 24. Le 18 décembre 2013, la recourante a transmis à la Cour de céans un rapport du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Ce médecin a notamment indiqué dans l'anamnèse que la recourante présentait des douleurs de la région antéro-externe de la cheville gauche malgré l'intervention d'octobre 2011, auxquelles s'ajoutaient des douleurs irradiant jusque dans la hanche gauche, pouvant avoir un caractère de décharge. Après examen, le neurologue a conclu à un examen neurologique normal, hormis des dysesthésies locales et des troubles de la sensibilité dans la partie externe du pied gauche, et possiblement dans une moindre mesure la partie externe de la jambe et de la cuisse gauches. Il y avait des douleurs à la palpation de la hanche et de la fesse, sans signe de Lasègue. Le Dr M\_\_\_\_\_ considérait qu'il y avait deux problèmes séparés : le premier sous forme de douleurs neurogènes au niveau de la cheville gauche, le second au niveau de la hanche gauche, qui paraissait être plus vraisemblablement d'ordre musculo-squelettique que neurologique. Il avait proposé une augmentation du Lyrica® pour le contrôle des douleurs neurogènes. ![/endif]>![if> 25. La Cour de céans a entendu les parties le 29 janvier 2014. ![/endif]>![if> La recourante a indiqué qu'elle avait également interjeté recours contre la décision de l'assurance-accidents niant son droit aux prestations. Elle a affirmé que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Elle n'avait pas tenté de reprendre le travail dans l'hôtellerie. Elle avait fait des recherches d'emploi dans le domaine hôtelier mais n'avait rien trouvé. Par la suite, elle avait diversifié ses recherches d'emploi, sans succès à ce jour. Le Dr L\_\_\_\_\_ a également été entendu. Le témoin a déclaré suivre la recourante depuis le mois de novembre

2013. Parmi ses plaintes figuraient au premier plan les douleurs au membre inférieur gauche, invalidantes, avec la crainte de ne pas trouver d'emploi. Le témoin avait constaté un œdème au niveau de la malléole externe gauche. La palpation de la zone cicatricielle était douloureuse dans les 10 cm autour de la cicatrice. Les douleurs étaient de type dysesthésique, de type neurogène. On constatait cet élément à la palpation, extrêmement algique. Le point douloureux n'était pas le même à chaque fois. Le témoin avait notamment adressé la recourante au docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier avait considéré que des investigations complémentaires étaient nécessaires et fait pratiquer des examens radiologiques. Les résultats n'étaient pas encore disponibles. A la palpation, le Dr N\_\_\_\_\_ avait constaté des douleurs, attribuées jusqu'à preuve du contraire à un corps étranger. Le témoin a précisé qu'il avait constaté que la recourante souffrait et avait vu qu'elle boitait. Compte tenu de ses douleurs, il semblait difficile pour elle d'exercer son ancien métier de gouvernante d'hôtel à plein temps. Le traitement des douleurs neurogènes était difficile, car il nécessitait l'administration de médicaments entraînant des effets secondaires tels que problèmes gastro-intestinaux et maux de tête, donnés aux patients épileptiques. Un premier traitement avait dû être interrompu en raison des effets secondaires et un second traitement avait été proposé par le Dr M\_\_\_\_\_, mais pas encore instauré. 26. La Cour de céans a entendu le Dr J\_\_\_\_\_ le 28 février 2014. Ce dernier a indiqué fonctionner comme expert auprès de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, en France, depuis 30 ans. Il réalisait également en toute indépendance des expertises pour la clinique CORELA depuis trois ou quatre ans. Il était au bénéfice d'un arrêté l'autorisant à pratiquer la médecine sur le canton de Genève. La clinique CORELA dispensait des formations internes concernant le système de sécurité sociale en Suisse. Le témoin a confirmé le diagnostic d'hyperlaxité ligamentaire congénitale, en précisant qu'il n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. Il a ajouté que la cure chirurgicale du névrome d'octobre 2011 avait amélioré la situation. Elle avait pour but de soulager la douleur et dans le cas présent, au bout de 3 mois, la situation devait être définitivement stabilisée. Cela étant, en cas de névrome, la situation pouvait également mettre 3 ans à se rétablir, en raison d'un fond douloureux, de décharges électriques. Ces symptômes étaient toutefois subjectifs car il n'y avait rien pour les quantifier. En l'occurrence, l'intervention avait été pratiquée par un chirurgien spécialisé et était une réussite selon le compte-rendu opératoire. Le Dr J\_\_\_\_\_ a confirmé que la recourante lui avait déclaré qu'elle ne pouvait pas travailler plus de 3 heures par jour. Il a indiqué que celle-ci avait été hospitalisée pour des douleurs totalement inexplicables en 2002. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait pratiqué à l'époque un scanner, une IRM et un électroneuromyogramme et il n'avait pas pu poser un diagnostic. C'était des douleurs et des fourmillements. Après 2008, postérieurement à la seconde intervention, un névrome avait été évoqué. Lorsque le Dr J\_\_\_\_\_ avait examiné la recourante en 2012, elle présentait les mêmes symptômes que ceux évoqués en 2002, à savoir des douleurs du membre inférieur gauche. Il n'avait pas pu poser de diagnostic précis, hormis celui d'hyperlaxité ligamentaire congénitale. Dans un tel cas, les patients pouvaient être sujets à des entorses. Dans le cas particulier, la recourante avait subi une première entorse vers l'âge de 10-12 ans. Or, une première entorse non traitée correctement était susceptible d'entraîner en sus de l'hyperlaxité un défaut de cicatrisation ligamentaire, avec pour conséquence une instabilité qui pouvait devenir chronique. C'était le cas de la recourante. Cette instabilité avait été traitée par la deuxième intervention de 2008. Au moment de l'expertise, il n'y avait plus de laxité au niveau de la cheville gauche et le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas constaté d'œdème. L'instabilité était un symptôme fonctionnel

(cheville qui lâche). Selon la science médicale et les statistiques, dans le cas du névrome, dans l'immense majorité des cas, les douleurs disparaissaient dans les 3 ans. Il était possible que la recourante ressente des douleurs dans l'exercice de sa profession. La marche, la station debout, les positions d'accroupissement, d'agenouillement, pourraient favoriser l'apparition de douleurs. En cas de persistance des douleurs, des médicaments, des patchs ou des infiltrations étaient possibles. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas constaté la présence de matériel d'ostéosynthèse à la palpation. 27. Le 21 mars 2014, la recourante a produit un rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 25 février 2014. Elle a allégué que ce rapport contredisait clairement l'expertise réalisée par le Dr J\_\_\_\_\_. Il y avait ainsi lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour poursuivre l'instruction.![endif]>![if> Dans le rapport joint, le Dr N\_\_\_\_\_ a signalé que la douleur à la cheville gauche, très élective et ponctuelle, correspondait à son avis à une proéminence d'une des ancrs, soit à une irritation due à un nœud de fil non résorbable en regard de cette ancre. Ce point était très clairement palpable et semblait vraiment correspondre à la grande majorité des douleurs que ressentait la recourante au niveau de la cheville gauche. Elle se plaignait également de lombosciatalgies gauches avec une irritation de type sciatalgique lors de l'élévation du membre inférieur gauche à 60°. Une IRM réalisée le 28 janvier 2014 avait conclu à une dégénérescence discale L4-L5/L5-S1 avec un bombement postérieur sans vraie hernie discale. Les radiographies de la cheville ne mettaient pas de pathologie spécifique en évidence, hormis les deux ancrs métalliques semblant être à fleur de l'os. Les diagnostics retenus étaient ceux de paresthésie/dysesthésie persistante de la malléole externe, actuellement bien tolérée ; de présence d'un conflit du matériel d'ostéosynthèse de la plastie de la cheville ; de petite irritation bénigne par intermittence avec dégénérescence discale L4-L5/L5-S1 au niveau lombaire, qui pouvait être traitée par des séances de physiothérapie simple et rééducation du dos. Le Dr N\_\_\_\_\_ était d'avis qu'il faudrait réintervenir sur la cheville de la recourante, avec excision du nœud ou de l'ancre. La reprise du travail en tant que gouvernante devait être possible une fois le problème de la cheville gauche résolu. Une reconversion professionnelle ne semblait pas indispensable, sauf si l'activité de gouvernante impliquait le port de lourdes charges, ce qui serait contre-indiqué au vu des problèmes de disques intervertébraux. 28. L'intimé s'est déterminé le 13 mai 2014 en persistant dans ses conclusions. Il s'est rallié à l'avis du SMR du 1 er mai 2014, joint à son écriture.![endif]>![if> Dans ce document, le Dr K\_\_\_\_\_ a relevé que l'intervention préconisée par le Dr N\_\_\_\_\_ générerait une incapacité totale limitée dans le temps. De plus, ce chirurgien ne considérait pas qu'une reconversion fût indispensable. Partant, les conclusions du SMR selon lesquelles il n'y avait pas d'incapacité durable et la recourante était capable de travailler comme gouvernante, étaient maintenues. 29. Dans ses observations du 4 juin 2014, la recourante a allégué que l'analyse que le SMR faisait de l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ était insoutenable. En effet, ce dernier ne prétendait pas qu'elle fût en mesure de reprendre son activité de gouvernante, puisqu'une nouvelle intervention sur sa cheville était nécessaire. Il n'était pas garanti qu'elle puisse reprendre sa profession après cette intervention. Un stage dans un centre d'observation s'imposait à ce stade. Dans l'intervalle, la recourante avait droit à des prestations compte tenu de son incapacité de travail durable. Elle persistait dès lors dans ses conclusions.![endif]>![if> 30. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 5 juin 2014. ![endif]>![if> 31. Par arrêt du 23 juillet 2014 ( ATAS/879/2014 ), la Cour de céans a rejeté le recours interjeté par la recourante à l'encontre de la décision de l'assurance-accident, selon laquelle l'événement du 28 mars 2002 n'était pas dû à une cause extérieure extraordinaire et ne pouvait être qualifié d'accident et soutenant que même si tel

avait été le cas, le droit au traitement médical se serait éteint le 14 octobre 2002. [endif]> [if> La Cour de céans a en substance confirmé que l'assurée n'avait pas subi d'accident au sens légal du terme en mars 2002. Elle a ajouté que le lien de causalité entre l'événement du 28 mars 2002 et le névrome dont souffrait la recourante devrait quoi qu'il en soit être nié, eu égard à l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. 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 - 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). [endif]> [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en force le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. [endif]> [if> 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). [endif]> [if> 4. Le recours porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, en particulier des mesures d'ordre professionnel. [endif]> [if> En revanche, l'éventuel lien de causalité entre les troubles actuels de la recourante et l'accident de 2002 est sans pertinence en matière d'assurance-invalidité, si bien qu'il n'a pas à être examiné dans la présente procédure. 5. Il sied en préambule de rappeler que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas des branches d'assurance complémentaires, ce qui aurait pour conséquence qu'un assuré exclu de l'une d'elles pourrait dans tous les cas toucher les prestations de l'autre. Les décisions de l'assurance-invalidité, respectivement de l'assurance-chômage n'ont aucun effet obligatoire pour l'autre assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6). Partant, l'admission de la pleine aptitude au placement au sens de l'art. 15 de la loi sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI ; RS 837.0) n'a pas nécessairement pour conséquence qu'une capacité de travail complète doive être reconnue à la recourante. [endif]> [if> 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). [endif]> [if> 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 (Ulrich

MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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. Conformément à l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. 8. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2 et 3.4). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) 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 LPG), 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 cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. Il convient en premier lieu de déterminer si l'expertise réalisée par le Dr J\_\_\_\_\_ a valeur probante. Au plan formel, elle correspond pour l'essentiel aux critères dégagés par le Tribunal fédéral. Elle contient en effet une anamnèse, un résumé du dossier médical, les constatations ressortant de l'examen médical ainsi que des diagnostics et des conclusions sur la capacité de travail. La Cour de céans a ainsi admis que cette expertise avait valeur probante, se référant cependant avant tout aux explications de l'expert sur la causalité naturelle et adéquate de la recourante avec l'événement du 28 mars 2002. Si cette expertise permettait de sceller le sort des prétentions de la recourante à l'encontre de l'assurance-accidents, il faut néanmoins souligner que le Dr J\_\_\_\_\_ a écarté tout diagnostic en lien avec les douleurs dans le membre inférieur gauche. L'expert se borne sur ce point à noter que les douleurs ne sont pas accompagnées de signes objectifs et n'ont aucune explication médicale. Or, aucun examen complémentaire permettant de déterminer l'origine de ces douleurs n'a été réalisé dans le cadre de l'expertise. Si l'expert, mandaté par l'assurance-accidents, pouvait dans ce contexte se contenter d'un examen superficiel dès

lors que ces plaintes n'étaient selon toute vraisemblance pas en lien avec l'événement survenu en 2002, il n'en va pas de même de l'intimé. Ce dernier aurait dû compléter l'instruction s'agissant de cette atteinte, avant d'évaluer cas échéant ses répercussions sur la capacité de travail et de gain de la recourante. On ajoutera d'ailleurs qu'une dégénérescence discale aurait été mise en évidence selon les indications données par le Dr N\_\_\_\_\_, ce qui pourrait expliquer les douleurs de la recourante et entraîner des limitations fonctionnelles. Eu égard à cet élément, l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ est insuffisante pour nier le droit à des prestations d'invalidité. Quant aux rapports émanant des autres médecins, ils ne revêtent pas non plus une pleine valeur probante dès lors qu'ils ne satisfont pas formellement aux réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut. S'agissant en particulier de l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 23 avril 2013, on notera qu'il s'écarte de l'estimation de la capacité de travail selon l'expert, puisqu'il admet une reprise non pas le 12 janvier mais le 5 mars 2012, conformément aux certificats du Dr F\_\_\_\_\_. Cela étant, le critère sur lequel il se fonde, soit la stabilisation de l'état de santé à cette date, est pertinent en assurance-accident puisqu'il marque la fin du droit aux indemnités journalières et cas échéant le passage à une rente, conformément à l'art. 19 al. 1 de la loi sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il n'implique cependant pas nécessairement un rétablissement de la capacité de travail ou de gain et n'a ainsi pas de portée propre dans l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence, lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'elle est justifiée par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Cette solution s'impose en l'espèce, l'intimé n'ayant procédé à aucune mesure d'instruction sur les douleurs lombaires et irradiant dans le membre inférieur gauche que la recourante présente. La cause lui sera ainsi renvoyée pour nouvel examen médical. Dans ce contexte, l'instruction sur les répercussions de l'exercice du névrome sur la capacité de travail et de gain de la recourante devra cas échéant également être complétée en tenant compte de l'intervention préconisée par le Dr N\_\_\_\_\_, si elle a eu lieu. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 1'500.- La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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