

## **GE\_GERICHTE A/3745/2012 vom 8. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3745\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3745_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/3745/2012 du 8 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE A/3745/2012 del 8 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

ème Chambre En la cause Madame D \_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Georges ZUFFEREY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT Madame D \_\_\_\_\_, née en 1967, est d'origine tunisienne. Elle est arrivée en Suisse en 1988 et a acquis la nationalité suisse la même année par mariage. Elle est mère de six enfants nés en 1990, 1993, 1995, 2001, 2004 et 2010 de pères différents. En Tunisie, elle a suivi la scolarité jusqu'au baccalauréat. Depuis son arrivée en Suisse, elle a travaillé comme dame de buffet, vendeuse, garde d'enfants malades à domicile, comme monitrice d'enfants à l'association des familles monoparentales, comme aide polyvalente dans une maison de repos et comme animatrice bénévole dans des maisons de retraite et comme accompagnatrice de personnes malades à l'Hôpital psychiatrique de Belle-Idée. De 1999 à 2001, elle a travaillé comme collaboratrice au Centre Genève-Solidarité comme réceptionniste, pour l'accueil et l'animation d'activités, placée par le Revenu minimum cantonal. Elle et sa famille sont actuellement entretenues par l'Hospice général. Selon le rapport du 29 mai 2008 des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ du programme dépression de la Consultation psychiatrique de la Jonction, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, un trouble de la personnalité sans précision et un syndrome douloureux. Elle déclare souffrir d'un état dépressif chronique depuis l'âge de 17 ans. De fin 2004 jusqu'à fin 2007, elle a été suivie par le Dr G \_\_\_\_\_, psychiatre, lequel a retenu les diagnostics de personnalité limite et d'épisodes dépressifs. Il a instauré un traitement antidépresseur à partir de 2006. La patiente se souvient très peu de son enfance. Elle relève avoir été battue par son père et par un frère et avoir été violée entre 10 et 12 ans par un voisin. A 12 ans, elle aurait subi des attouchements par un frère. Dans le status, les médecins relèvent une présentation correcte, une diminution de la concentration et de l'attention, subjectivement et objectivement, des oublis et une anxiété non spécifique. Il y a un retrait social. Parfois, la patiente voit des ombres et sent des présences de personnes derrière elle ou a l'impression que quelqu'un l'appelle par son nom à la maison, alors qu'elle est seule. L'humeur est diminuée, selon la patiente, avec un sentiment de vide, parfois tristesse, occasionnellement irritabilité. Il n'y a pas d'idées noires, mais des difficultés à supporter la situation actuelle. Selon les médecins, il y a une discordance entre les émotions exprimées et observées, la patiente paraissant parfois très joviale, sans tristesse, mais émotionnellement distante. Le sommeil est perturbé. Les tests de dépression relèvent une dépression sévère. Le questionnaire de dépistage du trouble de la personnalité borderline donne trois critères positifs sur un total maximal de 9 points. Les médecins proposent un suivi psychiatrique à la consultation psychiatrique. En juillet 2008, l'assurée est adressée par le Dr H \_\_\_\_\_ du Service d'accueil et de liaison psychiatrique au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur. Dans son rapport du 10

juillet 2008, la Dresse I \_\_\_\_\_ de ce centre diagnostique un trouble somatoforme douloureux et un syndrome dépressif. Elle mentionne que les douleurs sont apparues progressivement depuis environ cinq ans, qu'elles étaient au début variables et inconstantes, puis sont devenues progressivement permanentes et plutôt localisées dans l'hémicorps gauche. Il n'y avait pas de facteur déclenchant particulier, si ce n'est une période très difficile liée aux troubles de santé de la fille de la patiente et aux difficultés conjugales. Les douleurs sont aujourd'hui localisées dans l'épaule gauche, irradiant dans le bras, et au niveau du rachis cervical et lombaire avec irradiations dans la jambe gauche jusqu'à la cheville. Les douleurs sont décrites comme des décharges électriques d'une intensité constante à 9,5/10. Le sommeil est parfois perturbé par les douleurs. Celles-ci limitent la marche et tout effort physique, même modéré. Malgré tout, la patiente assure le soin de ses trois plus jeunes enfants et le ménage. Quand elle le peut, elle se détend en s'allongeant l'après-midi ou en allant boire un café. L'immobilité, les mouvements et le stress aggravent les douleurs fortement. Une physiothérapie faite il y a quatre ans était restée sans effet. La prise de paracétamol diminue les douleurs pendant environ deux heures. Depuis 10 jours environ, elle vient de débuter un traitement anti-dépresseur qui n'a pas encore amélioré son psychisme. Elle vit avec son dernier mari qui travaille sur appel. L'assurée doit affronter seule un grand stress tant vis-à-vis des enfants, dont une fille souffre d'épilepsie et le cadet d'asthme, que du point de vue financier. A l'examen clinique, la Dresse I \_\_\_\_\_ constate que l'intéressée marche avec une canne pour soulager le pied gauche, mais peut marcher sans canne également. Le status ne confirme pas une fibromyalgie. Les douleurs semblent être liées au stress. La Dresse I \_\_\_\_\_ préconise l'augmentation du dosage du traitement antidépresseur ainsi qu'une physiothérapie en piscine chaude. Elle relève par ailleurs que les problèmes psychosociaux semblent être actuellement au premier plan. Par demande reçue le 22 janvier 2009, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Selon le rapport du 3 février 2009 de la Dresse J \_\_\_\_\_, généraliste, l'assurée souffre d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Elle se plaint de douleurs multiples musculaires et articulaires. La Dresse J \_\_\_\_\_ ne se sent cependant pas en mesure de répondre aux questions concernant la capacité de travail. Elle relève de multiples limitations dans les positions assise et debout, même en alternance. La capacité de concentration et de compréhension n'est pas limitée. Toutefois, tel est le cas pour la capacité d'adaptation. Dans son rapport du 10 février 2009, le Dr K \_\_\_\_\_ émet les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il suit la patiente depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Celle-ci a consulté les Urgences de psychiatrie en avril 2008, dans le contexte d'une péjoration clinique. Puis, elle a été adressée à la Consultation psychiatrique à partir de juillet 2008 pour une prise en charge au programme général. Dans le status, le médecin note que la patiente a une thymie triste avec une anhédonie et une aboulie, une anxiété et une irritabilité fluctuante, avec une diminution du temps du sommeil. Elle ne présente pas d'idées suicidaires. Dans les plaintes subjectives, le médecin note qu'elle se plaint surtout de douleurs somatiques et de difficultés à gérer sa vie quotidienne. Le pronostic du Dr K \_\_\_\_\_ est réservé, tant que le suivi psychiatrique de la patiente et sa prise en charge médicamenteuse ne sont pas stabilisés. Dans les limitations, il note un trouble de la concentration, une instabilité dans les relations interpersonnelles, une instabilité de l'humeur et une aboulie. Elle a des difficultés à maintenir un emploi, en raison de ses problèmes dans les relations interpersonnelles. La capacité de travail est nulle depuis le 7 juillet 2008 à ce jour. Dans son rapport du 22 mai 2009, le Dr H \_\_\_\_\_ mentionne le diagnostic de trouble dépressif moyen récurrent

depuis l'adolescence et un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2003. La capacité de travail est nulle depuis le 11 avril 2007 à ce jour. Dans les limitations, il indique des difficultés de concentration, de mémoire, une diminution marquée du seuil de tolérance au stress, lequel est source de difficultés relationnelles. Les limitations ne peuvent pas être réduites par les mesures médicales et on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Le 20 juillet 2009, l'assurée fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR). Dans le rapport du 14 août 2009, les Drs L \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et M \_\_\_\_\_, psychiatre, posent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques du rachis, de périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche, de syndrome rotulien bilatéral et d'épisodes récurrents de dépressions réactionnelles d'intensité moyenne, en rémission complète. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils citent un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, non décompensé, et autres difficultés liées à une enfance malheureuse. De l'anamnèse, il ressort notamment que, pendant la grossesse et l'accouchement de sa fille en 2001, l'assurée a présenté des problèmes d'humeur avec des pleurs fréquents, raison pour laquelle elle a arrêté de travailler. Elle a également déclaré ne plus travailler, dès lors qu'elle doit s'occuper de ses enfants. Les douleurs se sont progressivement aggravées. L'assurée dit être fatiguée le soir, mais être très active pendant la journée, s'occupant de ses enfants. Elle signale une intolérance au bruit et qu'elle a de la peine à se trouver dans une foule. Concernant sa vie quotidienne, les médecins indiquent qu'elle se lève à 7h, prépare le petit-déjeuner pour ses enfants, puis les accompagne à l'école. Elle s'occupe ensuite du ménage, fait la lessive, passe l'aspirateur deux à trois fois par semaine et fait les courses une fois par jour. Elle ne repasse pas. A midi, elle prépare le repas. Dans l'après-midi, elle boit un café et s'occupe des enfants. Sa vie sociale est pauvre, ne voyant que rarement ses amies et connaissances. Son mari vit "en célibataire" et sort toujours seul. Au status, les médecins notent qu'il s'agit d'une femme en état général conservé, participant de manière adéquate à l'entretien et étant démonstrative à l'examen clinique. Elle peut rester assise pendant environ 50 minutes consécutives sans gêne particulière. Le déshabillage et l'habillage se font de manière fluide et elle n'applique aucune mesure de protection rachidienne. Dans le status psychiatrique, il est noté que l'assurée est correctement habillée, soignée de sa personne, collaborante et orientée aux trois modes. Le médecin psychiatre n'a pas objectivé des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. L'humeur est euthymique, par moment triste, lorsque l'assurée est confrontée à son bilan existentiel actuel. Le trouble de la personnalité non décompensé explique certaines difficultés dans la vie privée de l'assurée, mais n'a aucune incidence sur sa capacité de travail. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, les médecins n'ont pas retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en relevant que l'assurée présente une amplification verbale de plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable et sans toucher l'examineur. Après une rechute dépressive en avril 2008, la thymie s'améliore progressivement depuis juillet 2008. Selon les médecins du SMR, les symptômes dépressifs sont réactionnels à des conflits de couple et aux problèmes financiers. Ils sont suivis d'une nette amélioration et ne constituent pas une pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : nécessité d'alterner deux fois par heure des positions assise et debout, absence de soulèvement régulier de charges de plus de 5kg, de

port régulier de charges de plus de 12kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé, d'exposition à des vibrations, d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°, de genuflexions répétées et de franchissement régulier d'escabeau, échelles ou escaliers. Du point de vue ostéo-articulaire, il y a une incapacité de travail de 50 % depuis le 11 avril 2007 dans l'activité habituelle de collaboratrice dans un centre de jeunes. Toutefois, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est complète. Sur le plan psychiatrique, il y a une amélioration progressive de l'état de santé. Depuis le 10 juillet 2008, il n'y a plus d'incapacité de travail. Le 27 octobre 2009, une enquête économique sur le ménage est réalisée. L'assurée déclare à l'enquêtrice que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 40 %, sa priorité étant les enfants dont elle tient à s'occuper le mieux possible. Ses enfants ont beaucoup de problèmes de santé, un enfant étant asthmatique, une fille épileptique et une autre dépressive (cinq tentamens). Concernant les empêchements dans le ménage, il est notamment mentionné que l'assurée ne rencontre pas de problème particulier pour l'organisation du ménage, même s'il y a parfois des oublis. Elle peut préparer les repas pour toute la famille, tout en étant plus lente. Parfois, elle prépare des plats africains, des tajines. Elle ne peut plus faire les gros travaux de nettoyage ni passer l'aspirateur. Elle se contente de balayer. Personne ne fait les vitres et les grands nettoyages. Elle peut changer la literie. Elle s'est toujours occupée du travail administratif. Avec les enfants, elle ne fait plus d'activité sportive, mais peut les aider pour leurs devoirs. Les empêchements dans la sphère ménagère représentent 9,5 % selon l'enquêtrice, en tenant compte de l'aide apportée par les enfants. Par décision du 30 novembre 2009, l'OAI rejette la demande de rente d'invalidité. Dans le cadre du recours de l'assuré contre cette décision, elle produit le rapport du 30 septembre 2009 de la Dresse N\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service de rhumatologie des HUG. Dans le rappel anamnestique, cette praticienne mentionne que les douleurs sont permanentes, jour et nuit, avec des phases d'exacerbation. Le bilan biologique ne montre aucun syndrome inflammatoire, le bilan phosphocalcique est dans les normes et il n'y a pas de déficit en vitamine D. La Dresse N\_\_\_\_\_ a pratiqué une synthigraphie osseuse qui n'a pas montré d'éléments suggérant une algoneurodystrophie ni d'autres éléments évocateurs d'une arthropathie. Il n'y pas de diagnostic rhumatologique clair pouvant expliquer les douleurs présentées par la recourante. La Dresse N\_\_\_\_\_ suppose dès lors un syndrome douloureux. La recourante verse aussi à la procédure un rapport du 9 décembre 2009 de la Dresse I\_\_\_\_\_. Celle-ci pose les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état anxio-dépressif. Il ressort de l'anamnèse en particulier que les douleurs avaient cessé en 2008, lorsque la recourante était enceinte. La grossesse s'est toutefois terminée en novembre 2008 par une fausse couche à 3,5 mois, ce qui a provoqué une recrudescence des douleurs. Dans la même période, entre septembre 2008 et janvier 2009, sa fille de 15 ans a fait cinq tentamens provoquant un stress chez la recourante pouvant partiellement expliquer l'aggravation des douleurs. Elles sont diminuées par le paracétamol. Les douleurs étaient évaluées entre 3/10 et 10/10. Toutefois, au moment de l'examen par la Dresse I\_\_\_\_\_, elles ont diminué depuis que la recourante a appris qu'elle est enceinte de cinq semaines. Elle présente par contre des nouvelles douleurs au niveau de la fesse gauche, sous forme de brûlures. A l'examen clinique, la Dresse I\_\_\_\_\_ ne constate pas de douleurs à la palpation des points de fibromyalgie. Il n'y a pas de boiterie à la marche. Dans la discussion, elle relève que l'anamnèse et le status évoquent la présence des douleurs mécaniques au niveau de la fesse gauche, probablement musculaire, en l'absence de signe d'irradiation radiculaire. Les douleurs diffuses de l'hémicorps gauche semblent être très dépendantes du taux hormonal, puisqu'elles

disparaissent lorsque la patiente est enceinte. Entendue en audience de comparution personnelle des parties en date du 17 mars 2010, la recourante déclare ce qui suit : "Du fait que je n'ai pas de formation, je n'ai pas trouvé du travail en Suisse, du moins pas à 100 %. J'ai été placée par le revenu minimum et j'ai alors travaillé à 70 %. Actuellement, je suis de nouveau enceinte de mon mari. Les enfants, c'est tout ce que j'ai. Globalement, j'arrive bien à m'occuper de mes enfants. Je suis aussi aidée par mes enfants, mon mari et ma sœur." Elle produit par ailleurs un certificat médical du Dr H\_\_\_\_\_ du 11 mars 2010 et un courrier du 15 mars 2010 que la Dresse J\_\_\_\_\_ a adressé à son conseil. Dans le certificat médical précité, le Dr DI H\_\_\_\_\_ atteste qu'il suit la recourante pour la prise en charge d'un trouble dépressif majeur et d'un trouble de la personnalité non spécifié. Ce médecin atteste par ailleurs une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 11 mars 2010, soit le jour de l'établissement du certificat médical. La Dresse J\_\_\_\_\_ relève, dans le courrier produit par la recourante, que celle-ci présente un état dépressif secondaire aux abus sexuels, ainsi que des douleurs diffuses et chroniques. Cette praticienne indique par ailleurs "Problème actuel : mère de 5 enfants de 5 à 19 ans, chef de famille aux revenus incertains". Selon l'expertise judiciaire du Dr O\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2010, la recourante est atteinte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, d'une dysthymie et d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Quant aux limitations, le trouble dépressif récurrent n'engendre actuellement pas d'incapacité de travail, dans la mesure où il est en rémission. La dysthymie peut contribuer à diminuer très légèrement le rendement. En ce qui concerne le trouble de la personnalité, l'expert expose que la distinction faite par le SMR entre trouble de la personnalité "compensée" et "décompensée" lui est inconnu. Un trouble de la personnalité correspond à une fragilité structurelle de la personnalité qui est présente durant tout l'âge adulte et se manifeste dès la fin de l'adolescence au plus tard et pendant toute la vie adulte par des dysfonctionnements comportementaux, émotionnels et relationnels permanents. Donc, un tel trouble existe ou n'existe pas. Seule la gravité peut varier d'un sujet à l'autre, ce qui s'apprécie sur la base des dysfonctionnements émotionnels/relationnels qui le caractérisent, comme des gestes auto-agressifs, l'impulsivité, des conflits à répétition, etc... La gravité d'un trouble de la personnalité dépend également de la sévérité et de la récurrence des comorbidités psychiatriques "conjoncturelles" (épisodes dépressifs, troubles anxieux, abus de substances, troubles du comportement alimentaire, épisodes psychotiques transitoires, etc...). Lorsque ces comorbidités se traduisent par des épisodes à répétition, sans répit d'une certaine durée entre les épisodes pathologiques, le risque est grand que le patient n'arrive pas à se réinsérer dans la vie active. En ce qui concerne l'expertisée, la comorbidité du trouble borderline est actuellement peu sévère, dès lors qu'elle se borne à une dysthymie, à savoir une dépression chronique d'intensité modérée. Quant au trouble borderline, il est de sévérité moyenne. La dispersion et l'émotivité imputables au trouble borderline sont susceptibles d'interférer avec l'exercice d'une activité professionnelle. Cependant, l'expertisée est capable de gérer un ménage avec plusieurs enfants, de mener avec relativement de soin une grossesse, de surfer sur Internet, de se faire livrer des commissions à domicile et de faire appel à des aides si nécessaire. Cela étant, l'expert estime que le rendement est diminué de 40 % dans une activité adaptée à l'état physique de l'expertisée et cela depuis le début de la prise en charge psychiatrique aux HUG, soit avril 2008. L'incapacité de travailler n'est par ailleurs pas due à des facteurs psycho-sociaux ou culturels, mais à des troubles psychiques ayant valeur de maladie. Enfin, le traitement médical est adéquat et la compliance optimale. Par arrêt du 15 septembre 2010, le Tribunal

cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) rejette le recours, le degré d'invalidité étant insuffisant, selon une évaluation mixte. Par courrier daté du 28 octobre 2009 (recte 2010), l'assurée demande la révision du droit à la rente, par l'intermédiaire de son conseil, arguant d'une aggravation de son état de santé. A l'appui de sa demande, elle joint notamment les documents suivants : Les attestations du 27 août et du 14 octobre 2010 de la Dresse J \_\_\_\_\_, certifiant que les diagnostics cités dans son précédent rapport n'ont pas changé, que la capacité de travail est toujours nulle et que sa patiente a accouché d'un sixième enfant en date du 24 juillet 2010 ; l'assurée a commencé à prendre depuis plusieurs semaines un antidépresseur, instauré par son psychiatre ; ses plaintes sont toujours les mêmes, à savoir des douleurs musculaires ; une attestation du 23 septembre 2010 de la Fondation des services d'aide et de soins à domiciles (FSASD) certifiant que l'assurée est suivie de manière sporadique par cette fondation depuis le mois de juillet 1998 pour l'aide pratique, lorsque son état de santé le nécessite. les certificats du 29 septembre et du 12 octobre 2010 du Dr H \_\_\_\_\_ attestant un trouble dépressif moyen, avec à l'avant-plan une fatigue importante et des polyalgies, et que l'assurée est régulièrement suivie à son cabinet à raison d'une fois par semaine ; un résumé du séjour de l'assurée, en date du 2 octobre 2010, au Service des urgences du département de médecine communautaire et de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), mentionnant comme diagnostic principal des douleurs articulaires, notamment aux genoux, et à titre de diagnostic secondaire une fibromyalgie; à deux mois post-partum, l'assurée se plaint d'une augmentation des douleurs de l'hémicorps gauche connues de longue date, suite à la réception d'une lettre de refus de prise en charge par l'assurance-invalidité il y a dix jours ; elle se plaint d'une forte douleur au genou gauche ; celui-ci ne présente pas d'œdème ni rougeur ni chaleur ni épanchement intra-articulaire ; la flexion est discrètement limitée ; un rapport du 2 octobre 2010 du Centre ophtalmologique de Rive, concluant que l'examen ne met pas en évidence des causes oculaires pouvant expliquer les maux de tête et la fatigue visuelle de la patiente ; celle-ci a pratiquement une vision monoculaire à l'œil droit, même si le verre de près pour cet œil est adapté ; il est fort probable que la fibromyalgie soit à l'origine des maux de tête et de la fatigue visuelle ; un rapport du 14 octobre 2010 de la Dresse I \_\_\_\_\_ mentionnant les mêmes diagnostics, ainsi que la patiente décrit une recrudescence des douleurs diffuses, en particulier dans l'hémicorps gauche, environ deux semaines après l'accouchement, et des céphalées persistantes, pour lesquelles un CT-cérébral effectué en septembre 2010 n'a objectivé aucune anomalie ; d'autres examens n'ont pas non plus mis en évidence des anomalies ; selon ce médecin, les douleurs entrent dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux ; Dans son avis médical du 21 mars 2011, la Dresse P \_\_\_\_\_ du SMR estime que les documents médicaux fournis par les médecins traitants n'apportent aucun élément en faveur d'une aggravation depuis la décision du 30 novembre 2009. Le 4 avril 2011, l'OAI fait savoir à l'assurée qu'il a l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Par courrier du 2 mai 2011, l'assurée s'y oppose, par l'intermédiaire de son conseil, et produit le certificat médical du 31 mars 2011 du Dr H \_\_\_\_\_ attestant un trouble dépressif récurrent avec polyalgies importantes. Le 11 mai 2011, l'assurée fait parvenir à l'OAI un certificat médical du 5 mai 2011 du Dr H \_\_\_\_\_ attestant que l'épisode dépressif actuel de la patiente est sévère sans symptômes psychotiques et que son état de santé s'est aggravé de façon importante depuis novembre 2009 dans un contexte familial difficile. Son état évolue vers la chronicité et le pronostic est réservé. Sa capacité de travail actuelle est nulle, étant précisé que les

limitations sont essentiellement psychiques. L'assurée suit un traitement psychothérapeutique et médicamenteux. Le 15 juin 2011, l'assurée transmet à l'OAI un rapport du 27 mai 2011 de la Dresse I \_\_\_\_\_ mentionnant les mêmes diagnostics que dans ses rapports antérieurs. L'assurée se plaint cependant depuis janvier également de douleurs dans les membres supérieurs, plus particulièrement aux poignets. Une radiographie de l'épaule gauche effectuée en mars 2011 est dans la norme. Une consultation auprès d'un ophtalmologue a abouti à la prescription de lunettes de lecture. L'assurée décrit des journées très remplies à s'occuper de ses enfants et à effectuer différentes démarches administratives auprès du tribunal concernant la poursuite du père de sa fille aînée, auprès de l'assistance juridique au sujet de problèmes avec sa régie suite à de nombreuses plaintes de ses voisins, de ses démarches à l'assurance-invalidité et pour les allocations familiales. L'assurée dit se sentir constamment stressée, ce qui augmente les douleurs et perturbe son sommeil, en plus des pleurs réguliers de son fils cadet. L'examen est superposable au status du 14 octobre 2010. La Dresse I \_\_\_\_\_ constate que l'assurée semble lutter actuellement contre plusieurs problèmes sociaux et financiers et se retrouver très seule pour l'éducation des enfants. Dans son rapport du 11 août 2011, la Dresse J \_\_\_\_\_ pose les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif, mais ne se prononce pas sur la capacité de travail, estimant qu'il faut voir avec le psychiatre. En septembre 2012, l'assurée est soumise à une expertise par la Dresse Q \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans son rapport du 4 octobre 2012, l'experte n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis 2008, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, présent depuis jeune adulte, de personnalité émotionnellement labile, type borderline, présente depuis jeune adulte, de dysthymie, présente depuis l'adolescence, le syndrome de dépendance au tabac et aux hypnotiques, utilisation continue, sont sans incidence sur la capacité de travail. L'assurée se plaint essentiellement d'une douleur intense et persistante, accompagnée d'un sentiment de détresse et de conflits psycho-sociaux. Le trouble dépressif récurrent traduit une fragilité psychique en fonction des événements existentiels. Il n'existe actuellement pas une comorbidité psychique d'acuité et de durée conséquentes. Il y a également un seuil anxigène abaissé, sans atteindre l'intensité suffisante pour un diagnostic de trouble anxieux ou d'anxiété généralisée. Le status clinique est superposable à celui décrit par le Dr O \_\_\_\_\_ dans son expertise du 9 juillet 2010. L'expertisée assume seule son ménage de sept personnes, s'occupe des tâches ménagères, des lessives, des courses et des repas, ce qui fait dire à l'experte qu'il n'y a pas une perte d'intégration sociale dans toutes les activités de la vie quotidienne et sociale. Au vu de ce fonctionnement au quotidien, l'assurée est manifestement en mesure de surmonter les douleurs. La compliance étant mauvaise, on ne peut parler d'échec de traitement. Les atteintes psychiatriques n'entraînent aucune limitation, même si le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît compromis, l'assurée n'ayant aucune formation et souhaitant s'occuper de ses enfants. Quant à l'évolution du degré d'incapacité de travail, l'experte conclut à une diminution de rendement de 40% depuis avril 2008 jusqu'en juin 2010, puis à une capacité de travail complète. Dans son avis médical du 25 octobre 2012, la Dresse R \_\_\_\_\_ du SMR constate que la capacité de travail est entière depuis juillet 2010 et que toute activité simple est exigible, pour autant qu'elle n'implique pas de responsabilités, de rendement élevé et de stress important. Par décision du 5 novembre 2012, l'OAI refuse à l'assurée le droit à une rente et aux mesures d'ordre professionnel. Par acte du 11 décembre 2012, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à

l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Subsidièrement, elle conclut à l'audition du Dr S\_\_\_\_\_ et du Dr H\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire. Plus subsidiairement encore, elle conclut à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Elle fait essentiellement valoir qu'elle ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs, le trouble dépressif, attesté par plusieurs psychiatres, étant de gravité sévère depuis l'adolescence et sans rémission durable. A cela s'ajoutent les pathologies décrites par le Dr S\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 décembre 2012, qui aggravent encore la situation et perturbent considérablement sa vie quotidienne. La recourante relève enfin que l'expertise de la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne concerne que le volet psychiatrique. Selon le rapport du 7 décembre 2012 du Dr S\_\_\_\_\_ précité, la recourante est suivie en son cabinet depuis mars 2012. Elle souffre d'une fibromyalgie, d'une hernie discale au niveau cervical, en association avec une arthrose, entraînant des douleurs chroniques multiples au niveau de la nuque, des épaules et du dos. Elle présente également un état dépressif. A cause des douleurs multiples, l'assurée peut seulement assurer un travail adapté à son état physique. La recourante joint également à son recours un certificat médical du 7 décembre 2012 du Dr H\_\_\_\_\_ attestant que l'épisode dépressif actuel de sa patiente est sévère et que son état de santé s'est aggravé de façon importante pendant les derniers mois dans un contexte familial difficile. Selon ce médecin, son état évolue vers la chronicité et le pronostic est réservé. Sa capacité de travail est nulle. Quant aux limitations, elles sont essentiellement psychiques et consistent en une nette diminution de la capacité d'affronter les tâches quotidiennes. Dans son avis médical du 29 janvier 2013, la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR estime que les nouvelles pièces médicales produites ne sont pas susceptibles de modifier ses précédentes conclusions. Dans sa réponse du 25 février 2013, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant essentiellement aux motifs de la décision querellée et à l'avis médical du SMR précité. Invité par la Cour de céans à indiquer sur quels examens il s'est fondé pour diagnostiquer une hernie discale au niveau cervical, en association avec une arthrose, le Dr S\_\_\_\_\_ lui transmet le 14 mars 2013 le rapport relatif à l'IRM cervicale du 22 août 2011 dont les conclusions sont les suivantes: "IRM cervicale retrouvant une protrusion discale à l'étage C5-C6 venant au contact du cordon médullaire sans signe de myélopathie. A corrélérer aux données de l'examen clinique. Uncarthrose C5-C6 ET C6-C7 avec discret rétrécissement du foramen intervertébral gauche à l'étage C5-C6." Par écritures du 12 avril 2013, la recourante persiste dans ses conclusions. Dans son avis médical du 16 avril 2013, la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR estime ne pas être en mesure de déterminer si la nouvelle atteinte mise en évidence par l'IRM précitée est invalidante, dans la mesure où cet examen doit être corrélé à l'examen clinique. Le 17 avril 2013, l'intimé maintient ses conclusions, tout en renvoyant à l'avis médical précité. Sur ce, 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; RS 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. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé, de sorte que le droit aux prestations de l'assurance-invalidité lui est ouvert. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit

une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). L'art. 17 LPGA est également applicable par analogie aux prestations de réadaptation (cf. ATF 9C\_413/2008 du 14 novembre 2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119 ). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3). Pour évaluer le taux

d'invalidité dans l'activité lucrative, 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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 LPGA), 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. A cet égard, il importe 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). En l'espèce, la recourante a été soumise à une expertise dans le cadre de la procédure de révision. Selon la Dresse Q \_\_\_\_\_, il n'y a aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique et celle-ci est complète depuis juillet 2010 sans limitation de rendement. Néanmoins, l'experte constate que le status est superposable à celui décrit par le Dr O \_\_\_\_\_ dans son expertise du 9 juillet 2010. Cela étant, en ce que l'experte arrive à la conclusion que la capacité de travail est complète sans diminution de rendement, elle procède à une appréciation différente de celle de l'expert judiciaire mandaté précédemment, selon lequel il y avait une diminution de rendement de 40% pour des raisons psychiques. En tout état de cause, la Dresse Q \_\_\_\_\_ ne constate aucune aggravation de l'état de santé de la recourante. En ce qui concerne les appréciations divergentes des médecins traitants, notamment du Dr H \_\_\_\_\_, il y a lieu de constater que ce médecin avait déjà certifié en mai 2009 une incapacité de travail complète sur le plan psychiatrique depuis avril 2007 et qu'il ne fait que reprendre dans les nouveaux certificats produits par la recourante les mêmes diagnostics et évaluations de la capacité de travail. Toutefois, sur le plan physique,

une protrusion discale C5-C6 venant au contact du cordon médullaire, sans signe de myélopathie, et une arthrose à ce niveau ont été mis en évidence par l'IRM réalisée en août 2011. Cette affection constitue indéniablement une aggravation de l'état de santé de la recourante, dès lors que l'examen rhumatologique effectué en 2009 par le SMR n'en faisait pas état. Cependant, le Dr S\_\_\_\_\_ n'a pas pour autant retenu une incapacité de travail dans une activité adaptée, dès lors qu'il a uniquement attesté que la recourante peut seulement assurer un travail adapté à son état physique. Il est à noter à cet égard que les médecins du SMR avaient déjà en 2009 retenu des limitations fonctionnelles suivantes: nécessité d'alterner deux fois par heure des positions assise et debout, absence de soulèvement régulier de charges de plus de 5kg, de port régulier de charges de plus de 12kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé, d'exposition à des vibrations, d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°, de genuflexions répétées et de franchissement régulier d'escabeau, échelles ou escaliers. Donc, seule une activité légère entrait en considération à l'époque. Par ailleurs, il sied de rappeler que la recourante n'aurait travaillé qu'à 40% si elle n'était pas invalide, selon ses propres déclarations et comme l'a retenu le Tribunal cantonal des assurances sociales dans son arrêt du 15 septembre 2010. Partant, au degré de la vraisemblance prépondérante, il y a lieu d'admettre qu'en dépit de la hernie discale et de l'arthrose au niveau cervical, la recourante a conservé une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée. En ce qui concerne la capacité de travail dans le ménage, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a mentionné dans son expertise que la recourante assumait seule son ménage de sept personnes, s'occupait des tâches ménagères, des lessives, des courses et des repas. Partant, par rapport aux constatations de l'enquête économique sur le ménage réalisé en octobre 2009, selon lesquelles les empêchements dans ce domaine ne représentaient que 9,5%, il doit être constaté qu'il n'y a pas non plus une augmentation des empêchements, étant rappelé que déjà à l'époque la recourante ne pouvait plus faire les gros travaux de nettoyage ni passer l'aspirateur. A cet égard, il y a lieu de relever que l'incapacité de travail dans le ménage, au taux d'activité de 60% retenu, devrait être presque de 70% pour donner droit à une rente d'un quart, dans la mesure où la capacité de travail dans la sphère professionnelle, au taux de 40%, est entière (60% de 70% = 42%). Cela étant, il sied de retenir que la capacité de travail, dans une activité lucrative et dans le ménage, et par conséquent le degré d'invalidité sont restés identiques à ceux constatés dans l'arrêt rendu précédemment. Il n'y a par conséquent pas lieu de réviser la décision du 30 novembre 2009 de l'intimé. En ce qui concerne la demande de la recourante d'entendre les Drs S\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ainsi que d'ordonner une expertise judiciaire, elle sera rejetée, l'instruction paraissant complète au vu des certificats de ces médecins que la recourante a produits, et de l'expertise de la Dresse Q\_\_\_\_\_. Le recours sera dès lors rejeté. La recourante étant entièrement à la charge de l'Hospice général, la Cour renonce à percevoir un émolument de justice. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument de justice. 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 Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER 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.