

## **GE\_GERICHTE A/4248/2011 vom 28. März 2012**

GE Cour de justice, 2012-03-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4248\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4248_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/4248/2011 du 28 mars 2012

IT: GE\_GERICHTE A/4248/2011 del 28 marzo 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

Chambre En la cause Madame I \_\_\_\_\_, domiciliée à Vernier, représentée par CENTRE DE CONTACT SUISSES IMMIGRES GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame I \_\_\_\_\_, née en 1953 et originaire du Kosovo, est mère de quatre enfants nés en 1974, 1976, 1978 et 1982. En 1992, elle entre en Suisse et y travaille de décembre 1999 à août 2001 comme femme de chambre dans le cadre d'un contrat temporaire pour des remplacements avec un horaire variable. Depuis décembre 2001, elle émarge à l'assurance-chômage. Le 18 février 2003, elle subit un accident. Lors du freinage d'urgence d'un bus, elle heurte avec la tête la vitre derrière le chauffeur et semble avoir perdu conscience. Une distorsion cervicale est diagnostiquée qui entraîne une incapacité totale de travail. Le cas est pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA). Le 17 décembre 2003, l'assurée est examinée par le Dr L \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la SUVA. Celui-ci constate que l'effet délétère de l'accident est éteint. Les radiographies de la colonne cervicale ont mis en évidence une structure osseuse et des tissus mous dans la norme, en tenant compte de l'âge. Il n'y a pas de lésions crânio-cérébrales à l'IRM et le neurologue consulté, le Dr A \_\_\_\_\_, n'a pas relevé un déficit neurologique. L'assurée continue toutefois de se plaindre de cervico-brachialgies gauches d'origine indéterminée, ainsi que de problèmes au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire. Le médecin de la SUVA mentionne en outre que la mobilité de la colonne cervicale est meilleure lorsque la patiente est distraite. Il ressort enfin de son rapport que l'assurée s'exprime mal en français, raison pour laquelle elle est accompagnée par une connaissance pour faire la traduction. Par décision du 22 décembre 2003, la SUVA met fin à ses prestations au 4 février 2004, estimant que l'accident ne joue plus aucun rôle dans les troubles présentés actuellement. En avril 2004, l'assurée requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Le 29 avril 2004, elle répond au questionnaire servant à déterminer son statut et y indique qu'elle aurait travaillé à 100 % par intérêt personnel et pour les raisons financières, si elle avait été en bonne santé. Le 28 décembre 2004, l'assurée informe l'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) qu'elle était inscrite au chômage à 50 % au moment de son accident en 2003, mais qu'elle recherchait du travail à 100 %. Elle ne dispose d'aucune formation ou diplôme. Le 22 mai 2006, l'assurée fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique par les Drs M \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et N \_\_\_\_\_, psychiatre, au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Les médecins ne retiennent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur les plans somatique et psychiatrique. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont des cervicalgies chroniques sans substrat organique, une post distorsion cervicale en 2003, une gonalgie gauche de type

mécanique sur gonarthrose débutante et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'examen clinique est essentiellement marqué par un discours stéréotypé, comme appris par cœur, centré sur les douleurs du rachis cervical, responsable de vertiges entraînant des impotences majeures, y compris dans les activités de la vie quotidienne. L'examen ostéoarticulaire montre des limitations dans la mobilité du rachis cervical de type volontaire sous contracture musculaire et contre-pulsion. La mobilité spontanée du rachis cervical est nettement supérieure quand l'assurée est distraite. Au niveau neurologique, il n'y a aucun signe de déficit, hormis la description d'une hypoesthésie diffuse du membre supérieur. L'examen met également en évidence une obésité associée à une gonarthrose et quelques lombalgies secondaires sous contraction musculaire. Il y a 5/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus de type non-organique. Les critères selon Smith pour une fibromyalgie sont absents. Aucune pathologie n'a pu être objectivée au niveau du rachis cervical. Sur le plan psychiatrique, le médecin psychiatre du SMR n'observe pas de syndrome dépressif et exclut de ce fait un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'attitude anxieuse de l'assurée par rapport à une nouvelle chute semble rentrer dans le cadre de symptômes anxieux d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, non incapacitantes en l'occurrence. Les médecins relèvent enfin que la non-acculturation joue un grand rôle et que l'assurée se comporte selon les règles de sa culture, à savoir mère au foyer et à disposition de la grande famille. Elle a essayé d'assumer un travail rémunéré en Suisse pendant une année et demie à temps partiel, ce qui était plutôt contraire à ses aptitudes culturelles. Enfin, les médecins admettent une incapacité de travail, dans les suites de l'accident, pendant tout au plus neuf mois. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assurée présente une pleine capacité de travail dans quelque activité que ce soit. Dans son rapport du 12 juin 2004, le Dr O \_\_\_\_\_ diagnostique une contusion frontale et costale bilatérale, un syndrome post-traumatique et un état dépressif. L'incapacité de travail est totale depuis l'accident et l'état de santé est stationnaire. Dans les plaintes subjectives, il mentionne des douleurs dans la région occipitale gauche avec douleurs dans le membre supérieur gauche, avec diminution de la force dans la main gauche. L'assurée se plaint aussi d'insomnies, se sent dépressive et anxieuse, a grande peine à faire le ménage et à préparer les repas. Enfin, elle pleure facilement. En raison de la dépression, des douleurs à la tête et au bras gauche, ce médecin estime que l'assurée ne peut exercer aucune activité lucrative dans quelque domaine que ce soit. Le 26 juillet 2006, l'OAI procède à une enquête économique sur le ménage. Il ressort du rapport y relatif que l'assurée se plaint de douleurs à la tête, à la nuque et au bras gauche, ainsi que de problèmes de vision, de pertes de mémoire et d'une désorientation le matin. Elle dit devenir folle et que sa famille a de la peine à la supporter dans ces moments. Par la suite, elle développe un état dépressif anxieux et des insomnies liées à un syndrome de stress post-traumatique. Pour soulager les douleurs et son état dépressif, elle porte une minerve, prend du Dafalgan, du Tryptizol et du Tramal. Chez son dernier employeur, son temps de travail fluctuait entre 50 et 100 %. Après qu'elle a demandé à son employeur de travailler seulement à 50 %, dès lors que les trajets la fatiguaient trop, il ne l'a plus appelée. Sur le plan financier, le couple vit précairement avec la rente d'invalidité du mari et des aides au logement et pour les assurances-maladie. Selon les dires de l'assurée, elle était en pleine forme jusqu'au jour de l'accident. L'enquêtrice constate un taux d'empêchement dans le ménage de 14,75 %. L'assurée lui a paru triste et renfermée, répondant de façon très vague aux questions posées, se lamentant et détournant le regard durant l'entretien. A cause des douleurs qui ne peuvent être soulagées, elle dit ne plus rien pouvoir faire. Toutefois, ces

empêchements dans le ménage sont relativement faibles et son mari semble capable de prendre part aux tâches ménagères. Au vu de l'extrait de son compte individuel et d'une recherche d'emploi à 50 % à travers le chômage, l'enquêtrice retient un status plausible de 50 % dans une activité lucrative et de 50 % dans le ménage. Par décision du 15 novembre 2006, l'OAI refuse à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, en admettant un degré d'invalidité de 7,5 %, sur la base de l'enquête économique sur le ménage et d'un statut mixte. En octobre 2008, l'assurée dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité. L'OAI refuse d'entrer en matière, par décision du 23 décembre 2008. En février 2009, l'assurée demande à nouveau des prestations d'invalidité. Cette demande est également liquidée par un refus d'entrer en matière, par décision du 23 avril 2009. En juin 2010, l'assurée réitère sa demande de prestations d'invalidité en vue d'une rente. Dans son rapport du 16 juillet 2010, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'état anxio-dépressif, de céphalées de tensions, le syndrome d'apnée du sommeil, de gonarthrose tri-compartimentale et d'obésité. Dans l'anamnèse, il relève que l'assurée relate des troubles dépressifs de longue date avec symptomatologie dépressive modérée, d'origine multifactorielle (conflit de couple, migrations, manque de reconnaissance, barrière linguistique) qui se sont accentués en 2001 en raison de la perte de travail et en 2003 après l'accident de bus. La patiente a essayé différents traitements et est suivie sur le plan psychiatrique par le Dr Q \_\_\_\_\_ depuis décembre 2009. Depuis l'accident en 2003, elle décrit des céphalées, parfois associées à des vertiges, irradiant de la nuque à la tête. Quant au syndrome d'apnées du sommeil, un traitement avec CPAP est essayé mais pas supporté. Elle est actuellement suivie par un chirurgien maxillo-facial afin d'évaluer la possibilité d'une intervention chirurgicale. Les gonalgies se sont aggravées l'année passée et montrent une gonarthrose tri-compartimentale. Le traitement consiste en médicaments et physiothérapie. Récemment, un syndrome métabolique avec stéatose hépatique a été mis en évidence. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible. Dans son rapport du 16 septembre 2010, le Dr R \_\_\_\_\_ relève ce qui suit : « Pour moi il s'agit clairement d'une sinistrose avec désir de rente dans un contexte certes d'un état dépressif, mais sans élément empêchant de travailler. » Ce médecin signale en outre qu'il a déposé son mandat suite à la demande de l'assurée de certifier une aggravation. Le 17 mai 2011, l'assurée est soumise à un nouvel examen rhumatologique par la Dresse S \_\_\_\_\_ du SMR, avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise. Selon le rapport y relatif, l'assurée se plaint de douleurs à la tête, à la nuque, aux épaules et au creux de l'estomac, aux mains, aux genoux et aux chevilles. Sa collaboration est moyenne, l'assurée étant plutôt évitante et répondant souvent de façon imprécise. Pendant la durée de l'entretien d'une bonne heure, elle est calmement assise sans changer de position. Elle se lève avec une certaine difficulté et se déplace d'un pas lent et en épargnant le membre inférieur gauche. L'habillement et le rhabillage se font par des mouvements lents, mais sans épargne visible. La Dresse S \_\_\_\_\_ retient des gonalgies bilatérales dans le contexte d'une gonarthrose tri-compartimentale notamment à gauche et des dorso-lombalgies mécaniques dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif avec dysbalances musculaires. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : cervico-scapulalgies bilatérales irradiant dans la tête sans modification structurelle, status post distorsion cervicale, douleurs aux poignets et aux chevilles sans lésion objectivée, obésité, hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitée, majoration des symptômes, hallux valgus bilatéral et pieds plats. Par ailleurs, la mobilité cervicale est plutôt meilleure par rapport à l'examen de 2006. Quant aux limitations fonctionnelles,

l'assurée doit éviter les positions statiques debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillée, ainsi que le port de charges de plus de 10kg. Enfin, elle doit pouvoir changer de position au moins une fois par heure. Dans une position assise ou semi-sédentaire, sa capacité de travail est entière avec tout au plus une diminution de rendement de 10 % en raison de la nécessité de changer de temps en temps de position. Elle est nulle dans son activité de femme de chambre. Le 15 septembre 2011, l'OAI fait une nouvelle enquête économique sur le ménage. Selon celle-ci, l'assurée présente une invalidité dans le ménage de 21 %. L'enquêtrice relève en outre que l'assurée se lève facilement et s'énerve dans sa langue, dès lors qu'elle ne comprend pas pourquoi il y a "tant d'histoires" pour lui donner une rente d'invalidité. Il ressort également de l'enquête que le couple vit avec la rente AVS du mari et des prestations complémentaires de 1'600 fr. par mois. Le 20 septembre 2011, l'OAI communique à l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser le droit à une rente. Dans le domaine de l'activité lucrative, il admet un taux d'invalidité de 20 %, en tenant compte d'une diminution de rendement de 10 % et d'un abattement de 15 % sur les salaires statistiques retenus pour le revenu d'invalidité. Par décision du 10 novembre 2011, l'OAI confirme le projet précité. Par acte du 9 décembre 2011, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, à ce que des mesures de réadaptation professionnelle soit mises sur pied et qu'un abattement de 25 % soit effectué sur le revenu réalisable avec atteinte à la santé. L'assurée reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique, alors que le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état anxio-dépressif dans son rapport du 16 juillet 2010. Elle relève à cet égard que, selon ce médecin, son état dépressif chronique a évolué depuis plusieurs années, de sorte qu'une rémission semble peu probable et qu'on pouvait au mieux espérer une stabilisation avec une bonne prise en charge. Ce médecin soupçonnait également que les céphalées de tensions avaient aussi une composante liée à l'état dépressif et au syndrome d'apnées du sommeil. La recourante estime aussi que l'OAI aurait dû donner un mandat au Service de réadaptation professionnelle pour évaluer les types d'emplois compatibles avec son état de santé. Des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle auraient été nécessaires, afin de lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail après une absence prolongée. Enfin, la recourante critique le calcul du gain avec invalidité retenu pour la comparaison des salaires. Dans son avis du 9 février 2012, le T\_\_\_\_\_ reconnaît que le dossier aurait dû être instruit sur le plan psychiatrique. Elle estime par ailleurs nécessaire d'avoir le rapport du psychiatre traitant. Le 14 février 2012, l'intimé conclut au renvoi de la cause à son office pour instruction complémentaire sur le plan psychiatrique. Sur ce, la cause est 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 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit à une rente, respectivement si son état de santé s'est détérioré depuis le refus des prestations par décision du 15 novembre 2006. L'art. 17 al. 1er 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 LPGGA, 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). Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGGA, 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 et les références). La recourante ne met pas en cause les constatations médicales sur le plan somatique, ainsi que la capacité de travail en découlant. Seules sont donc litigieuses les atteintes sur le plan psychiatrique et leurs répercussions sur la capacité de travail. Toutefois, les parties admettent que l'instruction du dossier sur le plan psychiatrique est incomplète. Partant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé, conformément à sa proposition à laquelle la recourante ne s'est pas opposée, afin de la soumettre à un examen psychiatrique approfondi par le SMR ou un expert indépendant, avec l'aide d'un traducteur bulgare. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., sera mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant Admet partiellement le recours, dans la mesure où il est recevable. Annule la décision du 11 août 2011. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et, ceci fait, nouvelle décision. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière 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