

GE_GERICHTE A/4497/2011 vom 12. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4497_2011

FR: GE_GERICHTE A/4497/2011 du 12 juin 2012

IT: GE_GERICHTE A/4497/2011 del 12 giugno 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.06.2012
A/4497/2011

A/4497/2011 ATAS/781/2012 du 12.06.2012 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4497/2011 ATAS/781/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 12 juin 2012 2ème Chambre En la cause Madame A _____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, de nationalité portugaise, mariée et mère de deux enfants, nés en 1990 et 1998 vit en Suisse depuis 1988. L'assurée a obtenu un baccalauréat au Portugal. Elle a travaillé de 1995 à 2000 en qualité d'aide-réceptionniste dans une agence immobilière à Genève, d'octobre 2000 à décembre 2001 en tant que directrice d'un restaurant au Portugal. Elle a ensuite exercé l'activité de concierge à temps partiel depuis le 1 er septembre 2002, à raison de 6 heures/semaine, pour un salaire de 643 fr. en 2004 et 2005, augmenté à 653 fr. en 2006. L'assurée a été totalement incapable de travailler depuis le 28 octobre 2004. Ce jour-là, l'assurée a été renversée par une camionnette alors qu'elle roulait en scooter et grièvement blessée, l'accident ayant entraîné une fracture du bassin, avec fracture de la branche ilio-ischio-pubienne à gauche et fracture du sacrum à droite. Le contrat de travail de l'assurée a été résilié avec effet au 31 décembre 2006 et c'est son mari qui a repris la conciergerie. L'assurée a déposé le 3 novembre 2006 une demande de prestations d'invalidité en raison d'un état dépressif et de douleurs dans le bassin (sacro-iliaques notamment.) depuis octobre 2004. L'OAI a obtenu les rapports médicaux suivants: a) le rapport du 9 janvier 2007 du Dr L _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui diagnostique un traumatisme du bassin, confirme les fractures évoquées, atteste d'une totale incapacité de travail depuis le jour de l'accident. L'assurée souffre de douleurs à l'aine, dans la région de la sacro-iliaque droite, dans le bas de la colonne lombaire avec des irradiations pseudo-radiculaires dans la jambe droite, malgré un traitement conservateur. Les imageries montrent une consolidation des fractures et une discopathie L5-S1 importante. Aucune activité n'est envisageable aussi bien en raison du syndrome douloureux chronique que de l'état thymique; b) le rapport du 2 février 2007 du Dr M _____, psychiatre, qui diagnostique un épisode dépressif réactionnel sévère évoluant sur un mode chronique (F32.2), un état de stress post-traumatique (F43.1) et une probable modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) ainsi qu'une douleur chronique irréductible (R52.1), depuis le 28 octobre 2004, impliquant une totale incapacité de travail, l'état de santé s'aggravant. Les pièces médicales du dossier transmis par l'assureur-accident sont les suivantes : a) l'expertise orthopédique et psychiatrique des Drs N _____ et O _____ du 9 décembre 2005, effectuée à la demande de l'assureur-accident. Le

rapport est fondé sur le dossier médical, l'examen de la patiente. Il précise les plaintes de la patiente, sur le plan physique et psychique. Les experts retiennent les diagnostics suivants : fractures de branches et du sacrum consolidées; syndrome cervical et dorsal algique ancien; maladie de Forestier et, sur le plan psychique, un tableau douloureux chronique accompagné d'un syndrome dépressif modéré. Celui-ci étant apparu à la suite d'un facteur de stress, l'expert retient le diagnostic de réaction dépressive prolongée plutôt que d'épisode dépressif. Les experts se prononcent ensuite sur le lien de causalité entre les affections et l'accident ainsi que sur la date du retour au statu quo sine; b) le rapport du 27 janvier 2006 du Dr M _____, psychiatre de l'assurée, qui conteste l'avis du Dr O _____ et qui retient un diagnostic de syndrome post-commotionnel dont la patiente présente tous les critères (irritabilité, difficultés de concentration, altération de la mémoire, insomnies, intolérance au stress avec des sentiments dépressifs) ainsi qu'un syndrome subjectif des traumatisés du crâne, la patiente étant totalement et probablement définitivement incapable de travailler; c) les IRM et Ct-Scan du bassin des 27 octobre 2005 et 8 décembre 2005 qui indiquent une consolidation complète des fractures de la branche ilio-pubienne et du sacrum, puis une subluxation de la première et de la deuxième pièce sacrée et une discopathie L5-S1, sans autre anomalie significative; d) le rapport du 21 janvier 2006 du Dr L _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin de l'assurée, qui se prononce sur l'avis du Dr N _____ et qui estime que, outre les douleurs post-fractures, l'assurée souffre certainement d'une atteinte de son disque L5-S1, la discopathie décrite comme modérée sur le scanner est en fait importante. Cette lésion, ordinairement de nature dégénérative a pu ou pas être causée ou aggravée par l'accident; e) le rapport du 21 mars 2006 du Dr P _____, neurologue, qui estime que l'examen neurologique est absolument normal et ne permet pas d'expliquer les plaintes persistantes de l'assurée; f) le rapport du 3 juin 2006 de la Dresse Q _____, neurologue, qui constate une hypodysesthésie dans le territoire du nerf femoro-cutané gauche avec un tinel positif, probablement en relation avec la fracture du bassin lors de l'accident et conclut à l'existence d'une neuropathie du nerf fémoro-cutané gauche; g) le rapport complémentaire du 26 juin 2006 du Dr N _____, à la demande de l'assureur-accident, l'assurée ayant contesté les premières conclusions prises. L'expert confirme que les douleurs de l'assurée sont compatibles avec un syndrome vertébral ainsi qu'une discarthrose sévère L5-S1, sans relation avec l'accident; h) l'expertise du 21 octobre 2006 du Dr R _____, spécialiste en orthopédie et en chirurgie, à la demande de l'assurée, dans le cadre du litige l'opposant à l'assureur-accident. Le rapport contient un résumé du dossier médical. Il tient compte des plaintes de la patiente et se fonde sur un examen de celle-ci. L'expert conclut à l'existence d'un status après fracture des branches ilio-ischio-pubiennes gauches et de la berge externe du sacrum droit, avec des séquelles douloureuses au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, une insertionite des muscles ischio-jambiers de l'ischion gauche et une petite hypo-esthésie de la face antérieure et latérale de la cuisse gauche, la situation n'étant pas stabilisée. L'expert se prononce essentiellement sur le lien de causalité entre l'accident et les lésions retenues. Il relève que la discopathie lombosacrée est un phénomène dégénératif, probablement antérieur à l'accident et qui n'a été amplifié que de manière limitée dans le temps. Les douleurs peuvent être liées à l'accident, sans exclure une éventuelle origine rhumatismale; i) l'expertise du Dr S _____, spécialiste en neurologie, du 14 décembre 2006, effectuée à la demande de l'assureur-accident. Le rapport contient une anamnèse détaillée, un résumé des pièces médicales et l'avis des nombreux spécialistes consultés. Il tient compte des plaintes de l'assurée et se fonde sur un examen neurologique complet et

l'analyse de l'imagerie. L'expert estime que l'examen neurologique est sans anomalie significative et que le pronostic neurologique est favorable. Il se prononce essentiellement sur la causalité entre les plaintes de l'assurée et l'accident du 28 octobre 2004. Sur le plan neurologique, l'expert ne retient pas d'incapacité de travail en tant que conséquence de l'accident. Il estime que les altérations dégénératives discovertébrales mises en évidence au niveau L5-S1 préexistaient à l'évènement; j) le rapport de l'examen neuropsychologique effectué par le Dr T_____ en octobre 2006, après une IRM du cerveau qui s'avère normale, le médecin conclut que l'évaluation clinique semble compatible avec une problématique émotionnelle, les plaintes de la patiente et ses problèmes cognitifs étant vraisemblablement en relation avec un état dépressif sévère, associé à une problématique algique importante; k) l'expertise psychiatrique du 6 décembre 2006 de la Dresse U_____, qui retient le diagnostic d'épisode dépressif réactionnel sévère sans symptôme psychotique évoluant sur un mode chronique, d'état de stress post-traumatique à évolution chronique, de probable modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique et de douleurs chroniques irréductibles. Elle retient une incapacité de travail totale. Par décision du 28 juillet 2007, l'assureur-accident a estimé que les troubles somatiques présentés au-delà du 1^{er} novembre 2005 sont imputables seulement et exclusivement à des problèmes maladifs, que les troubles psychiatriques présentés au-delà du 21 novembre 2005 ne sont plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 28 octobre 2004 et sont imputables exclusivement à des problèmes maladifs. L'assurée a produit en août 2007 divers rapports médicaux complémentaires : a) le courrier du 21 mai 2007 du Dr V_____, spécialiste en anesthésiologie et traitement de la douleur, qui estime que le syndrome douloureux présenté ne peut pas être attribué à une pathologie unique, certaines douleurs ayant un caractère neuropathique et d'autres ayant un caractère mécanique. Les plaintes de la patiente ont sans aucun doute un substrat organique; b) le complément de rapport du Dr V_____ du 8 juin 2007 qui indique que les douleurs séquellaires sont invalidantes, la position statique prolongée est impossible tant assise que debout. Il précise qu'un bloc neurologique au niveau du bassin pourrait améliorer la situation et qu'une électromyographie pourrait contribuer au diagnostic; c) le courrier du 15 juin 2007 du Dr L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui estime qu'il existe probablement un substrat organique actuellement non décelé aux douleurs dont souffre l'assurée, qui est totalement incapable d'exercer toute activité rémunérée, la découverte d'un substrat organique qu'il soit ostéo-articulaire ou neurologique permettrait probablement de cibler la thérapeutique. Malgré un traitement idéal et efficace, la capacité de travail resterait limitée de 30% à 50%. Selon l'avis médical de la Dresse W_____, du SMR, du 27 septembre 2007, en raison des nombreuses incohérences de dossier au niveau des expertises faites pour le compte de l'assurance-accident, qui tente de démontrer la responsabilité de l'autre conducteur, il n'est pas possible de se déterminer concernant les atteintes présentées par l'assurée, de sorte qu'une expertise est confiée à la clinique romande de réadaptation (CRR). Le rapport d'expertise du 14 avril 2008 de la CRR est effectué par le Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr D_____, spécialiste en neurologie et la Dresse E_____, spécialiste en psychiatrie. Il se fonde sur un examen orthopédique, un examen neurologique et un examen psychiatrique, ainsi que sur une évaluation en atelier professionnel, l'assurée ayant séjourné à la clinique du 17 au 19 mars 2008. Le rapport se fonde également sur le dossier médical mis à disposition ainsi que les documents d'imagerie fournis par l'expertisée. Le rapport contient un résumé des pièces médicales du dossier. L'anamnèse est brève mais précise. L'assurée indique avoir subi, en

décembre 2007, un accident vasculaire cérébral avec héli-syndrome gauche, ayant nécessité une hospitalisation d'une semaine dans le Service de neurologie des HUG. S'agissant des plaintes de l'assurée, celles qui dominent toute la clinique concernent des douleurs extrêmement tenaces et constantes, localisées dans la région du bassin, et plus précisément dans les plis inguinaux des deux côtés, dans la région sacro-iliaque droite, présentes la nuit, entraînant de fréquents éveils nocturnes, aggravées par des attitudes posturales prolongées et par la marche avec un périmètre limité à 10-15 minutes, les douleurs dans la région de la sacro-iliaque droite étant également aggravées par l'appui monopodal droit. L'assurée décrit quelques douleurs occasionnelles dans la région de l'omoplate droite, mais très clairement au second plan de la clinique. La patiente se plaint également de maux de tête. Lors de l'examen psychiatrique, les plaintes concernent son vécu douloureux, les multiples douleurs limitant ses déplacements et ayant des répercussions sur son psychisme. Lors de l'examen, la région de la sacro-iliaque droite est très sensible. Les résultats des divers IRM et radiographies sont décrits. L'examen neurologique détaillé met en évidence une hypoesthésie subjective tacto-algique pour un territoire de 2 à 3 cm, située dans la région supra-maxillaire gauche, le reste de l'examen étant dans les limites de la norme. Les experts retiennent les diagnostics de syndrome algique du bassin sur status après fracture de la branche ilio-ischio pubienne gauche et du sacrum droit avec arthrose sacro-iliaque droite débutante et des lésions de spondylose dorsale, ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de l'appréciation du cas, concernant les douleurs, il est relevé que la douleur de la sacro-iliaque droite est objectivée par la manœuvre de Mennel, l'appui monopodal exacerbant clairement cette douleur, mais l'importance du syndrome algique est en totale discordance avec ce qui s'observe d'habitude dans les séquelles de fracture du bassin. Tous les somaticiens s'accordent d'ailleurs pour dire qu'il faut rechercher ailleurs que dans les causes organiques l'explication de ce sévère syndrome douloureux. Les douleurs de la région de l'omoplate droite peuvent être causées par les lésions dégénératives de la colonne dorsale. Les céphalées ont clairement une origine tensionnelle, compte tenu de la normalité de l'examen neurologique et d'une IRM cérébrale dans les limites de la norme. L'expert neurologue avait retenu un probable traumatisme crânien cérébral léger, sans perte de connaissance ni trouble de la conscience, mais qui est retenu en raison des troubles de la concentration, d'une fatigue et de céphalées apparues immédiatement après l'accident, tout en excluant des séquelles post-traumatiques, vu la normalité de l'examen neurologique en 2006, l'absence de lésions post-traumatiques à l'IRM en 2006 et l'examen neurologique normal. Dans le domaine psychiatrique, la tendance dépressive existe depuis l'accident, l'assurée est confrontée à des douleurs dont l'évolution est allée vers la chronicité, sans base organique claire. Le syndrome somatoforme douloureux persistant comprend des éléments dépressifs, d'une intensité modérée et actuellement stabilisé sous l'effet du traitement médicamenteux et d'un suivi psychothérapeutique régulier. Le syndrome douloureux somatoforme persistant comprend aussi une modification comportementale chez cette assurée qui fonctionne à un rythme réduit qui, dans le cas présent, suffit pour assumer son rôle de mère, mais le diagnostic de syndrome post-traumatique évoqué en décembre 2006 par la Dresse U _____ n'est plus retenu, le degré des symptômes étant insuffisant pour retenir ce diagnostic, de même que le diagnostic de modification durable de la personnalité, car seuls quelques changements de comportement sont notés. Ainsi, s'agissant de l'exigibilité professionnelle, les experts estiment que, sur le plan somatique, quelques limitations

doivent être respectées, liées aux troubles dégénératifs dorsaux et de la sacro-iliaque droite, de sorte que l'exercice d'une activité se faisant toujours en position debout, ou nécessitant des travaux lourds et le port de charges au-delà de 5 kg, n'est plus exigible. Dans le domaine psychiatrique, aucune affection limitant la capacité de travail n'est retenue. Il n'y a donc aucune limitation pour le métier d'aide-réceptionniste qui peut être exercé à plein temps. L'observation en atelier a eu lieu sur trois jours, sur des plages de quatre heures, trois heures trente, deux heures et une heure trente. La moyenne des tests pratiqués montrent que le rendement est légèrement en-dessous de la moyenne, soit 79,75%, l'assurée ayant collaboré à l'évaluation, sans se retrancher derrière ses douleurs pour interrompre son travail, allant jusqu'au bout de son travail et déployant des stratégies compensatoires à la douleur pour mener à bien ce qui lui est demandé. Selon l'avis des Drs F_____ et W_____ du SMR du 29 avril 2008, qui contient un résumé des divers éléments du dossier médical, la capacité de travail de l'assurée est de 100 % dès la fin de l'expertise, une réadaptation étant possible dès le 19 mars 2008, sous réserve de vérification auprès du médecin-traitant que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis lors. Le Dr G_____, généraliste, atteste le 15 septembre 2008 que l'état de santé est resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics, la patiente doit continuellement alterner les positions du corps, sa capacité de travail doit être évaluée dans un métier non physique qui tienne compte des limitations. Les Drs F_____ et W_____, du SMR, confirment le 10 février 2009 que la date possible de la réadaptation et de la reprise d'activité est fixée au 19 mars 2008, les affections retenues étant un syndrome algique du bassin sur état après fracture de la branche ilio-ischio-pubienne gauche et du sacrum droit avec arthrose sacro-iliaque droite débutante; une lésion de spondylose dorsale, l'exercice d'une activité se faisant toujours en position debout ou nécessitant des travaux lourds et le port de charges au-delà de 5 kg n'étant plus exigible, en précisant qu'il faut être attentif au cahier des charges de l'activité habituelle avant d'affirmer qu'elle pourrait être exercée en plein. Une enquête économique sur le ménage est effectuée le 26 mars 2009. Le rapport précise les indications de l'assurée quant au début et à l'ampleur des atteintes à la santé. Il mentionne le parcours professionnel, soit un emploi d'aide-réceptionniste dans une régie à 75 % de 1995 à 2000, un travail dans un restaurant au Portugal de 2001 à 2002 puis un emploi de concierge à 14 % dès le retour en Suisse en 2002. L'assurée indique qu'elle voulait reprendre une activité à un taux plus important, en 2004, son fils ayant 6 ans. Le jour de l'accident, en octobre 2004, elle se rendait à un entretien d'embauche à la régie X_____, pour l'obtention d'un poste à la réception à 80 %, s'étant inscrite à un cours de perfectionnement à plein temps durant trois mois (informatique et secrétariat), avant le début de son emploi. Le rapport indique que l'assurée travaillerait à 100 %, "puis ne sait pas vraiment". L'enquêtrice retient ainsi un statut mixte, à raison de 14 % dans la sphère professionnelle et 86 % dans la sphère ménagère. Pour tous les travaux ménagers, l'enquêtrice tient compte dans les empêchements de l'assurée de l'aide exigible des membres de la famille, composée du mari, d'une fille collégienne et d'un fils de 10 ans et demi, qui rentrent tous à midi. S'agissant de l'entretien du logement, l'assurée ne parvient plus à faire grand chose, le ménage est effectué par sa fille et une aide ménagère. C'est le mari qui effectue l'ensemble des courses. La lessive est partagée entre l'assurée et sa fille, l'aide ménagère fait tout le repassage. Pondération

Empêchement invalidité	Conduite du ménage	3%	40%	1,2%	Alimentation	33%	0%	0%	
Entretien/nettoyage	17%	62%	10,5%	Emplettes/administration	10%	0%	0%	Lessive	
55%	6,6%	Soin aux enfants	20%	10%	2%	Divers (chien, plantes)	5%	5%	0,25%
TOTAL	100%	20,55%	Par projet de décision du 30 avril 2009, l'OAI rejette la demande de						

prestations, le degré d'invalidité étant de 32 %. La capacité de travail est de 0 % dans toute activité et les empêchements sont de 20,6 % dans le ménage. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est donc le suivant : Taux Empêchement Invalidité Activité lucrative
14% 100% 14% Ménage 86% 20,6% 17,67% Total 100% 31,67% Par décision du 4 juin 2009, l'OAI confirme son projet. Le même jour, l'assurée, représentée par son avocat, formule des observations au projet de décision, reçu le 5 mai 2009. Elle fait valoir que l'aide ménagère et la répétitrice pour son fils sont rémunérées et ont été engagées seulement en raison des suites de l'accident, l'assurée se chargeant elle-même des tâches ménagères et du suivi de la scolarité de ses enfants jusque-là. L'aide occasionnelle d'une voisine ou d'une amie ne peuvent pas non plus être prise en compte. Il en va de même de celle du mari, qui souffre d'algies lombaires à répétition, qui travaille à 100 % avec une pause d'une heure à midi, ne rentrant qu'après 19h.00 et n'ayant congé que le vendredi et le dimanche, étant rappelé qu'en sus de son activité professionnelle, il assume la conciergerie, à raison de 4 heures par semaine, le vendredi après-midi, jour également consacré aux courses pour le ménage. La fille aînée, en deuxième année du collège, ne peut pas poursuivre une aide très astreignante consacrée aux tâches ménagère. Ainsi, l'invalidité dépasse certainement 70 %, ce qui ouvre le droit à une rente entière. Les Drs F_____ et W_____, du SMR, confirment le 2 juillet 2009 que l'activité de concierge n'est plus possible, mais qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles serait théoriquement possible dès la fin de l'observation en expertise au 19 mars 2008, les pièces produites n'amenant pas d'élément médical permettant de modifier ces conclusions. Selon une note de travail du chef de division de l'OAI du 27 juillet 2009, l'assurée a mal compris le rapport de l'enquête ménagère, dès lors qu'il n'a pas été retenu que l'aide d'une femme de ménage ou d'une répétitrice était exigible, mais uniquement de celle du mari et de la fille de l'assurée. Cette dernière étant majeure, en bonne santé et habitant à domicile, rien ne justifie qu'elle ne puisse pas participer aux tâches ménagères. Le mari, qui travaille à 100 % et occupe un poste de concierge peut fort bien aider son épouse pour effectuer les courses, ses douleurs n'ayant pas de répercussion sur son quotidien. Par décision du 29 juillet 2009, l'OAI confirme son projet de décision, en reprenant les avis du SMR et du chef de division susdécrits. Par acte du 21 août 2009, l'assurée forme recours contre la décision. Elle ne conteste pas la répartition de l'activité professionnelle (14 %) et ménagère (86 %). Elle critique le fait que l'OAI estime qu'elle serait miraculeusement à nouveau capable, dès le 19 mars 2008, de travailler à 100 % dans toute activité professionnelle, mais ne s'y attarde pas, dès lors que l'OAI a admis un degré d'invalidité complet sur la part professionnelle de 14 %. Elle conteste les conclusions du rapport d'enquête ménagère et produit diverses pièces, comme suit: l'attestation du 18 février 2005 de la régie X_____ confirmant que l'assurée a travaillé pour cette société du 1 er janvier 1995 au 31 août 2000 et que la société était prête à la réengager en qualité d'aide-réceptionniste, sous réserve qu'elle complète sa formation, la régie lui ayant conseillé de suivre une école d'informatique, afin de postuler dans une société ou une entreprise de la place, ce que l'assurée a fait en s'inscrivant à l'école IFAGE, la formation ayant du être annulée suite à l'accident subi en octobre 2004; le courrier du 13 janvier 2007 du Dr L_____, qui relève que l'évolution médicale demeure préoccupante avec un syndrome douloureux chronique non maîtrisé, les infiltrations pratiquées n'ayant pas modifié la situation; le courrier du 22 octobre 2007 du Dr V_____ qui indique que le syndrome douloureux est complexe, probablement plurifactoriel, avec une composante mécanique et une composante neuropathique, les traitements tentés n'ayant pas amélioré la situation, et son complément du 9 juin 2009, qui

relève une évolution légèrement favorable, aucune cause précise aux douleurs n'étant identifiée de manière certaine et les douleurs résiduelles restant invalidantes; le courrier du 12 novembre 2008 du Dr G_____ qui indique que l'état de santé est stationnaire, aucune activité professionnelle n'est envisageable pour la patiente, qui est fortement handicapée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères et est d'ailleurs aidée par une femme de ménage; le courrier du 6 juin 2007 du Dr M_____ qui indique que l'évolution est pratiquement nulle, avec un état dépressif sévère et un syndrome post-commotionnel, que le pronostic est mauvais, avec des séquelles permanentes probables, l'assurée étant totalement incapable de travailler et fortement handicapée dans ses tâches ménagères, l'attestation du 24 décembre 2008 de l'assureur-accident qui indique que le dernier salaire de l'assurée était de 8'515 fr., que la perte de gain passée du 28 octobre 2004 au 28 février 2008, soit quarante mois x 709 fr. 60 est fixée à 28'384 fr., que la perte de gain future fondée sur un revenu annuel de 8'515 fr. x 13,4 est fixée à 114'101 fr., soit un total arrondi à 145'000 fr. C'est ainsi que la perte de gain passée et future de l'assurée a été calculée par l'assurance; Par décision du 17 septembre 2009, l'OAI annule sa décision du 29 juillet 2009 et prononce le renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, au vu des arguments et des pièces versées par la recourante, ce dont le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011) prend acte par arrêt du 30 novembre 2009. Les pièces médicales produites par l'assurée ont été soumises au SMR qui indique le 24 septembre 2009 que seule la dernière lettre du Dr V_____ soulève l'éventuelle participation de la lésion des articulations sacro-iliaques aux douleurs ressenties, de sorte que si cela est confirmé, un traitement pourrait être appliqué dont les effets seraient encore à évaluer. Sans confirmation quant à l'hypothèse soulevée, le SMR ne peut modifier ses conclusions et retient que la réadaptation était possible dès le 19 mars 2008, soit à la fin de la dernière expertise, avec une capacité de travail entière dans toute l'activité respectant les limitations fonctionnelles. Les pièces médicales nouvelles au dossier de l'OAI sont : a) le rapport du 30 août 2010 du Dr H_____, psychiatre de l'assurée depuis janvier 2010, qui retient le diagnostic d'état de stress post-traumatique, d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptôme psychotique, la patiente présentant de la tristesse, de l'anhédonie, de la fatigue, des insomnies, des cauchemars, des troubles de la concentration, des idées suicidaires, des évitements et des flash back par rapport à l'accident de voiture. L'assurée a été hospitalisée 4 semaines à la clinique de Montana en décembre 2009. Il y a une bonne concordance entre les plaintes et le constat objectif. L'assurée est totalement incapable de travailler comme aide-réceptionniste et la patiente n'arrive pas à exécuter la plupart des tâches ménagères; b) l'avis du 7 décembre 2009 du Dr I_____, médecin de l'époux de l'assurée qui atteste que ce dernier souffre de lombalgies accentuées par des travaux de charges et des tâches ménagères. Selon l'avis du 25 octobre 2010 du SMR, les allégations de sévérité de la dépression, comparées aux examens spécialisés dans le cadre de l'expertise, n'emportent pas la conviction de maladie ayant répercussion durable sur la capacité de travail et l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana ne correspond pas à une hospitalisation en clinique psychiatrique, car il s'agit d'un établissement de convalescence et non pas d'un hôpital pour soins aigus ou sévères. Il n'y a donc rien de nouveau sur le plan médical et pour l'activité de ménage, dans laquelle aucun impératif de rendement n'est demandé, sous réserve du respect des limitations fonctionnelles, la capacité est de 100% dès mars 2008. Selon la note de travail de l'OAI du 22 novembre 2010, les éléments du rapport de l'employeur du 19 février 2007 et la lettre d'une régie du 18 février 2005 mentionnent que

l'assurée aurait pu être réengagée sous réserve qu'elle complète sa formation, de sorte qu'il est tout à fait vraisemblable d'admettre que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé à un taux d'activité à 80%, comme elle l'a déclaré lors de l'enquête ménagère. Par contre, s'agissant de l'exigibilité des membres de la famille, il n'y a pas lieu de revenir sur les conclusions de l'enquête à domicile, qui avait retenu des empêchements de 20,55%. A réception de l'avis du SMR, l'avocat de l'assurée s'est plaint que l'instruction médicale n'ait pas été reprise entièrement. Il confirme les termes de son recours du 21 août 2009, fait valoir l'avis des Dr L_____, R_____, V_____ sur le plan somatique, ainsi que ceux des Drs H_____, M_____ et U_____ sur le plan psychiatrique. Il relève que le rapport du Dr I_____ concerne l'époux de l'assurée qui souffre de fortes lombalgies et qui ne peut donc plus aider son épouse, ce médecin n'étant pas le médecin de l'assurée. Le Dr H_____ s'adresse le 6 décembre 2010 au SMR, ne comprenant pas les raisons qui permettent d'exclure le diagnostic d'état de stress post-traumatique, déjà admis par la Dresse U_____ dans son expertise de décembre 2006. De même, il est faux de prétendre que le traitement n'est pas suffisant, car la patiente bénéficie d'un suivi minimum hebdomadaire et d'un traitement psychopharmacologique intensif. L'assurée présente au moins deux épisodes dépressifs chaque année et la prise en charge est compliquée, de sorte qu'il est utile de demander une autre expertise psychiatrique avant de conclure à l'absence de troubles psychiques. Le SMR a maintenu sa position le 1^{er} février 2011. Lors de l'expertise, il n'y a pas de trace de dépression et les affections d'état de stress post-traumatique ou de modification durable de la personnalité n'auraient pas pu échapper à l'expert psychiatrique, quatre ans après le traumatisme. D'ailleurs, selon la littérature scientifique, on ne peut retenir qu'une dépression est résistante, sans preuve par mesure sanguine des psychotropes, eu égard à l'immense variation de métabolisme individuel. L'OAI a déterminé le 14 avril 2011 que le taux d'invalidité était de 23,4%. S'agissant du revenu avec invalidité, il est fixé selon ESS 2008, TA7, femme, ligne 23, niveau 4, pour 41,6 heures de travail, à 80%, avec un abattement de 10%, soit 46'689 fr. Le salaire sans invalidité est de 60'957 fr., soit le dernier salaire obtenu auprès de l'employeur qui était disposé à la réengager, à raison de 30 fr. de l'heure, indexé à 2008. Par projet du 26 avril 2011, l'OAI accorde à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2005 au 30 juin 2008. L'assurée a formulé de longues observations le 25 mai 2011, faisant essentiellement valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré postérieurement à juin 2008, évoquant les avis des divers psychiatres consultés et, sur le plan somatique, ceux des médecins l'ayant traitée. S'agissant de l'enquête à domicile, l'assurée conteste l'aide exigible des membres de la famille. L'assurée a encore produit une attestation du Dr H_____, du 1^{er} juillet 2011, certifiant que l'assurée présente depuis un mois environ un nouvel épisode dépressif récurrent sans symptôme psychotique, invalidant, la capacité de travail étant actuellement nulle. Le SMR a estimé le 7 septembre 2011 qu'il y avait une éventuelle aggravation de l'état de santé sous forme d'un nouvel épisode dépressif à partir de juin 2011 mais que jusque là, la capacité de travail était entière depuis mars 2008. Sur ce, l'assurée a encore fait valoir en septembre 2011 que son état dépressif résultait de l'accident d'octobre 2004, sans amélioration. Le Dr H_____ a indiqué le 16 septembre 2011 que l'état de santé était stationnaire, l'assurée étant incapable de travailler à 100% depuis le 1^{er} janvier 2010, en raison de trois épisodes dépressifs majeurs, d'une intensité de 28 sur l'échelle de Hamilton. Le Dr L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté le 21 septembre 2011 que l'état de santé ne connaissait pas d'amélioration. Les douleurs lomboscoliotiques avec irradiation du membre inférieur droit demeuraient constantes, la

pathologie était uniquement rachidienne en raison d'une surcharge discale de la jonction dorsolombaire, de discopathies étagées combinées à une arthrose facétoire et d'une irritation de la racine nerveuse L5 à droite, même si l'IRM réactualisé le 15 juin 2011 ne montrait pas un réel conflit. Divers traitements sont encore envisagés. Le médecin n'envisage pas sérieusement la reprise d'une quelconque activité professionnelle, en raison de l'impossibilité physique de rester assise ou debout plus de quelques dizaines de minutes ainsi qu'en raison des effets indésirables des multiples médicaments antalgiques, sans avoir aucun doute de la sincérité des plaintes de l'assurée, le travail ménager étant limité, s'agissant des efforts physiques pour les courses, le transport du linge ainsi que les travaux de nettoyage. Par décision du 22 novembre 2011, l'OAI accorde à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2005 au 30 juin 2008, un statut mixte, actif à 80%, et ménager à 20% est retenu. L'empêchement professionnel de 23,4% et celui ménager de 21%, de sorte que le taux d'invalidité global est de 23%, après que l'assurée ait recouvré sa capacité de travail à plein temps, en mars 2008. Par acte du 22 décembre 2011, l'assurée forme recours contre la décision, par l'entremise de son avocat. Elle conclut à l'annulation de la décision et au versement d'une rente complète au-delà du 30 juin 2008, à la comparution personnelle des parties et l'audition des Drs L _____ et H _____, subsidiairement à une expertise médicale pluridisciplinaire orthopédique et psychiatrique. En substance, elle fait valoir que les avis concordants des Drs L _____, R _____, V _____ et G _____, estimant qu'aucune activité professionnelle n'est envisageable en raison de l'importance des douleurs chroniques, doivent l'emporter sur celui de la CRR, dont l'absence de valeur probante a été admise par l'OAI, puisqu'il a annulé sa décision du 29 juillet 2009, réalisant qu'il était nécessaire de procéder à une nouvelle analyse médicale approfondie. Or, l'avis du SMR du 25 octobre 2010 est erroné, se fonde sur l'avis du Dr I _____ qui concerne l'époux de l'assurée. De plus, le Dr L _____ a confirmé la gravité des douleurs et l'impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle. Sur le plan psychique le SMR a complètement erré, ignorant les avis médicaux des Drs M _____, H _____ et de la Dresse U _____, qui estiment que l'assurée est totalement incapable de travailler en raison de troubles psychiques sévères. S'agissant des tâches ménagères, l'époux de l'assurée souffre de douleurs qui l'empêchent d'aider son épouse, la fille entreprend des études universitaires et ne peut donc pas participer activement aux tâches domestiques, l'assurée devant être considérée comme étant totalement incapable d'assumer de telles tâches. S'agissant d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA, il appartient à l'OAI de prouver l'amélioration de l'état de santé, rien n'indiquant qu'une amélioration se serait produite en juin 2008. Par décision du 26 janvier 2012, l'OAI annule sa décision du 22 novembre 2011 et prononce le renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, ce à quoi l'assurée s'est opposée, par le dépôt d'un nouveau recours (cause A/491/2012). Lors de l'audience du 28 février 2012 portant sur les deux causes, l'OAI a exposé que la décision du 22 novembre 2011 avait pour but d'instruire l'aggravation de l'état de santé évoquée par l'un des médecins de l'assurée à partir de juin 2011, la situation de juin 2008 à 2011 étant claire. L'assurée s'est opposée au renvoi de la cause à l'OAI pour une instruction complémentaire. La Cour a annulé la décision du 26 janvier 2012 par arrêt du 13 mars 2012 (cause A/491/2012). La présente cause (A/4497/2011) concernant le recours formé contre la décision du 22 novembre 2011 a suivi son cours. Par pli du 27 mars 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que l'expertise de la CRR du 14 avril 2008 était probante, de sorte qu'il était établi que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles dès le

19 mars 2008, soit à la fin de l'expertise, les rapports produits ne permettant pas de modifier la position de l'OAI. Postérieurement à 2011, l'OAI maintient sa position concernant le renvoi du dossier pour instruction complémentaire concernant cette période. L'assurée a encore déposé un long mémoire le 18 avril 2012, reprenant l'ensemble de la procédure et relevant, encore une fois, qu'il était miraculeux que l'incapacité totale de travail de l'assurée depuis le 28 octobre 2004 ait été remplacée par une totale capacité de travail, le 19 mars 2008. Elle soulève aussi les contradictions du rapport de la CRR, qui mentionne un syndrome algique extrêmement sévère, réfractaire à tous les traitements entrepris, une tendance dépressive depuis l'accident, mais conclut à une capacité de travail entière. Le Dr L_____, quant à lui, indiquait qu'il n'avait pas été possible de localiser l'organe cible responsable des douleurs, ce qui excluait toute intervention chirurgicale.

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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement et le 1^{er} janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93, consid. 6b, ATF 112 V 360, consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations postérieurement au 30 juin 2008, seul litigieux, doit être examiné en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2008, singulièrement sur l'amélioration de son état de santé, sur l'évaluation de sa capacité de travail et sa capacité ménagère. a) 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 (art. 7 LPGA). (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^{er} janvier 2008). b) 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. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). a) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). b) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment

détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). c) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4). a) 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, à ce motif, 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). 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). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (arrêt 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). b) Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique,

il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). A l'inverse, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. c) Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. 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'article 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 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2). b) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est

fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). En l'espèce, le rapport d'expertise de la CRR du 14 avril 2008 est probant. Il est fondé sur l'ensemble du dossier médical, des examens médicaux approfondis de l'assurée, mais aussi une évaluation en atelier et en physiothérapie. Il tient compte des plaintes de la patiente et ses conclusions sont motivées. Cette expertise a été ordonnée en complément de celles faites par l'assureur-accident et par l'assurée, mais qui avaient essentiellement pour but de déterminer le lien de causalité entre les troubles et l'accident, sans déterminer clairement la capacité de travail de l'assurée eu égard à l'ensemble du tableau médical, y compris la discopathie d'origine malade. Du point de vue somatique, les experts retiennent que les très importantes douleurs de l'assurée ne s'expliquent pas par l'examen clinique et radiologique, ce que les autres médecins ne contestent pas. Tous admettent que les fractures consécutives à l'accident d'octobre 2004 sont consolidées et n'expliquent pas l'importance des douleurs. Les examens neurologiques sont sans particularité, l'hypodysesthésie relevée par la Dresse Q _____ en 2006 n'est pas objectivée en 2008 et l'expertise du Dr S _____ de décembre 2006 conclut aussi à un examen neurologique normal. A noter que les Dr L _____ et V _____ indiquent que la symptomatologie douloureuse "doit avoir" ou "a probablement" un substrat organique, "aucune cause précise aux douleurs n'étant identifiée de manière certaine" et ne parviennent pas à la trouver malgré tous les examens faits et tous les traitements tentés. Ils retiennent ainsi que l'assurée est totalement incapable de travailler en raison de ces douleurs. Ainsi, sans remettre nullement en cause la réalité des douleurs de l'assurée, il s'avère qu'en l'état de la science actuelle en tout cas, celles-ci ne sont pas objectivées du point de vue médical, de sorte qu'elles ne peuvent pas être considérées comme invalidantes. C'est donc de façon convaincante que l'expertise de la CRR retient un trouble somatoforme douloureux, en l'absence de substrat organique à la symptomatologie douloureuse, symptôme déjà évoqué par l'expertise des Dr O _____ et N _____ en décembre 2005. S'agissant de la discopathie, l'imagerie indique qu'elle est modérée, mais les experts ont tenu compte de cette affection objectivés et des conséquences normales des suites de l'accident pour exclure toute capacité de travail en tant que concierge, alors que la capacité est entière en qualité de réceptionniste dans une régie, les limitations (alternance des positions et absence de port de charge important) étant respectées. S'agissant de la comorbidité psychiatrique, force est de constater qu'elle ne présente pas une gravité suffisante au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral pour être invalidante. Les experts relèvent que les symptômes d'un stress post traumatique, relevés par l'expert U _____ en 2006, font défaut en 2008. L'état dépressif est jugé modéré et le diagnostic de modification durable de la personnalité est écarté, seuls quelques changements non notables étant observés. A cet égard, l'avis divergent des deux psychiatres successifs de l'assurée postérieurement à juin 2008- pour autant qu'il soit vraiment divergent- ne saurait

être suivi. D'une part, le syndrome post commotionnel évoqué par le Dr M _____ n'est pas exclu par la CRR et le Dr T _____, mais l'IRM normale et l'absence de perte de connaissance permettent aux expert de retenir un TTC léger et d'exclure des séquelles post traumatiques. D'autre part, les symptômes d'un état de stress post traumatique et ceux d'une dépression grave n'auraient pas pu échapper à l'examen de la CRR compte tenu d'un séjour de trois jours sur place, avec des examens par différents médecins, mais aussi des maîtres d'atelier et des physiothérapeutes, plusieurs jours d'atelier lors desquels l'assurée n'a montré que des limitations liées aux douleurs et aucun trouble psychique grave. L'hospitalisation à Montana fin 2009 ne permet pas non plus de remettre en cause l'avis de la CRR, car c'est une hospitalisation en psychiatrie qui est prescrite en cas de troubles graves, même s'il semble établi que l'assurée connaît des périodes d'épisode dépressif plus sévère que d'autres. Il faut donc retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ne présentait pas, en tout cas jusqu'à l'aggravation mentionnée par le Dr H _____, de troubles psychiques suffisamment graves en lien avec un trouble somatoforme (TSD), pour être invalidants. Il s'avère en réalité que les psychiatres traitants retiennent - ce qui n'est pas contestable - que l'état dépressif de l'assurée, associé aux importantes douleurs, l'empêchent totalement de travailler, alors que les douleurs non objectivées et l'état dépressif associé sont présumés ne pas être invalidants. Au surplus, l'assurée ne réunit pas une partie des autres éléments de la jurisprudence concernant le caractère invalidant d'un TSD (absence de bénéfice tiré de la maladie et de perte d'intégration sociale notamment). Les conclusions de la CRR soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée de réceptionniste doivent donc être suivies. A cet égard, le fait que l'OAI ait annulé sa première décision en septembre 2009, pour procéder à une instruction médicale complémentaire n'était ni un aveu que l'expertise de la CRR ne serait pas probante, ni un engagement à procéder à une nouvelle expertise, mais avait pour but de permettre au SMR de se prononcer sur les rapports médicaux produits par l'assurée, et à l'OAI de se déterminer sur les parts respectives de l'activité professionnelle et ménagère eu égard à l'attestation de la régie X _____. Le grief de l'assurée à cet égard est ainsi également mal fondé. S'agissant de la réalisation des conditions de l'art 17 LPGA, il n'y a rien de miraculeux dans la date retenue (le 19 mars 2008) contrairement au grief de l'assurée. En effet, l'OAI a retenu la pleine capacité de travail de l'assurée à la date à laquelle celle-ci a été médicalement établie, soit à l'issue du séjour à la CRR (les experts antérieurs ne s'étant pas prononcés), sans que cela implique que la veille, l'assurée était totalement incapable de travailler. Ainsi, c'est à juste titre que l'OAI a alloué une rente entière d'invalidité jusqu'à la fin du 3^{ème} mois suivant le séjour à la CRR, au 30 juin 2008, puis supprimé la rente. Pour terminer, le statut mixte de l'assurée 20% ménager et 80% active n'est pas contesté. Les revenus d'invalidité et sans invalidité non plus et l'abattement de 10% n'est pas critiquable. Le rapport d'enquête ménagère remplit les exigences de la jurisprudence et l'assurée se borne à substituer son appréciation à celle de l'enquêtrice. Celle-ci a retenu des empêchements très conséquents dans la tenue du ménage de l'assurée, en raison des douleurs et de l'état dépressif de celle-ci. S'agissant de l'alimentation et des emplettes, c'est à juste titre que l'enquêtrice retient en 2009, eu égard à l'obligation de limiter le dommage, que le mari de l'assurée et sa fille aînée, alors âgée de 19 ans et collégienne, pouvaient se charger de faire les courses, la vaisselle et les repas les week-end (voire le soir) l'assurée restant capable de faire des repas simples pour la famille. Depuis 2010-2011, le fils, âgé de 12-13 ans, a pu prendre part à ces tâches et ainsi soulager sa sœur, étudiante. On peut éventuellement retenir que pour le nettoyage de la cuisine, l'assurée est suppléée par une aide ménagère et qu'elle ne réalise

plus de repas très élaborés, ce qui implique à la rigueur un empêchement de 10%. S'agissant des nettoyages, l'empêchement de 62% est largement compté, l'assurée reste capable de faire le ménage léger (poussière et lavabo), il est exigible des enfants qu'ils nettoient leurs chambres et la salle de bain, le reste est effectué par l'aide ménagère et constitue en bonne partie l'empêchement retenu. Il en va de même de l'entretien du linge, les tâches légères sont assumées par l'assurée, celles plus lourdes (sortir le linge et l'étendre) sont exigibles du mari et des deux enfants, l'empêchement de 55% incluant le travail de l'aide ménagère. Les douleurs lombaires du mari de l'assurée ne l'empêchent pas de faire les courses et la vaisselle et les indications données quant à sa courte pause de midi sont sans incidence puisque l'assurée admet être capable de préparer ce repas et que les enfants peuvent faire la vaisselle avant de retourner à l'école ou à l'Université. Les griefs de l'assurée sont donc mal fondés. Ainsi, en retenant 10% supplémentaires pour l'alimentation, soit 3,3% d'invalidité, l'invalidité ménagère est de 23,85%. Le taux d'invalidité global reste en dessous de 40% et n'ouvre donc plus de droit à la rente au-delà du 30 juin 2008 ($4,8\% + 19\% = 23,8\%$ arrondi à 24%). S'agissant finalement de l'éventualité d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, l'OAI avait proposé de reprendre l'instruction de la cause. En effet, l'annulation d'une décision après le dépôt d'un recours, sans donner droit aux conclusions du recourant, n'est pas une reconsidération au sens de l'art 53 LPGA et le recourant peut donc s'y opposer. En l'espèce, le Dr H_____ a produit plusieurs rapports consécutifs. Le 30 août 2010, il indique suivre la patiente depuis janvier et retient des épisodes dépressifs récurrents sévères et un état de stress post traumatique. En décembre 2010, il précise que l'assurée présente au moins deux épisodes dépressifs sévères par an.. En septembre 2011, il mentionne trois épisodes dépressifs majeurs, d'une intensité de 28 sur l'échelle de Hamilton. Le code CIM est toujours F32.2, ce qui correspond en effet à l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, la littérature retenant pourtant fréquemment des gestes et des idées suicidaires dans ce cas-là. Le psychiatre ne précise pas la durée des épisodes dépressifs, mentionnent qu'ils sont récurrents, fait état de deux ou trois épisodes par an. Il n'est ainsi pas possible de déterminer s'il y a eu une aggravation durable du trouble psychique dès janvier 2010 (et pas seulement juillet 2011), date à partir de laquelle le Dr H_____ a repris le suivi de la patiente et a fait état d'épisodes dépressifs sévères. Il est de plus prématuré d'ordonner une expertise psychiatrique tant il est vrai que l'OAI devra d'abord interroger le Dr H_____, éventuellement le Dr M_____, puis seulement, en fonction des indications de ceux-ci, ordonner une expertise psychiatrique. Celle-ci devra se fonder sur plusieurs entretiens avec l'assurée (étant rappelé que l'expertise de la CRR est aussi probante en raison de l'examen de la patiente sur 3 jours), l'ensemble du dossier médical et qui devra se prononcer sur la gravité du trouble, en précisant, le cas échéant, les motifs de discordance avec l'avis du Dr H_____, ou à l'inverse la date du début de l'aggravation. Pour procéder à cet examen, la cause sera renvoyée à l'OAI, la décision étant toutefois annulée seulement pour la période postérieure au 31 mars 2010, soit trois mois après l'éventuelle aggravation. Cette solution a l'avantage de mettre un terme à la procédure pour la période allant de l'accident en octobre 2004 au 31 mars 2010, sous réserve d'un recours au Tribunal fédéral. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et la décision du 22 novembre 2011 sera annulée, uniquement en ce qui concerne la période postérieure au 31 mars 2010. La recourante obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité limitée à 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au

paiement d'un émoulement de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet très partiellement. Confirme la décision du 22 novembre 2011 en tant qu'elle alloue une rente entière d'invalidité à la recourante du 1 er novembre 2005 au 30 juin 2008 et en tant qu'elle supprime cette rente dès le 1 er juillet 2008. Annule la décision du 22 novembre 2011 en tant qu'elle maintient la suppression de toute rente au-delà du 31 mars 2010 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire concernant une éventuelle aggravation de l'état de santé dès le 1 er janvier 2010. Met un émoulement de 200 fr. à la charge de l'intimé. Le condamne à un émoulement de procédure de 1'500 fr. en faveur de la recourante. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.