

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/225/2009

ATAS/1222/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 30 novembre 2010**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée au Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATO et Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs**

### **EN FAIT**

1. Madame R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1968, a travaillé à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2002 en tant que nettoyeuse dans une maison de quartier à raison de 18,8 h./sem. (ce qui représentait un taux d'occupation de 47%).
2. Le 13 novembre 2006, l'assurée a fait une chute dans les escaliers et s'est cogné la tête. Suite à cet accident, elle a été mise en arrêt de travail.
3. Dans un rapport du 9 février 2007, la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin à la permanence de Cornavin, a diagnostiqué une contusion occipitale sans pathologie osseuse. Il a par ailleurs attesté d'une totale incapacité de travail du 14 novembre au 3 décembre 2006.
4. Dans un rapport du 13 novembre 2007, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin à la permanence de Cornavin, a diagnostiqué des algies de la colonne vertébrale ainsi qu'un antélisthésis C4-C5 et C5-C6 avec paresthésies. Il a fait mention d'une reprise du travail à 100% dès le 4 mai 2007 alors que, dans divers certificats médicaux antérieurs, il avait attesté d'une totale incapacité de travail à compter de cette même date.
5. Le 10 décembre 2007, le Dr C\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste, a reçu l'assurée en consultation avant d'établir un rapport dont il ressort qu'elle se plaignait de douleurs cervicales et dorsales persistantes sans troubles neurologiques associés et de douleurs diffuses et de se sentir de plus en plus déprimée. Les radiographies de la colonne cervicale ne montraient rien de bien particulier; celle de la colonne lombaire en revanche, laissait suspecter une petite scoliose. Le médecin a dit n'avoir trouvé aucun argument anatomique ou radiologique pour expliquer les douleurs cervico-dorso-lombaires de la patiente, dont il a estimé qu'elle souffrait d'un trouble architectural global de la colonne, antérieur à son accident. Il l'a encouragée à reprendre progressivement une activité physique légère.
6. Le 10 janvier 2008, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
7. Le 18 février 2008, son assureur-accidents l'a informée qu'il mettait un terme à ses prestations dès le 1<sup>er</sup> juin 2007 au motif qu'au-delà, il n'y avait plus de lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident du 13 novembre 2006.
8. Le 5 juin 2008, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures de réadaptation en arguant que ces dernières n'étaient pas envisageables vu l'état de santé de l'assurée.
9. Dans un rapport du 7 juillet 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une probable lésion du ligament postérieur de la colonne cervicale présente depuis le 16 novembre 2006 et une fibromyalgie. Il a relaté que la patiente se plaignait de fortes

douleurs à la colonne cervicale scapulaire et lombaire. Selon lui, l'incapacité de travail était totale depuis le 4 mai 2007. Le médecin a émis l'avis que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible de l'assurée mais que les restrictions rencontrées par cette dernière pouvaient être réduites par un travail varié.

10. Le soin de procéder à une expertise a été confié au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité de Genève (COMAI).

L'assurée, accompagnée de sa fille, a été examinée le 8 août 2008 par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et le 18 août 2008 par le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avec l'assistance d'une traductrice.

Elle s'est plainte de douleurs dans la région occipitale et la nuque, de troubles du sommeil, de nervosité, d'irritabilité et de fatigue. Elle a allégué ne rien faire de ses journées à part dormir et rester assise à regarder dans le vide et marcher deux fois par jour avec son mari pendant une heure à une heure et demie. L'assuré a expliqué avoir repris le travail à 50% le 3 décembre 2006 jusqu'à ce que la recrudescence des cervicalgies et des nausées n'entraîne un arrêt de travail définitif, le 3 mai 2007.

À l'examen, le Dr D\_\_\_\_\_ a constaté une limitation de la mobilité cervicale active avec des contractures paravertébrales et l'absence de symptômes neurologiques. Il a relevé la présence de 12 points de fibromyalgie sur 18.

Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il a décrit la patiente comme extrêmement plaintive et démonstrative et a relevé qu'elle avait adopté des comportements algiques qui avaient disparu au cours de l'entretien pour réapparaître à la fin. Le médecin a constaté un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. Il a expliqué que la collaboration était difficile (importantes digressions). Il a dit n'avoir observé ni ralentissement psychomoteur, ni fatigue marquée en fin d'entretien, ni tristesse, ni problèmes de concentration et de mémoire. En revanche, il a noté de l'anxiété, des comportements passifs agressifs et le fait que l'assurée donnait l'impression d'avoir des faibles capacités d'élaboration psychique.

Dans son évaluation psychiatrique du 25 août 2008, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) présent depuis novembre 2006, une dysthymie (F34.1) présente depuis novembre 2006 et des traits de personnalité passive agressive. Le médecin a estimé que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, dont il a jugé qu'elle ne rencontrait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique et pourrait exercer son activité habituelle à raison de huit heures par jour sans diminution de rendement. Selon lui, on pouvait raisonnablement exiger de l'intéressée un effort de volonté pour surmonter les effets de sa maladie.

Dans leur rapport interdisciplinaire du 29 septembre 2008, les experts n'ont finalement retenu comme diagnostic susceptible d'influencer la capacité de travail de l'assurée que ses cervicalgies chroniques. Ils ont également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail : une hypertension artérielle traitée, un trouble somatoforme indifférencié, une dysthymie, des traits de personnalité passive agressive et une anémie ferriprive.

Les experts ont admis que l'assurée devait éviter les gestes répétitifs et le port de charges de plus de 10 kg en raison des contractures musculaires de sa ceinture scapulaire dont ils ont estimé qu'elles induiraient une diminution de rendement de 20%.

Pour le reste, ils ont considéré que la capacité de travail de l'assurée était totalement préservée à condition de respecter les limitations énoncées. Selon eux, l'activité exercée précédemment était encore exigible et ce, à raison de huit heures par jour. Il y avait certes eu totale incapacité de travail durant un laps de temps de trois à six mois à compter du 13 novembre 2006 (date de la chute) mais au-delà, l'incapacité persistante était moins causée par les problèmes médicaux que par des problèmes motivationnels et socioculturels. En effet, rien n'empêchait l'assurée, sur le plan psychique, de s'habituer au rythme de travail ou d'utiliser ses ressources existantes.

Au vu du processus d'invalidation avancée, les experts ont souligné qu'une réinsertion professionnelle devrait passer par un conditionnement physique et psychique pour permettre à l'assurée de se réapproprier l'idée qu'elle était apte à utiliser son corps sans le mettre en danger (par exemple, un stage professionnel de quelque trois à six mois).

Selon eux, la capacité de travail aux postes occupés précédemment pourrait être améliorée par un soutien psychothérapeutique et un traitement antidépresseur, d'une part, par une physiothérapie de reconditionnement musculaire et de relaxation, d'autre part, ce qui permettrait de limiter le processus d'invalidation et de retrouver une capacité de travail complète en quelques mois.

11. Le dossier de l'assurée a été soumis au service médical régional AI (SMR) et plus particulièrement au Dr F\_\_\_\_\_ qui, en date du 16 octobre 2008, a émis l'avis qu'on pouvait admettre qu'un processus de type fibromyalgique s'était mis en place, qui expliquerait les douleurs cervicales alléguées et une partie de la fatigue. Pour le reste, il a indiqué ne pouvoir adhérer à l'idée d'une reprise d'activité progressive du travail par le biais d'un stage, car les raisons invoquées à l'appui de cette solution sortaient du champ médical. Il lui paraissait acceptable de compter six mois d'arrêt de travail complet après la contusion cervicale, comme l'avait d'ailleurs fait l'assurance-accidents, mais de considérer qu'à compter de juin 2007, l'assurée avait entièrement recouvré sa capacité de travail et ce, dans quelque activité que ce fût. Le

processus fibromyalgique ne pouvait être considéré comme invalidant en l'absence de comorbidité psychique sévère ou de traitement médicamenteux efficace.

12. Le 24 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il s'apprêtait à rejeter sa demande de rente. A l'appui de sa position, l'OAI se référait au rapport du SMR.
13. Le 20 novembre 2008, l'assurée a informé l'OAI que son état faisait l'objet d'une évaluation par le service de médecine interne de réhabilitation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) depuis le 11 novembre et pour une durée de deux semaines à un mois. Elle a suggéré d'en attendre les résultats.
14. Par courrier du 21 novembre 2008, le Dr B \_\_\_\_\_ a expliqué à l'OAI que la situation de l'assurée s'était fortement aggravée depuis le dépôt de la demande de prestations. A l'appui de ses dires, il a joint un certificat des HUG attestant que la patiente avait été hospitalisée le 19 novembre 2008 pour une durée indéterminée pour des investigations multiples, notamment au niveau cardiaque.
15. Par décision du 8 décembre 2008, l'OAI a formellement nié le droit de l'assurée à une rente.
16. Par acte du 23 janvier 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle conclut principalement à l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008 ainsi qu'à celui de mesures professionnelles, sous suite de dépens.

La recourante reproche aux experts de s'être basés sur une anamnèse ne reflétant pas fidèlement la réalité faute d'interprète, d'avoir minimisé ses plaintes, de ne pas avoir analysé sa capacité de travail en fonction des critères jurisprudentiels en matière de fibromyalgie et de ne pas avoir suffisamment motivé leurs conclusions.

Elle fait grief à l'expert psychiatre d'avoir procédé à une appréciation sommaire et subjective dès lors qu'il n'a pas utilisé de tests psychométriques et en tire la conclusion que le rapport d'expertise ne peut se voir reconnaître de valeur probante, d'autant que selon le Dr G \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, elle souffre d'un épisode dépressif sévère et d'un trouble panique sévère depuis 18 mois, c'est-à-dire d'atteintes graves qui remettent en cause l'appréciation des experts.

Au demeurant, selon elle, les différents documents médicaux attestent tous de l'existence de nombreuses atteintes, notamment psychiques, ayant un caractère invalidant et dont le cumul devrait entraîner, en tenant compte d'un contexte global, une diminution évidente de sa capacité de travail.

À l'appui de son recours, elle produit divers documents médicaux, au nombre desquels, notamment ceux-ci :

- un rapport établi le 1<sup>er</sup> décembre 2008 par la Dresse H\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, suite au séjour de l'intéressée du 11 au 27 novembre 2008 dans le service de médecine interne de réhabilitation des HUG; y sont retenus à titre de diagnostics, principalement, un état dépressif sévère, secondairement, une syncope sur hyperventilation dans le cadre d'attaques de panique, des cervicalgies chroniques post-traumatiques sans déficit neurologique et une anémie normochrome normocytaire ferriprive; il est expliqué que la patiente a été adressée au service par son psychiatre dans le cadre d'un état dépressif sévère, pour une adaptation de l'antalgie destinée à lutter contre ses cervicalgies chroniques post-traumatiques invalidantes et pour un bilan de syncopes apparues une semaine avant l'hospitalisation; la Dresse H\_\_\_\_\_ a exclu une origine cardiaque, épileptique, électrolytique, médicamenteuse et une atteinte du système nerveux central, et finalement retenu comme cause des pertes de connaissance une probable hyperventilation dans le contexte d'attaques de panique mises en évidence lors du séjour; un scanner cervical n'a montré aucune lésion organique expliquant les cervicalgies chroniques; il a été précisé qu'après introduction d'un traitement antalgique, l'état de l'assurée avait évolué favorablement;

- un rapport rédigé le 19 janvier 2009 par le Dr G\_\_\_\_\_, que l'assurée a consulté le 3 novembre 2008 en raison d'une symptomatologie anxio-dépressif sévère; le médecin y précise avoir décidé d'hospitaliser la patiente en raison de l'intensité des douleurs qu'elle disait ressentir à la base du cou et d'une situation familiale dramatique; l'assurée en était arrivée au point de ne plus supporter le bruit d'une simple discussion entre ses enfants; elle ne cuisinait plus depuis plus d'une année; elle disait avoir complètement perdu confiance en elle, se sentir incapable et évaluait son estime de soi à 1 sur une échelle de 1 à 10; elle disait se sentir très déprimée; son aptitude à penser et à se concentrer était en nette diminution; son sommeil était aléatoire et le réveil toujours difficile avec d'emblée une sensation de fatigue extrême; l'assurée était par ailleurs depuis un an l'objet d'hallucinations visuelles et auditives (des morts l'invitaient à la rejoindre dans l'au-delà); elle décrivait des pensées récurrentes de mort avec idées suicidaires (sans passage à l'acte en raison de ses convictions religieuses); elle souffrait également d'attaques de panique récurrentes survenant le plus souvent de façon spontanée et apparues pour la première fois trois mois après l'accident; le Dr G\_\_\_\_\_ a dit n'avoir pu observer d'amélioration sensible suite à la prise en charge de l'assurée; il a conclu à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et à un trouble panique sévère (F41.01) dont il a fait remonter l'apparition à dix-huit mois; le médecin a réservé son pronostic au vu de la durée de la période de décompensation et du contexte socio-économique peu favorable et a préconisé l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'à ce que sa patiente puisse reprendre le dessus.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 février 2009, a conclu au rejet du recours.

S'agissant des critiques formulées par la recourante sur le déroulement de l'expertise, l'intimé a demandé qu'il soit vérifié, lors d'une comparution personnelle, si la recourante ne maîtrisait pas suffisamment la langue française pour qu'une expertise fût menée dans cette langue et que ses interventions soient comprises par l'expert.

Se référant à l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ selon lequel l'assurée aurait subi une décompensation psychique sévère suite à la décision de refus de prestations (puisque la lettre de sortie des HUG ne contenait aucun élément objectif venant étayer les diagnostics d'épisode dépressif sévère et d'attaques de panique) mais qui s'amendrait par la médication en cours - l'intimé a allégué que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ était plus basé sur les allégués de l'assurée que sur des éléments objectifs, lesquels n'étaient pas suffisants pour le conduire à modifier ses conclusions.

18. Le 30 avril 2009, les parties ont été entendues par le Tribunal de céans dans le cadre d'une audience de comparution personnelle, en présence d'un interprète.

La recourante a déclaré comprendre assez bien le français car ses enfants ont été scolarisés à Genève et le parlent couramment. Elle les aide en albanais et eux-mêmes l'aident en français. Elle se débrouille ainsi dans la vie de tous les jours.

Elle a dit avoir bien compris les questions qui lui ont été posées lors de l'entretien avec l'expert psychiatre, mais avoir en revanche eu du mal à s'exprimer, notamment en raison d'une attaque de panique qui l'a opprimée.

Elle a allégué qu'une crise de panique analogue l'avait saisie lors d'une consultation chez le Dr G\_\_\_\_\_. Elle avait serré les dents involontairement, ses poings s'étaient crispés et il lui avait été difficile de respirer. Le médecin avait dû l'adresser aux HUG.

Quant à l'expert psychiatre, il a bien vu qu'elle n'arrivait plus à parler, mais n'a sans doute pas compris ce qui lui arrivait car il n'a pas réagi. Sa fille de 16 ans lui a pourtant expliqué l'état de sa mère, mais le médecin n'aurait pas écouté : alors qu'elle a eu le sentiment "d'être sur le point de mourir", il s'est contenté d'en rire.

Le second volet de l'examen a duré deux heures durant lesquelles elle n'a pas pu quitter cet état de panique.

La recourante a précisé que le premier médecin l'a examinée et l'a auscultée alors que le second s'est contenté de parler avec elle, sans l'assistance d'un traducteur mais en présence de sa fille. Ce n'est que chez le troisième médecin qu'une traduc-

trice s'est présentée. Les trois consultations se sont déroulées les unes à la suite des autres dans le même endroit, durant quatre heures et demie environ.

L'assuré a expliqué qu'il lui arrive très souvent de pleurer, qu'elle fait de nombreux cauchemars morbides, qu'elle rêve ainsi que les morts viennent la chercher; cela déclenche chez elle des angoisses telles qu'une difficulté à respirer s'ensuit. Sans les médicaments, ses mains et ses pieds tremblent et/ou sont crispés. Ce sont ses quatre enfants et son mari qui s'occupent des tâches ménagères.

Pour sa part, l'intimé a souligné que seule une partie de l'expertise s'était déroulée en l'absence d'interprète et en présence de la fille de la recourante puisque le Dr E \_\_\_\_\_ était accompagné d'une traductrice.

Le Tribunal a constaté que les phrases formées par la recourante étaient syntaxiquement incorrectes, qu'elle s'exprimait plutôt par substantifs mais qu'elle arrivait à se faire comprendre dans les grandes lignes.

19. Le 8 mai 2009, la recourante a produit de nouvelles pièces, notamment un rapport du 4 mars 2009 du Dr I \_\_\_\_\_, généraliste FMH. Ce dernier y exprime l'avis que sa patiente est de toute évidence médicalement inapte à l'emploi en raison d'une problématique certainement d'origine psychiatrique. Le médecin la décrit comme sujette à des angoisses et à des troubles du sommeil, ne supportant ni le bruit, ni la lumière trop intense, ne faisant plus rien à la maison et dormant la plupart du temps.
20. Par écriture du 27 mai 2009, l'intimé a soutenu que la recourante n'ayant pas démontré que sa compréhension du français avait eu une incidence sur le déroulement des entretiens d'expertise, l'expertise du COMAI devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'intimé a rappelé par ailleurs que les rapports des médecins traitants doivent se voir reconnaître une valeur probante moindre au vu du parti qu'ils prennent naturellement pour leur patient.

L'intimé a joint à son écriture un nouvel avis du Dr F \_\_\_\_\_, daté du 20 mai 2009. Ce dernier y exprime l'opinion que les nouveaux rapports médicaux produits par la recourante ne permettent pas de modifier les conclusions de son rapport du 16 octobre 2008.

21. Le 26 novembre 2009, le Tribunal de céans a confié un mandat d'expertise à la Dresse J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie en précisant que cette dernière devrait être assistée par un interprète et procéder à des tests psychologiques permettant d'objectiver les troubles de la recourante.

22. Le 7 décembre 2009, la recourante a attiré l'attention du Tribunal sur le fait que l'interprète devait être de langue albanaise.
23. La Dresse J\_\_\_\_\_ a rendu rapport en date du 14 juillet 2010. Il y est précisé que la recourante est venue accompagnée de son fils et que ce dernier a participé aux entretiens ambulatoires.

La recourante s'est plainte spontanément de douleurs de la tête et de la colonne cervicale, de symptômes neurologiques sous forme de crispation des mains, de tristesse, d'une impossibilité à accomplir quelques actes de la vie quotidienne et d'être dépendante à l'égard de la famille.

L'anamnèse dirigée a mis en évidence une fatigue extrêmement intense présente dès le réveil, une énergie fortement diminuée, une tristesse avec pleurs, une sensation fréquente de souffle coupé avec impression de mort imminente et une intolérance au bruit provoquant une espèce de déconnexion de la réalité.

Lors de son examen, l'expert a constaté une nette diminution de l'énergie vitale, une asthénie présente tout au long de la journée, une tristesse focalisée sur le vécu anxieux et algique, un sentiment de perte d'espoir avec pessimisme de l'humeur, la présence d'une phobie avec peurs irraisonnées incoercibles, fixée, se manifestant à l'extérieur par des réactions d'évitement, des obsessions avec idées fixes à l'égard de la mort, une anxiété psychique majeure et une abolition de la sociabilité avec invalidation sociale.

En revanche, la Dresse J\_\_\_\_\_ n'a constaté ni hallucinations, ni éléments de la lignée délirante, ni troubles du moi.

Un examen sommaire sur le plan neuropsychiatrique a mis en évidence une très discrète désorientation temporelle, une acalculie, une indistinction gauche-droite et une très légère tendance à une héminégligence droite, sans alexie.

En définitive, l'expert a diagnostiqué : une agoraphobie avec troubles paniques, des taux sériques de psychotropes subtoxiques, une anémie microchrome, microcytaire, ferriprive, une hypovitaminose, une discrète arthrose cervicale C4-C5 et une suspicion de syndrome de Gerstmann.

En raison de l'agoraphobie avec troubles paniques, la Dresse J\_\_\_\_\_ a conclu à une totale incapacité de travail, dont elle a fait remonter le début à une période proche de l'accident du 13 novembre 2006 en précisant que cette appréciation ne prenait pas en compte des facteurs psychosociaux ou socioculturels.

24. Par écriture du 28 juillet 2010, l'OAI a demandé la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire. Il fait grief à l'expert d'avoir retenu d'autres diagnostics que ceux posés auparavant sans expliquer pourquoi il écartait ces derniers

ni pourquoi il retenait les nouveaux. Il soutient que la Dresse J\_\_\_\_\_ n'a pas suffisamment motivé ses conclusions et que les diagnostics retenus reposent principalement sur les plaintes de la recourante malgré que celles-ci n'aient pas pu être objectivées dans le cadre de l'expertise.

Quant aux explications de l'expert sur l'éventuelle origine organique du tableau psychiatrique, sur l'adhérence de la recourante à la stratégie thérapeutique, sur l'interprétation des résultats du dosage sérique du 2 février 2010, sur l'étiologie de l'anémie ferriprive et sur le possible syndrome de Gerstmann, elles recèlent selon l'intimé de nombreuses zones d'ombre.

Il ajoute que l'absence d'un interprète neutre lors de l'expertise a pour conséquence qu'on ne saurait adhérer aux conclusions de l'expert.

Il produit enfin un nouvel avis du Dr F\_\_\_\_\_ qui relève notamment que le rapport d'expertise ne fait nulle mention de la fréquence des crises de panique, que l'examen médical a été biaisé par la présence du fils de la recourante et par le fait que la mesure sanguine des psychotropes n'a pas été répétée malgré le doute quant à la prise du traitement.

25. Dans son écriture du 19 août 2010, la recourante a quant à elle soutenu que l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle s'étonne néanmoins que l'expert n'ait pas mentionné la classification internationale des diagnostics retenus et n'ait pas retenu celui d'état dépressif pourtant posé par deux autres médecins. Elle reproche à l'expert d'avoir traité de manière particulièrement légère la question de sa compliance. A cet égard, la recourante affirme se soumettre au traitement médicamenteux qui lui a été prescrit. S'agissant du taux sérique de psychotropes subtoxiques, elle allègue que soit elle a pris une double dose en raison de ses troubles cognitifs, soit elle souffre d'un problème de métabolisme.

### **EN DROIT**

1. Dans son ordonnance d'expertise du 26 novembre 2009, le Tribunal de céans a déjà traité les questions relatives à sa compétence, au droit applicable et à l'objet du litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensem-

ble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte invalidante à la santé psychique suppose en principe la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu ( cf. ATF 130 V 402 consid. 6.3 ; ATFA non publié I 701/04 consid. 1.4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

En vertu de l'art. 28 al. 1 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.

3. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

Lorsque, 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 principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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; 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\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).

4. En l'espèce, la Dresse J\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport d'expertise après avoir pris connaissance du dossier constitué par l'intimé et examiné la recourante à deux reprises, en février 2010. Lors de ses examens, l'expert a observé principalement un appauvrissement de la pensée, une nette réduction de l'énergie vitale, un sentiment de perte d'espoir avec pessimisme de l'humeur, une phobie avec peur irraisonnée se manifestant à l'extérieur par des réactions d'évitement, des obsessions avec idées fixes associées à un sentiment pénible, une anxiété psychique majeure, une perte de l'estime de soi, une abolition de la libido, une abolition de la sociabilité et une intolérance au bruit. Elle a justifié le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique par la présence, de manifestations anxieuses psychiques et neurovégétatives survenant essentiellement dans des situations d'exposition telles la foule, les magasins, les

endroits publics où le déplacement sans accompagnement s'avère impossible, mais aussi d'un comportement d'évitement dont elle a précisé qu'il était au premier plan des symptômes, et d'une anxiété épisodique paroxystique (trouble panique) dont les épisodes restent imprévisibles.

L'intimé soutient que le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique repose sur les seules plaintes de la recourante, non objectivées lors de l'expertise. Or, le diagnostic psychique a cette particularité qu'il repose tant sur les plaintes de l'assuré que sur l'examen clinique du médecin. Par conséquent, il appartient à ce dernier de confirmer ou infirmer les plaintes de l'expertisé au vu de ses observations médicales et de son expérience. La Dresse J \_\_\_\_\_ a strictement rempli son mandat d'expert, puisque, sur la base des constatations faites de son examen clinique, elle a relativisé plusieurs des plaintes de la recourante (notamment le ralentissement de la pensée, la réduction de l'énergie vitale, la perplexité face à son avenir, l'asthénie affective qu'elle a jugée bien inférieure à celle éprouvée). Au vu des explications données par l'expert, on ne voit pas en quoi le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique ne correspondrait pas à ses constatations.

En définitive, le rapport d'expertise, établi après quatre entretiens téléphoniques avec le Dr G \_\_\_\_\_, s'avère conforme aux Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques (Bulletin des médecins suisses 2004/85 p. 1905ss). En effet, il contient une partie consacrée à une discussion générale du cas, où sont intégrés, dans un tableau global cohérent, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives, l'observation clinique et le résultat des examens complémentaires pratiqués. De plus, il comporte des conclusions cohérentes et motivées de façon convaincante en tant qu'il explique pourquoi l'expert retient le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique et non ceux de troubles dépressifs, de troubles obsessionnels ou de phobie sociale. En outre, l'appréciation de la capacité de travail - considérée comme nulle par l'expert depuis une période proche de l'accident du 13 novembre 2006 - correspond pour l'essentiel à celle faite par le Dr G \_\_\_\_\_, dans son rapport du 19 janvier 2009 (totale incapacité de travail depuis dix-huit mois, soit depuis juillet 2007).

Les réserves émises par le Tribunal de céans dans son ordonnance d'expertise du 26 novembre 2009 concernant la valeur probante de l'expertise du COMAI au regard des constatations divergentes et des explications motivées du psychiatre traitant ne peuvent être que confirmées. En effet, dans son évaluation psychiatrique du 25 août 2008, le Dr E \_\_\_\_\_ est parti du constat que la recourante ne parvenait pas à répondre à plusieurs de ses questions. Il en a déduit l'absence d'épisode d'anxiété paroxystique ou d'agoraphobie, d'éléments d'anxiété généralisée ou encore de troubles de la perception, ce qui est contredit par l'anamnèse des autres rapports médicaux. Force est de constater que dans ces circonstances, les conclusions des experts du COMAI reposent sur une anamnèse erronée et n'ont donc pas

de valeur probante. Au vu des conclusions de l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_, qui corroborent l'appréciation de la capacité de travail de la recourante faite par le Dr G\_\_\_\_\_, il y a lieu d'écarter le rapport du COMAI.

Selon l'intimé, la valeur probante du rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ serait également remise en question par le fait que le diagnostic finalement retenu ne l'ait jamais été auparavant, par l'existence de nombreuses zones d'ombre et l'absence d'interprète extérieur.

Le fait que l'expert judiciaire ait retenu d'autres diagnostics que les autres médecins ne constitue pas en soi un motif pour nier la force probante de ses conclusions (cf. ATF non publié 9C\_620/07 du 25 avril 2008 consid. 3.2). De plus, la Dresse J\_\_\_\_\_ précise que les rares symptômes dépressifs obsessionnels et de phobie sociale ne sont pas au premier plan mais résultent de toutes les formes d'évitement (replis social) ou de l'anticipation anxieuse avec invalidation. Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimé, elle explique pourquoi elle n'a pas retenu les mêmes diagnostics que les autres psychiatres.

Quant aux "nombreuses zones d'ombre" évoquées par l'intimé et relatives à l'étiologie de l'anémie ferriprive, à l'origine de la dose subtoxique d'antidépresseur, à l'adhérence de la recourante à une stratégie thérapeutique, à l'éventuelle origine organique du tableau psychiatrique et au possible syndrome de Gerstmann, il y a lieu d'observer qu'au contraire, elles montrent à quel point le travail de l'expert est fouillé puisqu'il s'est posé des questions que ne s'étaient pas posées ses confrères auparavant. Or, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF non publié 9C\_443/2008 du 28 avril 2009). Dès lors, contrairement à ce que soutient l'intimé, il ne lui appartenait pas de faire procéder à des examens complémentaires dans le cadre de son mandat d'expertise d'autant plus que les « zones d'ombre » invoquées n'ont pas d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante à partir de l'accident du 13 novembre 2006 et jusqu'à la date de la décision litigieuse, seule pertinente dans le cadre de la présente procédure. S'agissant de l'éventuelle adhérence incomplète au traitement, il convient de relever qu'il s'agit d'une des raisons pour lesquelles les experts du COMAI ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, soit un diagnostic posé par exclusion qui n'a pas été retenu par la Dresse J\_\_\_\_\_ au vu de son diagnostic final.

Enfin, on rappellera que l'exercice du droit à un interprète découle de l'art. 29 al. 2 Cst. La condition sine qua non pour faire valoir un droit à l'interprète est qu'un problème de langue fasse obstacle au bon déroulement de la procédure ou lèse les droits de l'assuré (ATF non publié 6B\_380/2008 du 4 août 2008, consid. 4.1). Par conséquent, un tel droit ne peut être invoqué que par la personne qui ne parle pas la langue de la procédure, soit dans une procédure du droit des assurances sociales, l'assuré. Étant donné que la recourante ne soulève aucun grief sur l'activité

d'interprète accomplie par son fils lors de l'expertise, l'intimé ne peut en tirer aucun argument d'autant plus que ses griefs consistent en de simples suppositions nullement établies. En effet, la qualité d'une expertise doit être examinée au regard de son contenu matériel qui, seul, permet en définitive d'apprécier le droit litigieux (cf. ATF non publié 9C\_359/2009 du 26 mars 2010, consid. 4.2). Or, dans la mesure où le contenu matériel de ladite expertise permet de trancher le litige, aucun grief de qualité ne peut être retenu. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient l'intimé, en pratique il est extrêmement rare que le recours à un interprète professionnel soit nécessaire car, soit l'assuré bénéficie de l'assistance d'un avocat, d'un membre d'une autorité ou institution qui l'assiste, soit un membre de sa famille (enfant qui a fait sa scolarité en Suisse) ou un ami qui maîtrise la langue utilisée l'accompagne (BLANC, la procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, p. 230 note 1104).

S'agissant des griefs de la recourante, il y a lieu de préciser que, même si la Dresse J\_\_\_\_\_ n'a pas fait référence à un système de classification reconnu sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique n'amointrit pas la valeur probante de son rapport d'expertise dans la mesure où il est connu et permet de se faire une idée précise de l'étendue du trouble dont souffre la recourante (cf. ATFA non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4).

En définitive, les réponses apportées par l'expert aux questions posées par le Tribunal de céans apparaissent complètes et convaincantes. Son rapport ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes. Par ses critiques, le médecin du SMR tente de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert mais ne démontre pas de carence évidente dans l'évaluation.

Par conséquent, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert et, partant, de conclure à une totale incapacité à exercer la moindre activité depuis l'accident du 13 novembre 2006.

5. Reste à déterminer le degré d'invalidité et le moment où est né l'éventuel droit à une rente.

Selon la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES, si le cas d'assurance survient avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable.

En l'espèce, l'incapacité de travail d'au moins 40% remonte au 14 novembre 2006 et la demande de prestations a été déposée le 10 janvier 2008. Par conséquent, la survenance du cas d'assurance - soit la naissance éventuelle du droit à la rente - se situe en novembre 2007, le délai de carence ayant commencé à courir le 14 novembre de l'année précédente (art. 29 al. 1 let. b aLAI). Aussi, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être reconnu dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007 (art. 28 aLAI).

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus : art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA, méthode spécifique art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA, méthode mixte art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

S'agissant du choix de la méthode pour déterminer le degré d'invalidité, force est de constater que la recourante travaillait jusqu'à son accident à un taux de 47% ce qui semble dénoter un statut mixte pour lequel il conviendrait d'appliquer la méthode mixte (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

Or, de même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 28a al. 2 et 3 LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. 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).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI; chiffres 3084 ss dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008).

En l'espèce, l'intimé n'a pas établi le statut de la recourante et n'a procédé à aucune instruction telle qu'enquête ménagère et appréciation médicale concernant les divers empêchements dans la tenue du ménage. Par conséquent, le Tribunal de céans peut uniquement conclure que la recourante présente une invalidité de 100% pour ce qui a trait à son activité professionnelle et renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire s'agissant des tâches ménagères.

6. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 8 décembre 2008 annulée au sens des considérants et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire s'agissant du statut de la recourante et des ses empêchements sans les activités ménagères, puis nouvelle décision.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 2'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision de l'OAI du 8 décembre 2008.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité - dont il appartiendra à l'intimé de fixer le taux - dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007 au sens des considérants.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
7. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
8. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le