

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3514/2011

ATAS/530/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 avril 2012

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au Grand-Lancy, recourante
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY
Marlène

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE intimité
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1966, originaire de Serbie et Monténégro, mariée et mère de trois enfants, nés en 1992, 1993 et 1994 est arrivée en Suisse le 26 décembre 1996.
2. Elle a été assistée par l'Hospice général puis a travaillé en qualité de nettoyeuse en 2005 et 2006, de patrouilleuse scolaire de 2006 à 2008, et elle a ensuite été au chômage.
3. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 17 mars 2010.
4. Selon le rapport de la ville de Lancy, qui employait l'assurée en tant que patrouilleuse, celle-ci travaillait 3h.45 par semaine pour un salaire-horaire, incluant les indemnités de vacances et le treizième salaire, de 30 fr. 40. L'assurée a travaillé du 28 août 2006 au 27 juin 2008 (fin de l'année scolaire) et elle a elle-même résilié le contrat de travail, car elle aurait trouvé un emploi à plein temps.
5. L'assurée a été au chômage depuis le 1^{er} septembre 2008 et mise au bénéfice d'un contrat de travail avec l'Etat de Genève, dans le cadre du programme cantonal d'emploi et de formation, en qualité d'aide de home, dans un EMS, du 6 avril 2010 au 7 octobre 2010, à 50%.
6. Selon le Dr L_____, cardiologue de l'assurée depuis juin 2003, les suites de la plastie mitrale avec anneau et l'insuffisance aortique modérée connue depuis 1997 n'impliquent aucune restriction sur l'activité actuelle de l'assurée, soit femme au foyer, la patiente est stable, consulte le médecin pour un contrôle annuel, le pronostic est bon, elle est capable de travailler à 100% en tant que femme au foyer mais estime, elle, être capable à 50% seulement (rapport du 1^{er} avril 2010).
7. Selon la Dresse M_____, médecin-traitant de l'assurée depuis mai 2002, l'assurée souffre d'un épisode dépressif (F.32) avec effet sur la capacité de travail depuis plusieurs années, ainsi que de diverses affections (hypothyroïdie, hépatite, cervicalgie, etc.), sans répercussion. Les plaintes récurrentes limitant la capacité de travail de la patiente sont : asthénie, tristesse, diminution de l'élan vital, troubles du sommeil, douleurs diffuses, notamment cervicales et du membre inférieur gauche. L'assurée travaille à 50% comme aide-soignante auprès de personnes âgées, mais présente une nette aggravation des symptômes dépressifs, liés selon elle à la nature de son travail, de sorte qu'elle peut difficilement travailler à plus de 50%. Elle est suivie par la Dresse N_____, du Centre de psychologie clinique (rapport du 21 avril 2010).
8. Selon la Dresse N_____, psychiatre de l'assurée depuis novembre 2008, la patiente souffre d'un trouble dépressif récurrent, avec syndromes somatiques

(F33.11; Z73.3; Z60.8 et Z75.2) depuis octobre 2008. Les symptômes actuels sont des troubles de la mémoire, de la concentration, un manque d'énergie, d'élan vital, une perte de la libido, une dépression marquée le matin, un ralentissement à l'entretien et des idées noires, ainsi que des troubles du sommeil. Le médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail, dès lors que selon elle sa patiente est femme au foyer et n'a jamais travaillé (rapport daté du 31 mars 2010, signé par la Dresse N _____, sous le sigle centre de psychologie clinique (CPC), mais reçu le 19 mai 2010).

9. Le Service médical régional AI (SMR) constate que le rapport psychiatrique est lacunaire et souhaite des détails sur l'évolution des symptômes, sur le traitement administré, les mesures sanguines effectuées et des éléments objectifs. La Dresse V. N _____ répond en juillet 2010 (toujours sur papier à entête du CPC) que la patiente souffre d'une dépression durable avec une symptomatologie qui se traduit par un manque d'élan vital et un manque d'énergie, ainsi qu'une grande fatigabilité. La symptomatologie anxieuse a fait une évolution favorable mais la patiente porte une attention concentrée sur son propre corps avec une plainte constante de douleurs multiples et récidivantes. Le traitement est du ZOLOFT 50 mg 2 fois par jour, et du STILNOX, 10 mg, un demi-comprimé au coucher. Les mesures sanguines sont jointes.
10. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique est effectué au SMR par le Dr O _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr P _____, psychiatre, le 27 août 2010. L'examen se fait avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise. Le rapport contient une anamnèse détaillée, la description de la vie quotidienne de l'assurée. Elle se lève entre 09h.00 et 10h.00, s'installe sur le canapé en pyjama, prépare un repas pour elle et les enfants à midi, range la vaisselle, fait du repassage modérément en raison des douleurs à la nuque, regarde un peu la télévision et prépare le souper. Après une promenade d'une dizaine de minutes avec l'un de ses enfants, elle se couche à 22h.00, mais ne s'endort pas avant 2 ou 3 heures du matin. L'assurée indique qu'elle est allée au Kososvo cet été, le séjour était prévu pour 5 semaines, mais a été écourté à 3 semaines, car elle se sentait dépressive. Elle se plaint d'oublis, d'une diminution de l'appétit et de la libido, de la tristesse liée à son état somatique, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et de monotonie en ce qui concerne sa vie. Aucune symptomatologie anxieuse n'est relevée au cours de l'entretien. Les médecins retiennent des cervico-brachialgies gauches chroniques (M.54.2), sous forme de protrusion discale C5-C6, C6-C7 avec canal cervical relativement étroit, sans compression radiculaire ou médullaire décelable, avec répercussion sur la capacité de travail et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01) sans répercussion sur la capacité de travail. Ils relèvent que la demande de prestations AI est instrumentée par l'Hospice général qui assiste l'assurée, laquelle travaillait comme patrouilleuse scolaire et a interrompu cette activité en raison d'un gain insuffisant. L'examen

ostéo-articulaire ne met en évidence aucune limitation dans les amplitudes articulaires, aucun déficit objectif neurologique n'est mis en évidence, la documentation radiologique montrant des troubles dégénératifs décrits, sans compression radiculaire. Le discours algique chronique de l'assurée touchant l'hémicorps gauche dans son ensemble n'a pas d'explication organique, mais un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut pas être retenu en présence de neuf signes sur dix-huit, tous au niveau de l'hémicorps gauche. L'examen psychiatrique permet de retenir un premier épisode dépressif il y a 6 ans, avec une amélioration décrite par l'assurée 3 ans plus tard. Le deuxième épisode à l'origine de la prise en charge chez la Dresse N_____ date d'octobre 2008 et a été traité avec antidépresseurs, benzodiazépine et psychothérapie. Les médecins relèvent une contradiction dans le rapport de la Dresse N_____, qui mentionne que sa patiente n'a jamais travaillé, alors qu'elle a travaillé 2 ans comme patrouilleuse scolaire, puis dans le cadre du chômage, dans un EMS. Ainsi, soit la symptomatologie dépressive est réactionnelle à la douleur, soit les troubles sont d'une intensité légère à moyenne et sans répercussion sur la capacité de travail. Bien que le discours algique diffus tende à retenir un syndrome somatoforme, celui-ci est exclu vu la présence d'un trouble dépressif selon la CIM 10. Les limitations fonctionnelles sont : pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétée, pas de position statique du rachis cervical en flexion/extension ou de mouvement brusque de flexion/extension ou de rotation, pas d'activité en antépulsion répétée au-delà de 60° contre une résistance et occasionnelle au-delà de 90°, pas de position statique assise au-delà de ¾ heure et 1 heure sans possibilité de varier les mouvements au minimum une fois par heure, pas de position statique debout immobile de type piétinement. Il n'y a aucune limitation du point de vue psychiatrique. Toute activité qui respecte les limitations est possible à 100%, sans diminution de rendement.

11. Par projet du 23 novembre 2010, l'OAI rejette la demande de prestations, compte tenu d'une capacité de travail de 100%.
12. Par pli du 14 décembre 2010, la Dresse N_____ informe l'OAI que sa patiente souffre d'une dépression récurrente avec symptômes somatiques et aussi d'une hypochondrie grave et incapacitante. Les symptômes verbalisés par la patiente sont : un état de détresse permanent, une peur constante et une préoccupation durable et évolutive, se traduisant par une peur de mourir, d'être chaque fois plus malade, focalisée sur l'état de son foie en raison d'une hépatite B, étant également polyplaintive au niveau du cœur et des organes génitaux. Ces symptômes s'accompagnent d'une dépression et d'anxiété importantes, d'insomnies, manque de libido, tendance à rester isolée et difficultés relationnelles importantes. La patiente a essayé de travailler dans un EMS à 50% et la vision de patients âgés et malades a aggravé significativement sa pathologie. Sa peur de devenir comme ces femmes de l'EMS l'a conduite à un discours délirant sur la maladie et la mort et elle bénéficie d'un traitement ATD (antidépresseur) avec des ISRS (inhibiteur

sélectif de la recapture de la sérotonine). A son départ de l'EMS, la patiente se montre moins angoissée et parvient à dormir. A cette symptomatologie incapacitante, le médecin ajoute sa mauvaise compréhension du français et sa limitation intellectuelle et culturelle. Le rapport est cosigné par M. B_____, psychologue, responsable du centre.

13. Par pli du 20 décembre 2010, l'assurée indique à l'OAI qu'il est beau de voir l'être humain travailler, mais que cela ne lui est pas possible. L'aggravation de sa maladie de cœur l'a obligée à se faire opérer et ensuite d'autres problèmes de vie sont apparus, comme la peur de mourir. Ces soucis de santé se succèdent, avec des maux de tête, manque de sommeil, faiblesse mentale, tremblements, cauchemars, la médication n'améliorant pas son état. Elle a été contrainte de cesser son travail de patrouilleuse, exercé 2 heures par jour, en raison de l'aggravation de son état de santé. Après une longue pause de deux ans, elle a décidé de reprendre le travail mais la maladie psychique lui rendait la vie de moins en moins supportable, surtout de ne pouvoir être assez présente pour son mari et ses enfants qui sont tristes de la voir ainsi. Elle joint à son courrier un certificat médical de la Dresse M_____ qui indique qu'en raison de l'état dépressif avec somatisation, la patiente ne peut actuellement pas travailler plus que 2-3 heures par jours, et ce malgré un traitement médicamenteux et psychothérapeutique bien conduit auprès de la Dresse N_____.
14. Par décision du 6 janvier 2011, l'OAI rejette la demande, sans se prononcer sur les rapports médicaux produits.
15. L'assuré a formé recours le 3 février 2011 contre cette décision et l'OAI a décidé le 4 mars 2011 de procéder à un examen complémentaire, annulant sa décision du 6 janvier 2011.
16. Après avoir consulté l'assurée, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a pris acte de la décision du 4 mars 2011 et rayé la cause du rôle.
17. Selon l'avis du SMR du 23 août 2011, le courrier de l'assurée du 20 décembre 2010 n'apporte aucun élément médical nouveau, l'affection cardiaque ayant été traitée selon le médecin spécialiste. S'agissant du rapport médical du 14 décembre 2010 de la Dresse N_____, il est confus et n'apporte aucun élément médical nouveau. L'hypocondrie a été prise en compte dans l'examen rhumato-psychiatrique du 27 août 2010 effectué au SMR, qui conclut à l'absence d'hypocondrie grave et incapacitante.
18. Par projet du 26 août 2011, l'OAI rejette la demande, précisant que les pièces versées au dossier n'apportent aucun élément médical nouveau.
19. Par pli du 20 septembre 2011, l'avocate de l'assurée informe l'OAI que sa cliente se rend chaque semaine chez son psychiatre et son généraliste. La psychiatre estime

qu'il n'est pas imaginable que l'assurée puisse travailler, vu son mal profond, plus que 2 heures par jour dans une activité légère, sans garantir qu'elle puisse tenir un emploi vu sa dépression. Elle souffre par ailleurs de douleurs incessantes, dans les jambes et dans le ventre et ne parvient pas à tenir son ménage. Elle est sans appétit et a des insomnies.

20. Par décision du 30 septembre 2011, l'OAI rejette la demande, l'assurée disposant d'une pleine capacité de travail, théoriquement depuis toujours.
21. Par acte du 1^{er} novembre 2011, l'assurée, représentée par avocat, forme recours contre la décision et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 17 mars 2010, et préalablement à l'audition de la recourante et de ses médecins traitants. Selon l'attestation du Dr B_____ (recte : Monsieur B_____) du 14 décembre 2010, l'assurée souffre d'une dépression récurrente avec symptômes somatiques et d'une hypocondrie grave et incapacitante. La Dresse N_____ estime toujours que sa patiente est incapable de travailler. L'assurée joint à son recours une attestation de la Dresse N_____ du 1^{er} novembre 2011, qui indique avoir suivi la patiente depuis octobre 2008 avec une interruption de janvier à août 2011. Malgré un traitement adapté, des antidépresseurs avec des taux plasmatiques dans les niveaux thérapeutiques et un suivi de deux fois par mois, malgré une tentative de réinsertion professionnelle durant 6 mois dans un EMS qui s'est soldée par un échec, la patiente a fait plusieurs arrêts de travail et est devenue de plus en plus déprimée, et avec des ruminations. La psychiatre ne l'estime pas apte à un travail avec des horaires, des responsabilités et un contact avec d'autres personnes. Elle est rapidement fatiguée, irritable et son état psychique et physique se dégrade.
22. Par pli du 29 novembre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, relève que M. B_____ n'est pas médecin psychiatre mais psychologue, que son centre est sous le coup d'une investigation pénale et qu'il s'est vu retirer son autorisation d'exploiter. Hormis la Dresse N_____, l'assurée ne voit ses autres médecins qu'une seule fois par an. L'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR est fondé sur un examen détaillé du dossier et une anamnèse précise, ainsi qu'un examen clinique circonstancié, qui tient compte des plaintes de l'assurée, les conclusions étant motivées. L'assurée ne produit aucun élément susceptible de remettre en cause ces conclusions, l'attestation de la Dresse N_____ ne contenant aucun argument concret et n'explique nullement les raisons qui la poussent à s'écarter de l'avis des experts. Au demeurant, l'octroi d'une rente ne peut intervenir que 6 mois à compter de la date de la demande.
23. Lors de l'audience de comparution personnelle du 20 décembre 2011, l'assurée expose qu'avant de venir en Suisse, elle n'a pas travaillé car elle avait des problèmes cardiaques, pour lesquels elle a été opérée six mois après son arrivée en Suisse. Elle a travaillé durant six mois, entre 2005 et 2006, à raison de deux heures

par jour, mais c'était très éprouvant. Elle a toujours travaillé le matin. Elle a dû cesser son travail de patrouilleuse scolaire, car elle avait des problèmes de mémoire et de concentration et craignait donc de mettre les enfants en danger. Elle admet toutefois qu'elle a effectivement résilié son contrat de travail en indiquant à la Ville de Lancy qu'elle voulait travailler à plein temps, précisant qu'elle a alors travaillé à plein temps dans une entreprise horlogère à Carouge pendant quatre jours, mais a tout de suite eu des douleurs aux mains, qui ont enflé. Elle s'est ensuite inscrite au chômage. Lors de l'emploi dans un EMS dans le cadre du chômage, prévu à 50 %, elle parvenait à travailler deux jours, puis était absente trois jours, et ainsi de suite, travaillant à ce rythme durant trois mois, puis mise en arrêt de travail.

Sans pouvoir préciser de dates, elle a été suivie par la Dresse N_____ durant un an, puis par trois femmes successives du même centre, vraisemblablement psychologues, et également par M. B_____, le suivi étant alors plus fréquent, mais ces changements ne lui plaisaient pas. C'est à nouveau la Dresse N_____ qui la suit, mais à son cabinet aux Eaux-Vives. Celle-ci lui avait prescrit plusieurs médicaments, qu'elle a continué à prendre durant tout le suivi. Il s'agissait toujours des mêmes produits, l'un contre la dépression et l'autre pour l'aider à dormir, sans que cela améliore son état de santé. Elle passe ses journées en position allongée à cause des douleurs et somnole. Elle a également peur de sortir et d'affronter la société, mais elle aimerait pourtant travailler, elle a toujours voulu travailler, mais elle n'y parvient pas. Son mari et ses enfants doivent lui rappeler ses rendez-vous, mais elle s'y rend seule, ou accompagnée de ses enfants.

24. Lors de l'audience du 31 janvier 2011, la Dresse N_____, psychiatre de l'assurée depuis octobre 2008, avec une interruption de janvier à août 2011, a été entendue en qualité de témoin. Elle confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et de trouble hypocondriaque, l'état de stress post-traumatique n'étant pas retenu, car trop de temps s'est écoulé. Le trouble est d'intensité modérée à sévère, selon l'échelle de Hamilton, et ce malgré un traitement suffisant, avec des taux plasmatiques dans le niveau thérapeutique et des entretiens de 45 minutes deux fois par mois. Le score selon l'échelle de Hamilton évolue de 33 à 25, et en décembre 2011, il était de 19. L'assurée présente de la tristesse, du désespoir, de la culpabilité, des idées noires, des insomnies tardives, de l'anxiété, un ralentissement, des ruminations et une absence totale de libido. S'agissant de l'hypocondrie, elle est centrée sur son corps, avec un sentiment de culpabilité d'être malade.

Il y a une amélioration de son état de santé, notamment objectivable par l'échelle de Hamilton et par les séances de psychothérapie, mais pas suffisamment pour lui permettre de travailler. L'assurée n'a jamais été hospitalisée. Malgré l'amélioration, l'incapacité de travail reste totale, la tentative de reprise du travail dans le cadre du chômage où l'assurée a travaillé dans un EMS ayant été un échec. Elle a de la peine

à se réveiller et à maintenir des horaires. Elle ne parvient même pas à s'occuper de toutes ses tâches à la maison. Le fait d'être confrontée à des patients âgés et malades la déprimait encore plus. Elle ne peut pas non plus travailler car elle parle mal le français et ne l'écrit pas. Les séances de psychothérapie se font sans interprète et la psychiatre précise qu'elle "interprète" ce que dit la patiente et qu'il lui est arrivé de faire appel à l'une de ses filles pour traduire.

Le témoin indique avoir quitté le centre en janvier 2011, puis, inquiète pour sa patiente, elle a contacté son médecin traitant, qui lui a alors réadressé la patiente. Elle ne sait rien du suivi de l'assurée de janvier à août 2011, mais la patiente lui a raconté qu'elle avait vu des psychologues différents, plusieurs fois par semaine, et que cela l'avait encore décompensée. Elle précise alors que c'est la fille de sa patiente qui le lui a expliqué. Si elle n'a pas mentionné le travail de patrouilleuse dans son premier rapport médical, c'est qu'elle estime que ce n'est pas véritablement un travail. A son souvenir, l'assurée a quitté cet emploi pour chercher un travail à 100 %.

Elle ne partage pas les conclusions du Dr P _____, qui n'a vu qu'une fois sa patiente, alors qu'elle-même la voit très régulièrement. Le trouble dépressif n'est pas d'intensité légère, mais modérée à sévère. Interrogée sur l'absence d'hospitalisation, le témoin rétorque que c'est comme si sa patiente était hospitalisée à domicile, car elle ne sort pas, mais elle vient seule à ses séances, parfois accompagnée de sa fille.

Sa patiente souffre également d'une difficulté relationnelle, aggravée du fait qu'elle ne parle pas le français. Elle est irritable au contact de beaucoup de monde et la psychothérapie l'a beaucoup aidée à ce niveau.

L'anxiété et les problèmes cardiaques sont liés et elle soigne l'assurée du point de vue psychiatrique aussi pour éviter une aggravation de son état physique. L'assurée est compliant au traitement et au suivi. L'assurée a mis plus de deux ans à parler des événements traumatiques vécus durant la guerre et si elle continue ce suivi encore plusieurs années, on peut espérer une évolution favorable du point de vue personnel et relationnel, sans pour autant envisager une reprise du travail, compte tenu de ses troubles psychiques, ainsi que de son environnement psychosocial.

25. A la demande de la Cour, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) répond à plusieurs questions et produit les pièces sollicitées, comme suit :

- a) après une première inscription d'avril 2005 à avril 2007, sans droit au chômage, l'assurée s'est réinscrite auprès de l'OCE le 1^{er} septembre 2008, se déclarant disposée à travailler à 100%, suite à sa démission du 13 août 2008 de son poste de patrouilleuse scolaire auprès de la ville de Lancy et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert du 1^{er} septembre 2008 au 31 août 2010, le gain assuré étant fixé à 717 fr.

- b) la Dresse N_____ a attesté le 27 janvier 2010 que sa patiente était capable de travailler à 50%.
 - c) l'assurée a connu des périodes d'incapacité totale de travailler, en 2010, du 27 avril au 3 mai (Dresse Q_____), du 28 juin au 18 juillet et du 1^{er} au 30 septembre (Dresse N_____). Son taux d'activité lors de l'emploi en EMS a été réduit à 50% dès le 5 mai 2010.
 - d) l'assurée a toujours remis ses recherches personnelles d'emploi qui ont été jugées satisfaisantes puisqu'elle n'a jamais été sanctionnée. Les formulaires de recherche d'emploi de septembre 2008 à septembre 2010 indiquent de nombreuses recherches d'emploi, dans des commerces de détail, des agences de placement, des entreprises de nettoyage, des restaurants et/ou hôtels, en qualité de nettoyeuse ou pour une travail de cuisine ou de serveuse, l'ensemble des recherches étant effectué soit par visite personnelle, soit par téléphone.
 - e) l'assurée a participé aux entretiens de conseil avec son conseiller en personnel à raison environ d'une fois par mois, en tout cas d'août 2009 à novembre 2010.
 - f) l'assurée a effectué des tests d'évaluation de son niveau de français deux après-midis complets les 5 et 6 novembre 2009;
 - g) elle a été placée à 50% comme femme de ménage (aide de home) par l'Office cantonal de l'emploi dans le cadre du Programme cantonal d'emploi et de formation (PCEF), dans l'EMS X_____, dès le 6 avril 2010 semble-t-il, mais elle a été licenciée avec effet au 4 mai 2010.
 - h) elle a été assignée à un emploi temporaire fédéral individuel (à 50%, le matin, prévu du 5 mai au 31 août 2010, organisé par l'OCE en collaboration avec le SIP, mais la mesure a été interrompue le 9 juillet, l'assurée souhaitant prendre des vacances du 12 juillet au 27 août 2010 selon l'appel de sa fille ; cette dernière confirme que l'assurée entend prendre ses jours de vacances restants (35 jours) du 12 juillet au 27 août, étant convenu que l'assurée rappellera sa conseillère à son retour.
 - i) la conseillère ayant obtenu la poursuite du PCEF auprès de l'EMS X_____, elle constate que l'assurée ne s'est pas présentée à l'entretien du 30 août 2010 pour signer le contrat, sans s'excuser.
 - j) l'assurée signe ledit contrat le 3 septembre 2010, et lors du bilan final le 1^{er} novembre 2010, il est constaté qu'elle était en arrêt maladie depuis le 3 septembre 2010 et n'a donc travaillé que deux jours.
26. Par pli du 13 mars 2012, l'assurée fait valoir qu'elle s'est inscrite au chômage en septembre 2008, à la demande de l'Hospice général, à défaut de quoi son droit à

l'assistance était compromis. Compte tenu du faible salaire de son mari (3'200 fr./mois) avec trois enfants à charge, il était nécessaire qu'elle revendique son droit aux indemnités de chômage. L'assurée n'a pas pu continuer son emploi dans l'EMS, en raison d'un défaut de concentration et de la dépression. Ainsi, les pièces de l'Office cantonal de l'emploi ne sont pas pertinentes, car c'est l'aspect économique qui prédominait à la base des contacts de l'assurée avec l'OCE. En ce qui concerne l'interruption du programme d'emploi, elle n'était pas dûe à des vacances, mais dûe au fait que l'intéressée ne trouvait pas l'énergie de le continuer.

27. Par pli du 19 mars 2012, l'OAI persiste dans sa position et transmet l'avis du SMR du 15 mars 2012, qui commente l'audition de la Dresse N_____, en estimant qu'il n'apporte aucun élément concret d'aggravation, de sorte que son avis reste inchangé.
28. La cause a alors été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de refuser toute prestation à l'assurée.
5. 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). 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).

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.

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

d) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.).

7. En l'espèce, l'assurée ne présente aucune affection du point de vue somatique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, tant sur le plan rhumatologique selon le Dr O _____ que sur les plans cardiologique, hépatique, rhumatologique, etc. Selon la Dresse M _____, généraliste et le Dr L _____, cardiologue, tous deux médecins de l'assurée, qui confirment la pleine capacité de travail de l'assurée à cet égard. Il ne se justifie donc pas d'instruire plus avant cette question et il est parfaitement inutile d'auditionner le cardiologue, car en cas d'aggravation, il ne se contenterait pas d'un contrôle annuel de routine.

Du point de vue psychiatrique, l'avis du Dr P _____ est certes basé sur un seul entretien et sans avoir contacté le psychiatre traitant, mais il est fondé sur une anamnèse complète, il tient compte des plaintes de l'assurée (qui n'indique nullement être incapable de sortir seule), il décrit les constatations objectives et notamment l'absence de tout trouble anxieux. Il retient donc un trouble dépressif d'intensité légère à moyenne, dont il estime, sans motiver plus avant cet avis, qu'il est sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Compte tenu des objections qui auraient pu paraître fondées s'agissant de la gravité de ce trouble, la Cour a entendu la Dresse N _____. Outre le fait que le psychiatre traitant est naturellement empathique vis à vis de son patient, l'avis de ce médecin n'a malheureusement aucune valeur probante. Il contient plusieurs contradictions : l'état dépressif serait sévère sans aucune d'hospitalisation, ni suivi intensif; la patiente serait incapable de sortir seule mais vient régulièrement non accompagnée aux séances; la psychiatre serait très inquiète de l'état alarmant de sa patiente et apparemment consciente du manque de sérieux du suivi au CPC après son départ, mais attend 8 mois avant de la recontacter, via son médecin traitant afin de reprendre ce suivi ; le suivi erratique de janvier à août 2011 aurait décompensé sa patiente, déjà sévèrement dépressive, sans qu'une hospitalisation ou que l'intervention salutaire du médecin généraliste n'ait lieu. Les plaintes, l'anamnèse et les constatations objectives, de même que l'évaluation selon l'échelle de Hamilton

ne peuvent pas être précises, car les séances de psychothérapie ont lieu sans interprète alors que l'assurée parle très mal le français et que la psychiatre le parle avec un fort accent hispanique, qui la rend difficile à comprendre. Malgré une amélioration notable de l'état dépressif mesuré sur l'échelle de Hamilton (de 33 à 17 selon la psychiatre), ce qui fait référence à un état dépressif léger à moyen, l'incapacité de travail resterait totale. L'appréciation du cas ne permet pas de distinguer les motifs d'ordre social (méconnaissance de la langue, difficultés relationnelles, environnement psychosocial) et ceux d'ordre médical qui expliqueraient la persistance de l'incapacité de travail. Le pronostic laisse songeur, puisque malgré une psychothérapie bimensuelle et un traitement psychotrope complet durant de nombreuses années encore, tout espoir de reprise d'une quelconque capacité de travail est exclue, en présence d'un trouble dépressif jugé actuellement modéré, et si on se penche sur les éléments d'appréciation de l'échelle de Hamilton, clairement léger.

Cet avis ne permet donc pas de remettre en cause l'appréciation du Dr P_____ s'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité légère ou moyenne, le traitement instauré impliquant, si la dépression est moyenne, que l'amélioration constatée par le psychiatre traitant confirme que ce trouble n'a plus de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, étant rappelé que même la Dresse Q_____, médecin traitant, admet que sa patiente est capable de travailler à 50%.

Il a ensuite été examiné quelle avait été la capacité effective et son évolution dans le temps et il s'avère à cet égard que l'assurée s'est aussi contredite sur plusieurs points déterminants : elle n'a pas démissionné de son poste de patrouilleuse en raison de son état de santé, mais pour s'inscrire au chômage, indiquant rechercher un emploi à 100%; elle a été en mesure de régulièrement faire des recherches d'emploi durant deux ans de chômage, par de nombreuses visites personnelles et s'est rendue seule à ses entretiens de conseil durant deux ans, de sorte qu'elle peut donc fort bien sortir et entrer en contact avec des gens pour ce faire; elle a confirmé lors de l'examen du SMR en août 2010 qu'elle était partie en vacances au KOSOVO durant trois semaines en été 2010, de sorte que l'interruption de la mesure dès le 7 juillet 2010 n'était pas due à un "manque d'énergie". Il s'avère donc concrètement que l'assurée reste capable de poursuivre ses activités usuelles, ce qui correspond aux contours de l'état dépressif léger selon la CIM-10.

8. Ainsi, c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute prestations à l'assurée dont la capacité de travail dans une activité adaptée est entière, avec une éventuelle diminution de rendement insuffisante en tous les cas pour atteindre le taux d'invalidité de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.
9. Le recours, mal fondé, est rejeté et l'assurée est dispensée du paiement de l'émolument car elle plaide au bénéfice de l'assistance juridique.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. 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

Irène PONCET

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