

# **GE\_GERICHTE ATAS/11/2013 vom 7. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_11\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_11_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/11/2013 du 7 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/11/2013 del 7 gennaio 2013

## **Regeste**

Résumé: Le statut mixte 25% active et 75% ménagère retenu par l'OAI ne saurait être confirmé au vu des déclarations de la recourante, qui n'ont pas varié quant à sa volonté, en bonne santé, de travailler à 100 %, de son parcours professionnel démontrant qu'elle a exercé, nonobstant ses charges de famille, des activités à plein temps et qu'elle a quitté son dernier emploi en raison d'un licenciement et non pas par choix personnel. Elle s'est également inscrite au chômage en recherchant un emploi à 100 % après la naissance de sa fille, démontrant sa volonté de continuer à travailler à 100 % ce qu'elle n'a toutefois pas pu réaliser en raison de ses problèmes de santé qui se sont aggravés, depuis son dernier accouchement, même si ceux-ci ne sont pas médicalement documentés dès lors qu'il ne s'agit pas d'établir si la recourante était en incapacité de travail effective dès 1995 mais uniquement de déterminer à quel taux d'activité elle entendait travailler.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) 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 1er 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

A/3028/2011 - 18/32 - 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 b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 6 octobre 2006, laquelle invoque une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis juin 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

### **E. 6**

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324

consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 LPG), 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

A/3028/2011 - 22/32 - 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une

A/3028/2011 - 23/32 - autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

## E. 7

D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. 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. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). 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.

A/3028/2011 - 24/32 - Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

## E. 8

a) En l'espèce, l'expertise judiciaire du Dr W \_\_\_\_\_ du 26 avril 2012 et son complément du 6 juin 2012 répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, les plaintes de la recourante sont relatées en détail et complétées par un entretien avec le fils de celle-ci ; le diagnostic posé est clair et motivé ; l'expert relève que la recourante est une personne insuffisamment structurée sur le plan de l'organisation de la pensée, désorientée, de personnalité fruste, pouvant décompenser sur un mode hystérisé, voire franchement psychotique, victime d'un épuisement physique et psychique, avec une symptomatologie de persécution ; elle avait décompensé en 2006 de façon sévère, avec apparition d'une manifestation psychotique franche ; elle avait été amenée peu à peu à dépasser les limites de ce qu'elle pouvait supporter sur le plan émotionnel, entraînant une dépression puis une organisation mentale avec symptomatologie hystérisée et, enfin, une symptomatologie psychotique franche; même si elle paraissait actuellement stabilisée, avec une vulnérabilité psychique persistante, elle présentait des limitations (organisation mentale bancale, structuration insuffisante de la pensée, trouble de la perception,

A/3028/2011 - 25/32 - tendances interprétatives, vulnérabilité au stress) qui l'empêchaient d'exercer une activité professionnelle. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 juin 2006. Il a relevé que le diagnostic de trouble schizo-affectif avait d'abord été posé par les médecins des HUG et que même si, en été 2006, les HUG avaient posé le diagnostic de dépression sévère avec symptômes psychotiques, celui-ci était proche du diagnostic de trouble schizo-affectif qui impliquait l'existence conjointe d'éléments affectifs et psychotiques. L'expert a exprimé son accord avec les avis des Drs AB \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_ et motivé son désaccord avec les expertises des Drs H \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_ et l'avis de la Dre U \_\_\_\_\_ du 27 janvier 2011. En particulier, il a relevé que la description de la recourante faite par les experts H \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_ était compatible avec un diagnostic de trouble schizo-affectif, de sorte qu'on ne comprenait pas pourquoi aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu par ces deux experts. Enfin, le diagnostic et les conclusions de l'expertise sont cohérents avec l'histoire médicale de la recourante et en particulier avec les autres avis médicaux au dossier. A cet égard, les médecins traitants ont, dans un premier temps, constaté un état dépressif (avis des Drs A \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2002, B \_\_\_\_\_ du 14 octobre 2002, E \_\_\_\_\_ des 22

janvier 2004, 24 janvier 2005, 19 décembre 2007 et 10 avril 2011 et des HUG du 8 avril 2004), des troubles de l'humeur organiques et des difficultés liées à l'acculturation (avis du Dr C\_\_\_\_\_ du 24 juin 2003), une symptomatologie dépressive avec symptômes psychotiques (avis des HUG suite au séjour du 13 au 16 juin 2006), un épisode de dépression sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur (avis des HUG du 21 juillet 2006 suite au séjour du 28 juin au 21 juillet 2006 et avis des 8 septembre 2006 et 7 juin 2007), et enfin un trouble schizo-affectif (avis des HUG des 20 décembre 2007 et 6 avril 2011). L'expert a relevé que le diagnostic de dépression sévère avec symptômes psychotiques déjà posé aux HUG est proche de celui qu'il retient soit de trouble schizo-affectif, lesquels impliquent l'existence conjointe d'éléments affectifs et psychotiques. Ainsi, l'expertise judiciaire est corroborée par les avis des différents médecins ayant traité l'assurée, ainsi que par ceux ayant pris en charge l'assurée lors de ses hospitalisations aux HUG en juin 2006, juillet 2006, janvier/février 2007. b) S'agissant des autres avis médicaux au dossier, il convient de relever que dans son ordonnance du 8 février 2012, la Cour de céans a expliqué les raisons qui justifiaient d'écarter totalement l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, celle-ci ne remplissant pas les critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une valeur probante. Il convient de reprendre ces considérations, étant précisé que, selon la

A/3028/2011 - 26/32 - jurisprudence du Tribunal fédéral, on peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêt 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177; ATF 9C\_76/2011 consid. 5.2.1 du 24 août 2011). La Cour de céans constate ainsi que l'essentiel de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ n'est pas consacrée à l'évaluation médicale de la recourante mais à une critique générale des thérapeutes ou experts qui sont intervenus pour soigner ou examiner la recourante, critiques que l'on peine à comprendre en raison d'une rédaction imprécise et d'un manque de motivation. Déjà au stade de l'anamnèse, l'expert relève qu'en dépit "des conseils de plusieurs médecins, on assiste à une explosion des confusions, discordes, disharmonie autour des propositions médicales, souvent à caractère personnel, qui demeurent sans motivation ou explication, alors que, comme on le verra plus loin, les diagnostics médicaux répondent à des critères connus et en conformité avec la nosographie en cours". L'expert parle de polypragmasie médicale, de médecins agonistes et antagonistes, et des conflits et combats qui se seraient déroulés entre ceux-ci (expertise p. 2), sans donner d'informations à ce sujet, ni expliquer en quoi ce contexte aurait eu une influence sur les traitements ou appréciations médicales concernant la recourante, d'une part et sans que cela ne ressorte du dossier, d'autre part. L'expert estime ensuite qu'il est dommage que les troubles somatiques "proposés" par les médecins n'ont pas été en mesure d'arriver à leur fin,

leur aboutissement et semble regretter que les problèmes médicaux aient été transférés à la psychiatrie. Il relève que les médecins ont exercé une certaine pression appuyée et une attitude polémique et n'étaient à tort le plus souvent pas spécialisés mais seulement internistes ou généralistes (expertise p. 4). Cette critique, peu claire, semble signifier que l'assurée a été soignée par des médecins incompetents qui n'ont pas su, à tort, traiter ses problèmes somatiques et ont créé un climat polémique autour de son cas en finissant par qualifier, de manière erronée, ses problèmes de santé de psychiatrique. Or, à cet égard on peine à suivre l'expert, lequel reste à un niveau de

A/3028/2011 - 27/32 - critique très général, sans se référer à des rapports médicaux ou des traitements particuliers concernant la recourante. L'expert laisse ainsi entendre que l'ensemble des médecins qui a traité ou examiné la recourante a erré. Cette insinuation qui débute à la page 2 de l'expertise (déjà au stade de l'anamnèse) fait l'objet principal de celle-ci et est complétée par de la théorie médicale issue du DSM-IV et de la doctrine médicale, celle-ci étant mentionnée pêle-mêle, aux fins de nier chaque diagnostic posé antérieurement par les médecins. A nouveau, cette critique n'est pas étayée et peu convaincante. On constate que les plaintes de la recourante ne sont pas mentionnées avec sérieux, l'expert relevant que l'assurée est "remplie de plaintes" et mélangeant la notion de plainte avec celle des diagnostics posés par les différents médecins (tels que fibromyalgie, troubles somatoformes douloureux persistants, trouble schizo-affectif, trouble dépressif grave avec symptômes psychotiques...) (cf. expertise p. 5). Il relève que les plaintes seront développées plus loin, "au développement critique et conclusion"; or ce chapitre n'existe pas et la conclusion intitulée "pour terminer avec Mme M\_\_\_\_\_, on peut dire quelques mots" ne mentionne que des plaintes de douleurs constantes, progressives, diverses et multiples...etc. L'expertise est aussi contradictoire car elle conclut à l'existence d'une psychose, un trouble schizo-affectif, trouble délirant, nombreux troubles de l'humeur tout en disant, sans explication ou motivation, qu'il y a eu progressivement des complications asséurologiques avec semble-t-il disparition de tous les autres diagnostics (cf. expertise p. 15), alors même que le trouble schizo-affectif n'a pas été retenu antérieurement par l'expert (cf. expertise p. 11), ni les autres diagnostics précités (cf. expertise p. 9 à 15). Par ailleurs, l'expert ne discute pas les autres pièces médicales pertinentes du dossier depuis juin 2006, date à laquelle la recourante allègue une aggravation de son état de santé, en particulier ses hospitalisations dans le service de psychiatrie des HUG, du 13 au 16 juin 2006, du 28 juin au 21 juillet 2006 et en entrée non volontaire, du 5 au 17 octobre 2007 et trois jours en janvier 2007 ainsi que l'avis du Dr AB\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2007 faisant état d'un diagnostic de trouble schizo-affectif, épisode actuel dépressif et d'une incapacité de travail totale. L'expert n'a, en particulier, pas jugé utile de contacter les psychiatres-traitants, ce qui aurait été judicieux au vu des critiques émises par l'expert à l'encontre de ceux-ci. En outre, le sens de la conclusion du rapport rédigé comme suit est confus : "dans le monde dans lequel vit la patiente, monde mythomane, pathomimique, pithiatique, fabulatoire et pseudo-magique, qu'en réalité nous sommes vaccinés. On peut par ailleurs dire que Mme M\_\_\_\_\_ ne souffre d'aucune maladie connue,

A/3028/2011 - 28/32 - elle peut vivre normalement. Une influence sur la réadaptation professionnelle est nécessaire pour une année". Enfin, il existe une discordance importante entre la conclusion de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ et l'avis de la psychiatre-traitante, la Dresse V\_\_\_\_\_ (rapports des 6 avril et 8 novembre 2011) selon lequel la recourante

présenterait un trouble schizo-affectif et une incapacité de travail totale. Pour toutes ces raisons, l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ doit être écartée. c) Quant à l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, celle rendue le 3 septembre 2004 était antérieure à l'aggravation de l'état de santé constatée par l'expert W\_\_\_\_\_ depuis le 28 juin 2006 et celle rendue le 28 juillet 2008 n'a pas été jugée pertinente par l'intimé dès lors qu'elle ne répondait pas aux questions de la mission d'expertise, de sorte que l'intimé a dû mandater un autre expert. d) Enfin, la Dresse U\_\_\_\_\_ se contente, dans ses avis, d'une part, d'invoquer les expertises des Drs H\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, en particulier sans discuter la valeur probante de l'expertise de celui -notamment au regard de l'ordonnance d'expertise de la Cour de céans du 6 février 2012- et, d'autre part, de relever que tant le Dr V\_\_\_\_\_ que l'expert W\_\_\_\_\_ présentent une attitude empathique envers la recourante, de sorte que leurs avis seraient dénués, pour cette raison, de toute pertinence. Or, les avis de la Dresse U\_\_\_\_\_ ne sont pas à même de remettre en cause l'expertise judiciaire, les expertises des Drs H\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ sur lesquelles ils se fonde devant être, pour les raisons précitées, écartées et le reproche d'empathie de l'expert W\_\_\_\_\_, si tant est qu'il soit pertinent, n'est pas étayé.

#### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert judiciaire et de reconnaître à la recourante une incapacité de travail totale depuis le 28 juin 2006, soit postérieurement à la décision de l'OAI du 1er juin 2005 rejetant la demande de prestations de la recourante et confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 7 juin 2006. Par ailleurs, il est à constater que si l'expert W\_\_\_\_\_ a réfuté tout diagnostic de trouble somatoforme douloureux, le Dr I\_\_\_\_\_ a, d'un point de vue rhumatologique, constaté, dans ses avis des 17 mars 2004 et 1er décembre 2010 dont la valeur probante et admise par les parties, la présence respectivement d'un trouble somatoforme douloureux persistant et de plaintes douloureuses musculo- squelettiques globales, avec de nombreux signes de non-organicité. Un diagnostic de fibromyalgie a également été posé par les Drs A\_\_\_\_\_ (avis du 24 juillet 2002), E\_\_\_\_\_ (avis des 22 janvier 2004 et 10 avril 2011), et les HUG (avis des 8 avril 2004, 18 octobre 2007 et 4 décembre 2007) et de suspicion de fibromyalgie par le Dr B\_\_\_\_\_ (avis du 14 octobre 2002).

A/3028/2011 - 29/32 - En toute hypothèse, même si un diagnostic de fibromyalgie devait être retenu, il conviendrait de constater qu'en application de la jurisprudence précitée (ATF 131 V 49), la recourante présente une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (trouble schizo-affectif), de sorte que la fibromyalgie devrait être reconnue comme invalidante, la recourante subissant depuis le 28 juin 2006 une incapacité de travail totale dans toute activité. Ainsi, l'état de santé de la recourante s'est aggravé au sens de l'art. 17 LPGa, de sorte qu'elle a présenté depuis le 28 juin 2006 une incapacité de travail totale et durable, laquelle, selon l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 16 juillet 2007, a constitué le point de départ du délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

#### **E. 10**

S'agissant du statut de l'assurée, l'enquêtrice a conclu à un statut d'active à 100 % peu plausible en raison du fait que l'époux de l'assurée était lui-même à la maison depuis 2002 sans s'impliquer dans les tâches ménagères ce qui laissait à penser qu'il attendait de son

épouse qu'elle les assume pleinement. Or, l'enquêtrice a relevé sous point 6.1 de son rapport que de 1999 à 2007 les deux belles-filles de la recourante avaient successivement vécu avec celle-ci et son époux et avaient assumé la majeure partie des tâches ménagères, ce qui était encore le cas, aidées de plus par la fille cadette de seize ans du couple. On ne saurait dans ces circonstances retenir que l'assurée n'aurait pas eu la volonté d'exercer une activité lucrative à un taux supérieur à 25 % pour répondre aux exigences de son époux de tenir le ménage. Par ailleurs, l'enquêtrice a relevé des éléments pertinents en faveur d'un statut d'active à 100 % de la recourante, soit le fait que celle-ci avait exposé qu'elle aurait travaillé à 100 % en bonne santé car elle aimait bien travailler et que la situation financière de la famille justifierait que la recourante travaille à 100 %. Le statut mixte 25 % active, 75 % ménagère, uniquement fondé sur la dernière expérience professionnelle de la recourante chez XE\_\_\_\_\_ SA ne saurait dans ces conditions être confirmé. Au surplus, la Cour de céans constate que l'assurée a, selon l'extrait de son compte individuel et ses déclarations en audience, non contestées par l'intimé, travaillé à plein temps de 1983 à mars 1985 pour X\_\_\_\_\_ puis pour XB\_\_\_\_\_ AG depuis 1989. Elle a été licenciée de cet emploi après la naissance de sa fille et s'est inscrite au chômage dès octobre 1993 en recherchant une activité à 100 %. Dès septembre 1995 elle n'a plus que travaillé à temps partiel en relevant qu'elle souffrait du dos après son accouchement de sorte qu'elle n'avait pas pu exercer un travail à 100 % comme elle aurait souhaité le faire. Vu l'inscription de la recourante à l'OCE dès octobre 1993, avec l'intention de rechercher un emploi à 100 %, l'avis de l'intimé selon lequel après la naissance de

A/3028/2011 - 30/32 - sa fille, la recourante avait cessé toute activité professionnelle, n'apparaît ainsi pas exacte. En réalité, la recourante a été inscrite jusqu'en 1995 à l'assurance-chômage. Au vu également de la situation financière familiale, il y a lieu d'admettre que la recourante aurait dû, en bonne santé, exercer une activité à 100 %, en particulier compte tenu du fait que son époux n'exerce plus d'activité depuis de nombreuses années suite à son accident de 1992. Le fait qu'aucune incapacité de travail n'a été attestée avant 2001 n'est pas en contradiction avec les explications de la recourante selon lesquelles elle avait souffert du dos après son accouchement de 1993 et qu'elle n'avait plus été en mesure de travailler à 100 % dès cette date alors même qu'elle le souhaitait. En particulier, l'intimé n'explique pas pour quels motifs la recourante aurait renoncé, en bonne santé, à une activité à plein temps, alors même que son époux était en incapacité de travail et que la situation financière du couple était précaire de telle sorte que celui-ci a dû se faire soutenir par ses fils et belles-filles et, ensuite, par les services sociaux. On ne saurait, dans ces conditions, considérer, comme l'a fait l'intimé, que la recourante s'est accommodée de sa situation financière précaire et en particulier dépendante des prestations sociales. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se fonder sur les déclarations de la recourante, qui n'ont pas varié quant à sa volonté, en bonne santé, de travailler à 100 %, de son parcours professionnel démontrant qu'elle a exercé, nonobstant ses charges de famille, des activités à plein temps et que c'est en raison d'un licenciement et non pas par choix personnel qu'elle a quitté son dernier emploi, qu'enfin elle s'est inscrite au chômage en recherchant un emploi à 100 % après la naissance de sa fille, démontrant sa volonté de continuer à travailler à 100 % ce qu'elle n'a toutefois pas pu réaliser en raison de ses problèmes de santé qui se sont aggravés, depuis son dernier accouchement, même si ceux-ci ne sont pas médicalement documentés dès lors qu'il ne s'agit pas d'établir si la recourante était en incapacité de travail effective dès 1995 mais uniquement de déterminer à quel taux d'activité elle entendait travailler. Enfin, la situation devant être évaluée jusqu'en 2011, date de la décision

litigieuse, il apparaît que la recourante aurait, vu l'âge de ses enfants et en particulier de sa dernière fille née en 1993, présenté, en toute hypothèse, la disponibilité pour assumer un travail à plein temps. Partant, il convient de retenir un statut d'active en faveur de la recourante.

#### **E. 11**

En conséquence, depuis le 1er juin 2007, la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, de sorte que son recours doit être admis, que la décision de l'intimé du 31 août 2011 doit être annulée et qu'il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er juin 2007.

A/3028/2011 - 31/32 - La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Chambre des assurances sociales (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI), et celui-ci sera condamné à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr.

A/3028/2011 - 32/32 -

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.