

GE_GERICHTE ATAS/1450/2012 vom 29. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1450_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1450/2012 du 29 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1450/2012 del 29 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

A/3009/2009 - 17/28 -

Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

La compétence du tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

E. 4

En l'espèce, la décision litigieuse, du 18 juin 2009, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 5

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 6

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si les troubles présentés par la recourante, aussi bien somatiques que psychiatriques, constituent une invalidité au sens de l'AI engendrant une incapacité de gain donnant droit à une rente.

E. 7

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4

A/3009/2009 - 18/28 - al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

E. 8

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

E. 9

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 294 consid. 4c in fine).

E. 10

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 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

A/3009/2009 - 19/28 - 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). 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). 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 ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

E. 11

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 12

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée

en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la

A/3009/2009 - 20/28 - 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

E. 13

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

E. 14

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi 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).

E. 15

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici 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 fera 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 sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante 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

A/3009/2009 - 21/28 - exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaider pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 16

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 17

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

E. 18

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 19

En principe, le juge ne s'écarte 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 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 352 consid. 3b et les références).

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

E. 20

En l'occurrence, se trouvent notamment au dossier un rapport d'expertise du Dr L_____, des rapports du Dr A_____ et du Dr F_____, un rapport d'expertise des Drs I_____ et H_____ ainsi que des rapports du SMR.

E. 21

Concluant, dans son rapport d'expertise du 6 mars 2009, à l'absence de limitation psychique sur la capacité de travail, le Dr L_____ précise qu'au plan psychique et mental, il n'y a pas de limitations qualitatives et quantitatives en relation avec le trouble anxieux et dépressif mixte et le syndrome douloureux somatoforme persistant et relève qu'il n'y a donc pas d'incapacité de travail sur le plan psychique.

E. 22

Dans un rapport du 23 octobre 2009, le Dr F_____ relève, en particulier, que toutes les symptomatologies décrites chez cette patiente sont toujours présentes et fluctuent d'une intensité modérée à sévère, qu'elle n'a pas montré une évolution favorable et qu'elle est incapable de travailler.

Dans un rapport du 4 janvier 2010, ce même médecin mentionne que les diagnostics sont inchangés, que l'état psychique de la patiente, malgré qu'il soit toujours fluctuant d'une période à l'autre, a montré une aggravation depuis quelques mois avec des tensions augmentées associées à des manifestations

A/3009/2009 - 23/28 - physiques et que la capacité de travail de la recourante est nulle. Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr F_____ indique en particulier qu'il diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome

douloureux somatoforme persistant. Il précise qu'il y avait également une anxiété généralisée et que la recourante présentait un état dépressif modéré à sévère assez fluctuant d'une période à l'autre. Il ne peut pas dire qu'il y ait des périodes de rémission. La recourante présente toujours une symptomatologie anxiodépressive et il estime que même dans des périodes où la dépression est d'intensité modérée, elle n'est pas capable de travailler, même partiellement. Il estime pour sa part que la recourante n'est pas en mesure de travailler que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Ce médecin précise qu'ainsi, sur le plan psychiatrique, l'évolution de la recourante est défavorable et son pronostic n'est pas bon. Sa capacité de travail est donc nulle.

E. 23

Le Dr A_____ qui suit la recourante depuis la fin de l'année 1993, relève qu'elle souffre notamment de lombalgies chroniques et d'un trouble somatoforme douloureux qui est en lien avec la dépression. Au niveau de sa capacité de travail, il estime que compte tenu du vieillissement et des années qui passent, l'état de santé de la recourante ne s'est non seulement pas amélioré mais s'est au contraire dégradé et qu'elle n'a et n'a jamais eu une quelconque capacité de travail.

E. 24

Dans leur rapport du 18 novembre 2011, les Drs I_____ et H_____ ont posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, cervico-dorso-lombalgies persistantes, périarthropathie scapulo- humérale prédominant à gauche, chronique, céphalées à type de migraine, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de personnalité fruste.

Les experts indiquent qu'actuellement, l'état de fonctionnement psychique de la recourante exclut toute activité professionnelle. Ils précisent que si l'aspect physique joue un rôle important, il faut tenir compte également de l'effondrement de ses fonctions mentales qui rendent impossible tout apprentissage d'un processus ou de consignes nouvelles dans le monde du travail.

En réponse aux questions, les experts indiquent que les douleurs rachidiennes, ainsi que la pathologie de l'épaule gauche, et les céphalées, représentent des atteintes invalidantes et, sous l'angle psychiatrique, le trouble dépressif associé à une personnalité fruste représente également une atteinte invalidante. Ils précisent que l'état de santé s'est aggravé depuis l'année 2005 et que les limitations sont à mettre en rapport avec la problématique rachidienne et de l'épaule gauche. Toutes les activités impliquant des postures défavorables pour le tronc sont contre-indiquées, de même que les activités impliquant des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs et comportant le port de charges et le maintien des bras au-dessus de l'horizontale. Sur le plan mental, les capacités cognitives (mémoire, attention, concentration) sont diminuées. La recourante a de la peine à investir le monde

A/3009/2009 - 24/28 - environnant et à se projeter dans l'avenir. Elle n'est plus en mesure de réaliser un apprentissage même élémentaire de gestes professionnels. Les experts précisent encore qu'il n'y a pas de mesure médicale permettant d'améliorer la capacité de travail. Au sujet de pronostic, les experts indiquent qu'il est complètement défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison des atteintes physiques et psychiques.

E. 25

En conclusion de son avis médical du 15 janvier 2012, le SMR indique « nous ne pouvons valider cette expertise que sur le plan rhumatologique. » Ensuite, critiquant cette même expertise, le SMR émet un sérieux doute quant à la neutralité et la validité de l'expertise, relève notamment, au sujet de l'intervention du fils cadet de la recourante, que l'absence d'un interprète professionnel permet de douter de la valeur probante de l'expertise. Le SMR estime que le médecin psychiatre sort parfois de sa mission d'expert pour reprendre le rôle de médecin praticien, que le diagnostic n'est pas suffisamment étayé et que l'expertise n'est absolument pas exempte de polémique. Le SMR relève encore que le rapport d'expertise n'est pas exempt de contradiction et conteste le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

E. 26

Au sujet de l'audition du fils de la recourante par les experts, il y a lieu de considérer que celui-ci, s'exprimant correctement en français un interprète n'étant dès lors pas nécessaire, a pu ainsi fournir des renseignements notamment sur la vie quotidienne de la famille et pouvait permettre aux experts d'appréhender l'environnement familial de la recourante.

E. 27

Etant médecin praticien, l'expert peut avoir une appréciation pratique de la situation sans faire preuve de partialité. Le grief d'absence de neutralité n'est guère motivé et ne sera pas retenu.

E. 28

Le SMR relève que les experts ont critiqué l'injonction faite de tenir un consilium le même jour que l'examen clinique, jugeant cette recommandation peu pertinente. Il convient de relever que, lors des observations faites en particulier à la suite de la mission d'expertise, le SMR, par l'intermédiaire de l'OAI, indiquait qu'une discussion collégiale était essentielle. La Cour considère que cette discussion a eu lieu puisque les experts précisent qu'ils ont réalisé l'examen clinique le même jour et ont rendu un rapport commun.

E. 29

Contrairement à l'avis de l'OAI, la Cour de céans estime que le diagnostic est suffisamment étayé puisqu'il a notamment fait l'objet de commentaire.

E. 30

La contradiction relevée par l'OAI au sujet des activités de regarder la télévision et la couture qui, selon le SMR, nécessitent la même attention, l'expert a précisé que la recourante « ne peut regarder la télévision, car elle ne supporte ni les sons, ni les bruits. » La pratique de la couture n'impliquant pas de bruit particulier, il n'y a pas de contradiction à ce sujet et l'observation de la recourante est donc fondée.

A/3009/2009 - 25/28 -

E. 31

Contrairement à la remarque de l'OAI selon laquelle les conditions d'octroi initial de la rente en 1995 n'avaient pas été discutées, il convient de relever que, d'une part, la condition, à savoir une fibromyalgie, avait été mentionnée et que, d'autre part, la mission d'expertise ne faisait pas état de cette demande. De plus, la rente de la recourante avait fait l'objet de plusieurs révisions et il convenait, en l'état, d'examiner la situation de l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse, conformément à la jurisprudence

en la matière.

E. 32

Dans son écriture du 14 février 2012, l'OAI rappelle les exigences restrictives des critères jurisprudentiels pour reconnaître le caractère invalidant de la fibromyalgie. Sur le plan rhumatologique, validé par le SMR, l'expertise fait mention notamment de douleurs musculo-squelettiques diffuses et chroniques. En outre, sur le plan psychiatrique, l'expertise pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère, état qui est traité depuis de nombreuses années et cristallisé. Enfin le fait que la recourante s'exprime habituellement en langue turque, qu'elle ne sort qu'un peu et que ce sont ses enfants et son mari qui font les courses permet de déduire une perte d'intégration sociale dans les manifestations de la vie. Au sujet des critères d'appréciation de la fibromyalgie, il sied de relever que le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 27 février 2012 (9C_694/2011) indiqué « S'agissant enfin de l'analyse des critères conférant à la fibromyalgie ou au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant, on relèvera qu'il n'est pas absolument nécessaire que les médecins interrogés disent expressément si tel ou tel critère est rempli dans le cas concret mais que ces éléments peuvent être déduits de l'anamnèse, des constatations médicales ou de l'appréciation du cas. » Contrairement aux griefs de l'OAI, la Cour de céans considère que les critères jurisprudentiels de la fibromyalgie sont remplis et conclura, sur ce point, au caractère invalidant de cette affection.

E. 33

En conclusion du droit à la rente, il sied, en l'occurrence, de considérer que l'expertise du 18 novembre 2011 a fait l'objet d'une étude circonstanciée comprenant des observations approfondies et des investigations complètes, d'une pleine connaissance du dossier, et les experts ont abouti à des résultats convaincants pour lui attribuer, malgré les doutes émis par l'OAI, pleine valeur probante. En effet, la Cour de céans estime que l'expertise contient une étude approfondie du dossier, une anamnèse médicale complète, la prise en compte des plaintes de la recourante et la description du contexte médicale et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. Dès lors, une nouvelle expertise étant superflue, la Cour se dispensera de l'ordonner.

Eu égard aux considérations qui précèdent et, en particulier, aux conclusions de l'expertise des Drs I _____ et H _____, le recours doit donc être admis en ce sens que la recourante, étant en incapacité totale de travail, a droit à une rente entière.

A/3009/2009 - 26/28 -

E. 34

En ce qui concerne, la naissance du droit à une rente d'invalidité, il y a lieu de relever que, selon l'art. 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. En vertu de l'art. 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à

laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

E. 35

Le Tribunal fédéral a précisé que selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

E. 36

En l'espèce, il convient de relever que, la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 16 février 2006 n'ayant pas fait l'objet d'un recours et étant donc entrée en force, c'est donc à juste titre que l'OAI a considéré que la lettre du 23 mai 2006, émanant du médecin traitant, constituait une nouvelle demande.

Bien que l'expertise du 18 novembre 2011 répond positivement à la question « est-ce que l'état de santé s'est aggravé depuis l'année 2005 », la Cour de céans retiendra l'avis du Dr F_____ émanant de son courrier du 28 avril 2006 et confirmé lors de son audition du 8 février 2011 pour déterminer la date de la survenance du cas d'assurance. Il sied, en l'occurrence, de rappeler que, dans sa lettre du 28 avril 2006, le Dr. F_____ faisait clairement état d'une aggravation de l'état de santé de la patiente. Confirmant les termes de son courrier du 28 avril 2006, ce médecin précisait encore, lors de son audition, qu'il estimait alors que la recourante avait fait une rechute sur le plan psychiatrique. Compte tenu de cette aggravation, il y a lieu de considérer la survenance du cas d'assurance en avril 2006 et de fixer, compte tenu du délai d'attente en application de l'art. 29 al. 1 let. b aLAI, la date du droit à la rente au 1er mai 2007.

E. 37

Eu égard aux considérations qui précèdent et, en particulier, aux conclusions de l'expertise des Drs I_____ et H_____, le recours doit donc être admis

A/3009/2009 - 27/28 - en ce sens que la recourante a droit à une rente entière dès le 1er mai 2007. La décision du 18 juin 2009 doit donc être annulée.

E. 38

L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 200 fr. et versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. à la recourante.

A/3009/2009 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :