

GE_GERICHTE ATAS/21/2007 vom 10. Januar 2006

GE Cour de justice, 2006-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_21_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/21/2007 du 10 janvier 2006

IT: GE_GERICHTE ATAS/21/2007 del 10 gennaio 2006

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

E. 2

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/775/2006 - 9/18 -

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. 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations relatif à une période d'incapacité de travail ayant débuté en janvier 2003, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas est régi par la législation en vigueur dès le 1er janvier 2003, étant rappelé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Quant aux dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), elles sont également applicables dès lors que la demande de prestations a été déposée le 28 janvier 2004 (ATF 127 V 467 consid. 1).

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 6

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces

A/775/2006 - 10/18 - revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quart de rente s'il est invalide, à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

E. 7

Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint

sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des

A/775/2006 - 11/18 - assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif.

E. 8

a) 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 malade 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).

A/775/2006 - 12/18 - 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). En l'absence de comorbidité psychiatrique, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle (cf. Meyer-Blaser, op. cit., p. 87). Dans ce cas, on doit admettre que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur (ATFA I 752/04 du 24 août 2005). b) Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5). En l'absence de comorbidité psychiatrique, il est possible de s'écarter des conclusions médicales d'une expertise COMAI (ATF I 497/04 du 12 septembre 2005). Un rapport médical doit, pour être probant, mettre les informations recueillies au sujet de l'assuré en perspective avec leur mission d'expertise qui, dans les cas d'une symptomatologie douloureuse, consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATFA du 8 février 2006 prévu pour la publication, cause I 336/04).

A/775/2006 - 13/18 - Ne remplit pas le critère de la valeur probante, une expertise qui n'examine que très superficiellement les critères jurisprudentiels relatifs au caractère invalidant d'un TSD, de sorte qu'on ne saurait se faire une opinion sur l'existence ou non de circonstances susceptibles, exceptionnellement, de fonder un pronostic défavorable (ATFA du 3 mars 2006, cause I 96/05). Il convient de se montrer exigeant quant à la motivation qui

doit figurer dans un rapport médical, en particulier lorsque sont mis en évidence des facteurs limitatifs de nature psychique à la capacité de travail d'un assuré (ATFA du 23 février 2006, cause I 467/04). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH, est réputée garantie (cf. ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4). 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/aa et les références; ATF I 501/04 du 13 décembre 2005). c) Enfin, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le TFA a jugé qu'en ce qui concerne la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un TSD. Il se justifie donc sous l'angle juridique d'appliquer par analogie les principes appliqués par la jurisprudence en matière de TSD lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

E. 9

En l'espèce, le Tribunal constate en premier lieu que le rapport d'examen SMR du 18 juillet 2005, sur lequel se fonde l'OCAI pour refuser toute prestation d'invalidité, n'a pas valeur probante au sens de la jurisprudence précitée. Les médecins relèvent en effet que les limitations au plan physique sont subjectives et ne peuvent être prises en compte et exposent que, puisque la dysthymie diagnostiquée ne comprend pas une détresse capable d'entraîner une incapacité de travail, il y a suspicion d'amplification des douleurs de la part de l'assurée. A cet égard, l'absence de comorbidité psychiatrique n'est pas un critère exclusif et il convient de déterminer l'existence ou non de circonstances susceptibles exceptionnellement de fonder un pronostic défavorable. En outre selon le TFA, dans le cas de fibromyalgie ou de TSD il n'existe justement pas de pathogénie claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées (ATF 132 V 65). Dans un article récent publié dans la Revue Médicale Suisse (RMS) du 19 avril 2006, il a d'ailleurs été relevé que le terme général de troubles somatoformes recouvre un ensemble de diagnostics ayant, comme point commun, l'existence de plaintes somatiques importantes et invalidantes qui, soit ne peuvent être totalement

A/775/2006 - 14/18 - expliquées par la présence d'un substrat somatique retrouvé, soit ne correspondent à aucun substrat somatique identifiable. Les troubles somatoformes sont à différencier clairement des simulations ainsi que des troubles factices, en ce sens qu'ils résultent d'un processus psychologique inconscient et ne répondent pas à une recherche de bénéfice secondaire. Les patients souffrants souvent de troubles somatoformes ne simulent pas et "n'exagèrent pas" non plus. Ils se trouvent aux prises avec une souffrance profonde, laquelle s'exprime sur un plan somatique alors que son origine se situe sur un plan psychique, origine qui, dans la plupart des cas, est réfutée par le patient (V. LE GOFF - CUBILIER C. BRYOIS, "Les troubles somatoformes : diagnostics et prises en charge", RMS 2006, 2 p. 1069).^ L'expertise du CEM relève à cet égard que l'importance de la symptomatologie douloureuse, notamment de l'absence d'une explication somatique valable, pourrait être comprise comme un manque de moyen psychique de la recourante à exprimer une détresse émotionnelle (expertise CEM du 21 mars 2005 p. 10). Au vu de ces considérations, on ne comprend pas comment, sur la base du diagnostic de fibromyalgie posé par les experts du COMAI, le SMR conclut le 18 juillet 2005 à une amplification des

douleurs de la part de l'assurée. La notion d'invalidité étant par ailleurs une notion juridique, le médecin n'a pas à s'en préoccuper et se doit uniquement d'indiquer quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée (ATF 132 V 65 précité). On ne comprend dès lors pas non plus sur quelle base médicale, le SMR en tant qu'il donne un avis médical, affirme que l'incapacité de travail entière en raison d'une fibromyalgie et d'une dysthymie à laquelle ont conclu les experts du COMAI, est en désaccord avec "la jurisprudence".

E. 10

Il convient ainsi de se fonder sur l'expertise du CEM du 21 mars 2005, laquelle remplit les critères posés par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, les critiques du SMR à l'encontre de cette expertise ne sauraient être retenues. En effet, le SMR reproche tout d'abord le manque de vérification de l'alopecie et de l'aphtose buccale tout en admettant que ces diagnostics n'ont pas d'influence sur la capacité de travail de l'assurée. Il considère en réalité que cette vérification aurait pu éventuellement permettre de prouver que l'assurée ne disait pas la vérité. Le SMR postule ainsi, sans indice aucun dans les rapports médicaux au dossier, que cette dernière ment aux experts. Or, un tel comportement n'a pas été relevé par la CEM dont les experts ont examiné la recourante. Ceux-ci mentionnent au contraire que l'assurée est collaborante (p. 7 expertise) et manifeste sa détresse psychique (p. 10 expertise); qu'elle est anxieuse, tendue, craintive (p. 12 expertise) et indiquent une cohérence entre l'anamnèse et l'observation pendant l'entretien et l'examen clinique (p. 13 expertise). La fibromyalgie a été jugée "très bruyante" (p. 12 expertise). Les experts n'avaient ainsi pas de raison d'entreprendre des vérifications médicales dans le seul but de déterminer si l'assurée ne leur disait pas la vérité et, en particulier, si elle amplifiait

A/775/2006 - 15/18 - ses douleurs. L'expertise complémentaire du CEM d'octobre 2006 ne fait d'ailleurs aucunement état d'une éventuelle simulation. Par ailleurs, il n'y a pas de contradiction dans le fait de se déclarer inapte à tout travail mais parvenir à maintenir ses devoirs quotidiens de la maison, ceux-ci devaient être compris restrictivement, l'expertise mentionnant par ailleurs que la recourante s'est en réalité retirée de toutes les activités ménagères depuis près de deux ans (p. 12 expertise), que son époux et ses enfants gèrent la totalité des activités ménagères (p. 6 expertise) et que les douleurs entravent totalement ses activités quotidiennes (p. 13 expertise). Enfin, l'anamnèse doit être considérée comme suffisante, tout comme les examens cliniques dès lors qu'aucun trouble somatique n'est finalement diagnostiqué mais une fibromyalgie sur la base de constatations dont il convient d'admettre qu'elles sont suffisamment précises.

E. 11

a) En présence du diagnostic de fibromyalgie, sans lésion somatique objectivée, il convient de faire application de la jurisprudence susmentionnée. En premier lieu, seuls le Dr B _____ et la Dresse C _____, lesquels sont respectivement psychothérapeute et médecin généraliste et non psychiatre, diagnostiquent un état dépressif sévère, le premier en février 2004 et en mars 2006 et la seconde le 26 juin 2006. Quant à l'expertise du CEM, elle atteste uniquement d'une dysthymie F 34.1 et de traits de personnalité hystérique F 34.4. Au vu de ces rapports médicaux, aucune comorbidité psychiatrique importante au sens de la jurisprudence précitée ne saurait être retenue en l'espèce, le seul rapport de la Dresse C _____ n'étant pas de nature à contester le diagnostic de l'expertise et se trouvant au

demeurant en contradiction avec l'amélioration de l'état de santé admise par le Dr B _____, autre médecin-traitant de la recourante. Enfin, les troubles de la personnalité hystérisiforme, voire infantile ne sauraient constituer une comorbidité psychiatrique. b) S'agissant des autres critères jurisprudentiels, il convient de constater qu'ils permettent de conclure, dans le cas d'espèce, au caractère invalidant de la fibromyalgie. Au plan social, le CEM mentionne un retrait social important malgré le caractère très social dont jouissait l'assurée auparavant. Il mentionne toutefois également que celle-ci est heureuse en ménage et vit en excellente entente familiale avec son époux et ses deux enfants (expertise CEM p. 5-6) de telle sorte qu'on ne saurait admettre qu'elle subit une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En revanche, il y a lieu d'admettre l'existence d'affection corporelles chroniques, dès lors que la recourante souffre d'allergies multiples, de troubles du sommeil (avis du Dr B _____ du 6 février 2004, de la Dresse A _____ du 16 juin

A/775/2006 - 16/18 - 2003), de sensation d'écoeurement avec nausée, constipation importante, aphtose buccale et génitale, (rapport CEM du 21 mars 2005). Le processus maladif s'étend sur plusieurs années, sans rémission durable dès lors que l'adaptation du traitement telle que conseillée par le CEM en mars 2005 n'a en réalité pas été suivie d'une amélioration durable, le CEM constatant en octobre 2006 une nette péjoration de l'état de santé de la recourante. Ensuite, il existe dans l'histoire de l'assurée des éléments biographiques difficiles puisqu'elle a été placée chez une tante et un oncle avec l'apparition d'un sentiment d'abandon et de grande solitude, a dû faire face à la maladie de sa fille (anorexie - boulimie) et à celle de son frère (dépendant à la drogue). Ces éléments peuvent expliquer la détresse émotionnelle exprimée au travers de la symptomatologie douloureuse (cf. expertise du CEM du 21 mars 2005 p. 10) et conclure dans ce sens à un état psychique cristallisé. L'expert du CEM relève d'ailleurs en octobre 2006 qu'il est persuadé que l'assurée ne tire aucun profit de sa maladie et que, bien au contraire, elle aimerait reprendre son travail le plus vite possible (expertise CEM d'octobre 2006), ce qui permet d'exclure tout profit secondaire tiré de la maladie. En outre, la recourante n'a jamais été considérée comme revendicatrice ni cherchant une compensation de ses souffrances par l'AI. Enfin, l'adaptation du traitement a permis, selon le Dr B _____, une amélioration passagère puisque l'état psychique de l'assurée s'est nettement péjoré par la suite (expertise du CEM d'octobre 2006). Au vu de ce qui précède, on doit admettre que la recourante présente un état psychique cristallisé. L'expertise du CEM conclut en mars 2005 que l'état psychique, ensemble avec les douleurs chroniques, influence la capacité de travail de 50 %. L'assurée, malgré ses ressources psychiques réduites devrait pouvoir exercer une activité légère quatre heures par jour (expertise CEM du 21 mars 2005 p. 14-15). Elle admet ainsi que l'assurée ne possède pas, au moment de l'expertise, de ressources propres suffisantes pour pouvoir se sortir de cette situation (expertise CEM du 21 mars 2005 p. 13). Au vu de ce qui précède, il existe un nombre suffisant de critères permettant d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie de la recourante, plus précisément l'existence d'une incapacité de travail à 50 % dès le 21 mars 2005. Pour la période antérieure, soit dès le 20 janvier 2003, date de son arrêt de travail, il y a également lieu d'appliquer les conclusions de l'expertise du CEM dès lors que les constatations médicales faites en 2005 font référence à la situation de santé de la recourante depuis plusieurs années, en particulier depuis son incapacité de travail comme aide-ménagère et qu'il ne ressort aucunement de l'expertise que l'état de santé tel que constaté par les experts se soit modifié, dans le sens d'une aggravation ou d'une amélioration entre janvier 2003 et mars 2005. Il convient ainsi d'admettre que la recourante

est, depuis le 20 janvier 2003, en incapacité de travail à 50 %. En

A/775/2006 - 17/18 - revanche, au vu de l'aggravation constatée par le CEM en octobre 2006 et admise par l'intimé, celui-ci se doit d'ouvrir, comme il le propose, une procédure de révision pour la période subséquente à sa décision sur opposition.

E. 12

S'agissant du statut de la recourante, il ressort du dossier que cette dernière a travaillé pour la FSASD depuis 1994 à 75 % et que cette activité a été réduite en raison de ses problèmes de santé à 50 % dès mai 1999. Il convient ainsi de retenir que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué à travailler à 75 %. Son statut est ainsi mixte, soit 75 % comme active et 25 % comme ménagère. Faute d'une enquête ménagère, il convient toutefois de renvoyer la cause à l'OCAI pour qu'il effectue le calcul du degré d'invalidité de la recourante.

E. 13

Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision sur opposition annulée et la cause renvoyée à l'OCAI au sens des considérants. Une indemnité de 1'500 fr. sera allouée à la recourante.

A/775/2006 - 18/18 -

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