

GE_GERICHTE A/1414/2011 vom 29. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1414_2011

FR: GE_GERICHTE A/1414/2011 du 29 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/1414/2011 del 29 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame I _____, domiciliée à Genève, représentée par Madame J _____, CENTRE SOCIAL PROTESTANT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame I _____ (ci-après l'assurée), ressortissante macédonienne née en 1971, mariée et mère de quatre enfants, est arrivée en Suisse le 14 janvier 2003. Elle a travaillé en tant que dame d'office du 1 er mai au 29 octobre 2003. Ce jour-là, l'assurée a glissé et chuté sur son lieu de travail. La Dresse L _____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué dans son rapport du 9 décembre 2003 des contusions musculaires lombaires post-traumatiques et constaté des contractures lombaires et des hématomes sensibles. Un examen pratiqué le 9 décembre 2003 par la Dresse M _____, spécialiste FMH en radiologie, a révélé une petite accentuation de la lordose, un aspect dense des apophyses articulaires postérieures au niveau de L5-S1 compatible avec des lésions dégénératives débutantes et des calcifications punctiformes pouvant correspondre à des calcifications rénales en regard de l'apophyse transverse de L2 à gauche posant le diagnostic différentiel entre une non-soudure d'un noyau d'ossification et une calcification rénale. Le Dr N _____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM lombaire le 5 janvier 2004. Il a conclu à une disco-arthrose L5-S1 avec petite hernie postérieure para-médiane droite entrant en contact avec la racine S1 droite et à la présence de quelques nodules de Schmorl au niveau du passage dorsolombaire. Dans son rapport du 21 janvier 2004, la Dresse L _____ a fait état d'une résistance des douleurs lombaires avec irradiation du membre inférieur droit et d'une persistance du déficit neurologique au niveau de l'extenseur du gros orteil. Elle a souligné que l'assurée n'avait jamais présenté de syndrome déficitaire avant la chute mais qu'elle s'était plainte de douleurs lombaires suite à une surcharge, qui avaient cependant totalement disparu. Le choc avait probablement déclenché la petite hernie. Le Dr O _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, assureur-accidents, a examiné l'assurée le 10 février 2004. Il a résumé le dossier médical de l'assurée, qui a déclaré ne jamais avoir eu de problèmes de dos avant son accident. Le médecin n'a pu procéder au statut global, l'assurée refusant d'enlever son pantalon, mais a souligné une région lombaire douloureuse avec restriction de la flexion antérieure du tronc. L'assurée a consulté le Dr P _____, médecin adjoint auprès du Service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) le 16 mars 2004. Celui-ci a préconisé un traitement conservateur sans intervention chirurgicale en l'absence de syndrome algique bien ciblé et de signes de compression. Dans son rapport du 5 avril 2004, la Dresse L _____ a confirmé les diagnostics de contusion lombaire post-traumatique et de déficit neurologique de l'extenseur du gros orteil droit. L'assurée a séjourné à la CLINIQUE ROMANDE DE RÉDADAPTATION (CRR) du 19 mai au 16 juin 2004. Dans son rapport du 6 juillet 2004,

le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine physique et en rhumatologie, a diagnostiqué des lombalgies chroniques irradiant dans le membre inférieur droit. Après un examen clinique complet, ce médecin a relevé que l'assurée annonçait au début de son séjour des lombalgies basses irradiant parfois dans la cuisse droite jusque dans le 5^{ème} orteil. Un comportement fluctuant d'épargne de la région lombaire était observé, de même que de nombreux symptômes de non-organicité, les réflexes étant tous présents et symétriques et aucun déficit sensitivo-moteur reproductible n'étant noté. Le médecin a conclu à une discordance entre les plaintes et le comportement douloureux et les anomalies objectives. Une discrète irritation radiculaire droite ne pouvait être exclue mais les troubles enregistrés au status n'étaient pas systématisables. Une réintégration professionnelle serait difficile car l'assurée considérait sa douleur importante et percevait son handicap de manière très importante. La capacité de travail dans la profession actuelle était de 50 % dès le 21 juin 2004 et devrait être réévaluée un mois plus tard. L'assurée a également été examinée à deux reprises par le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie. Elle a refusé un traitement psychiatrique à la CRR en affirmant être traitée par un psychiatre à Genève et a fait état de graves traumatismes dans son pays avant de demander l'asile. Le status, sans anxiété, sans élément psychotique floride, était dans les limites de la norme. Après le deuxième entretien, le Dr D _____ a confirmé que l'évaluation était difficile car l'assurée refusait d'aborder une partie des sévices vécus avant son arrivée en Suisse et il n'était pas possible de faire le lien entre les plaintes actuelles et ce vécu traumatique. Il pouvait cependant exclure une pathologie psychiatrique grave et d'emblée invalidante. Il n'y avait certainement pas de stress post-traumatique important, ni d'état dépressif, ni de trouble anxieux manifeste ou d'élément psychotique floride. Dans son rapport du 29 juillet 2004, la Dresse L _____ a souligné une amélioration de l'état avec une discrète irritation radiculaire droite. Il y avait une résurgence de l'anxiété. Dans son rapport du 5 octobre 2004, le Dr Q _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée. Celle-ci se plaignait de douleurs lombaires et affirmait ne pas pouvoir faire son ménage. Le Dr Q _____ a noté que l'examen clinique était peu révélateur et mettait en évidence des signes de non-organicité. Les conséquences de la contusion lombaire pouvaient être considérées comme éteintes à douze mois de l'accident. L'assurée a été hospitalisée du 21 novembre au 5 décembre 2005 en entrée non volontaire au Service de psychiatrie des HUG en raison d'un état dépressif sévère avec menaces suicidaires. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI) en date du 6 décembre 2005, invoquant des dorsalgies, un status post contusions lombaires et un état dépressif. Dans le questionnaire rempli le 16 décembre 2005, l'employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci avait été employée du 1^{er} mai 2003 au 31 janvier 2004 en tant que dame d'office à plein temps pour un salaire de 3'380 fr. Elle avait été en incapacité de travail complète dès le 31 octobre 2003. Dans son rapport du 22 décembre 2005, la Dresse L _____ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif chronique depuis octobre 2003, de stress post-traumatique depuis février 2003 et de lombalgies chroniques. L'assurée avait été en incapacité de travail complète du 31 octobre 2003 au 20 juin 2004 et de cette date au 31 octobre 2004 à 50 % en raison d'un accident, puis à nouveau en incapacité de travail complète depuis le 1^{er} novembre 2004 pour maladie. Son état était stationnaire. L'assurée avait quitté le Kosovo en 2003, après y avoir subi des violences physiques. Elle était en état de stress post-traumatique à son arrivée à Genève, nécessitant une prise en charge psychiatrique. Elle avait été victime d'une chute avec glissade et choc

au niveau lombaire en octobre 2003. A la suite du traitement conservateur, l'évolution n'avait été que peu favorable en raison de la persistance des douleurs avec des répercussions importantes sur la vie quotidienne. L'assurée avait séjourné à la CRR du 19 mai au 16 juin 2004. Malgré une capacité de travail de 50 % puis de 100 % dès le 1^{er} novembre 2004 selon les médecins de la CRR, les douleurs étaient toujours présentes, à l'instar de l'état anxieux. L'assurée était incapable d'assumer son quotidien, que son mari prenait en charge. Sa situation sociale précaire aggravait l'anxiété et avait conduit au développement d'un syndrome somatoforme sans traitement satisfaisant. Elle se plaignait de dorso-lombalgies, d'angoisses, de nervosité et de troubles du sommeil. L'incapacité de travail était totale dans toute activité et on ne pouvait espérer d'amélioration. Dans son rapport du 23 mai 2006, la Dresse R_____, médecin auprès de la Clinique de psychiatrie des HUG, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) existant probablement depuis 2002, syndrome douloureux somatoforme persistant (F 54.4) et trait d'un trouble de la personnalité (F 60.9) depuis octobre 2003. L'assurée souffrait également de lombalgies chroniques notamment sur petite hernie discale postérieure L5-S1. Sa capacité de travail était nulle depuis octobre 2003. Dans l'anamnèse, la Dresse R_____ a notamment indiqué que l'assurée avait subi un viol particulièrement cruel par trois hommes masqués en juin 2002 auquel deux de ses enfants avaient assisté. Elle était tombée enceinte par la suite et avait dû subir un avortement. Elle avait tenté de s'intégrer en Suisse. Elle avait consulté peu après son arrivée la Dresse L_____ en raison de troubles du sommeil avec cauchemars et d'un mal-être général, puis avait été suivie par un médecin dès mars 2003 en raison d'un état dépressif sévère, s'exprimant par une grande tension, une irritabilité, une thymie triste accompagnée de pleurs fréquents alternant avec des moments de colère et flashbacks . Elle éprouvait des difficultés relationnelles en raison de son irritabilité. Elle avait été hospitalisée le 21 novembre 2005 à la Clinique de Belle-Idée contre son gré en raison d'une recrudescence de symptômes anxio-dépressifs accompagnés de menaces suicidaires, dans le contexte d'une menace d'un renvoi imminent de la Suisse depuis lors suspendu. Elle avait également séjourné à la clinique de Montana afin de reprendre des forces. S'agissant de ses plaintes, elle exprimait des douleurs invalidantes au dos, une baisse de la sensibilité au niveau des pieds, une difficulté à marcher, et au plan psychique une grande tristesse, des pleurs alternant avec des moments de colère et un sentiment de perte de contrôle. Elle supportait avec peine ses enfants et parlait souvent de mettre fin à ses jours. Elle avait des troubles du sommeil avec flashbacks et perte de l'appétit. Les constats objectifs étaient les suivants: l'assurée était tendue, démonstrative, avec des douleurs dorsales importantes altérant la marche. La thymie était triste avec des idées suicidaires fluctuantes, il y avait une anhédonie, une aboulie, une menace d'effondrement, un sentiment de désespoir et de perte, une culpabilité, des troubles de l'endormissement, des réveils nocturnes, des cauchemars, une perte d'appétit et des traits impulsifs. L'assurée avait à nouveau été hospitalisée le 9 juin 2006 pour trois semaines à la suite d'un grave abus médicamenteux dans le cadre d'un avis d'expulsion. Le pronostic était réservé en raison de la persistance des symptômes, de sa difficulté à intégrer le traumatisme psychique vécu, des nombreuses pertes et de la précarité de sa situation associées à des douleurs physiques invalidantes. L'état psychique était trop instable pour une reprise professionnelle et l'incapacité de travail était totale depuis octobre 2003. Dans son rapport du 2 juin 2006, la Dresse L_____ a indiqué que l'état de l'assurée s'était aggravé depuis l'automne 2005. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent sévère avec somatisation et de trouble somatoforme. L'humeur était très

dépressive, l'assurée avait des propos suicidaires, des plaintes somatiques et marchait avec une canne. Son incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} novembre 2004. Une reprise du travail ne pouvait être envisagée pour l'heure. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique psychiatrique de Belle-idée du 9 au 27 juin 2006 contre son gré en raison d'une auto-intoxication médicamenteuse. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.9), a été diagnostiqué par les médecins lors de son séjour. L'assurée a été hospitalisée en entrée non-volontaire au Service de psychiatrie des HUG du 14 au 15 juillet 2006 en raison d'une recrudescence de symptômes anxio-dépressifs avec troubles du comportement. Le Dr S _____, chef de clinique, a fait état dans le résumé de séjour d'un trouble de l'adaptation, réaction à un facteur de stress sévère, sans précision (F 43.24) et d'un trouble dépressif récurrent (F 33.9). L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire aux Drs T _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et U _____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a été réalisée le 19 juin 2007 en présence d'un interprète. Dans leur rapport du 31 août 2007, les experts ont résumé le dossier de l'assurée et relaté les plaintes suivantes: l'assurée souffrait de lombalgies avec sciatalgies droites et parfois des blocages justifiant l'utilisation de cannes anglaises pendant plusieurs semaines. Elle avait mal au dos tous les jours depuis l'accident. Sur le plan psychique, elle a indiqué sur demande être triste, angoissée, très fatiguée et surtout suicidaire. Elle avait fait deux tentatives de suicide en 2006 et se disait prête à recommencer en cas d'expulsion. Elle se disait déprimée et suicidaire depuis la guerre en Macédoine. Vers la fin de la guerre, trois individus masqués avaient pénétré dans sa maison, frappé ses filles aînées qu'ils avaient attachées avant de violer l'assurée sous leurs yeux. Elle était tombée enceinte et avait subi une intervention volontaire de grossesse. Son mari, travaillant en Suisse au moment de ces faits, en ignorait tout. Depuis, elle était dépressive, faisait des cauchemars et n'avait plus goût à la vie. Elle n'avait aucune activité sensiblement agréable, son estime de soi et sa confiance en soi étaient sévèrement diminuées. Son unique raison de vivre était de protéger ses enfants mais elle préférerait les tuer puis mettre fin à ses jours plutôt que de rentrer en Macédoine. Les Drs T _____ et U _____ ont procédé à une anamnèse familiale et sociale complète, dans laquelle ils ont relevé que la vie sociale était inexistante et que la famille de l'assurée vivait dans un foyer pour réfugiés. A l'issue des examens, les experts ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1) depuis 2001 et probable modification durable de la personnalité (F 62.0) depuis fin 2005 avec répercussions sur la capacité de travail, et de fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail probablement depuis 2003. Le Dr T _____ a relevé une dissociation importante entre les multiples plaintes et l'absence de signes cliniques objectifs. Le syndrome douloureux ne justifiait pas d'incapacité de travail de courte ou longue durée. Lors de l'examen psychiatrique, l'experte a noté de lents déplacements et une attitude algique à chaque mouvement du tronc. L'entretien avait été long, l'assurée manifestant une certaine méfiance à l'égard de l'interprète, lui-même macédonien. Elle était orientée, peu collaborante au début de l'entretien mais elle s'était spontanément exprimée en français lorsque l'interprète s'était retiré. Elle avait plusieurs fois eu les larmes aux yeux en évoquant sa vie en Macédoine, la guerre et les absences de son mari. Elle donnait l'impression d'une grande détresse, comme si la vie n'avait plus aucun sens pour elle. Des troubles thymiques étaient clairement présents sous forme de tristesse, de découragement, d'impossibilité d'envisager un quelconque avenir ailleurs qu'en Suisse. Elle présentait clairement des idées suicidaires, des ruminations incessantes de jour comme de nuit et des cauchemars quotidiens. Elle n'avait pas d'intérêt à des activités agréables et pas de libido. Ses capacités de mentalisation étaient assez difficiles à évaluer, sa

personnalité semblait émotionnellement labile avec des troubles mixtes. Elle semblait souffrir d'agoraphobie et présentait régulièrement des pulsions suicidaires, raison pour laquelle son mari la faisait accompagner partout. La psychiatre n'a pas noté d'hallucinations ou de délire mais une certaine vulnérabilité de la personnalité et une inadaptation du fonctionnement dans le domaine relationnel. L'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique à la suite d'un événement exceptionnellement menaçant et catastrophique. Elle ne parvenait pas à se débarrasser des images de cette horreur. Elle avait une réponse prolongée et une évolution défavorable à la suite de cet événement, qui pourrait faire évoquer une modification durable de la personnalité mais les renseignements au sujet de la personnalité prémorbide étaient trop succincts pour l'affirmer avec certitude. Le traumatisme subi en Macédoine ne lui avait pas permis de s'adapter à sa situation en Suisse. L'accident de travail avait déstabilisé son appareil psychique, et la chute sur le dos avec l'apparition de douleurs lombaires correspondait probablement au réveil d'une autre douleur profondément morale, liée à la situation où elle était couchée sur le dos et violée. La survenance de l'état anxieux à la suite de cet événement occasionnait une symptomatologie intrusive et envahissante ainsi qu'une fatigue et un comportement psychosocial difficilement compatibles avec une activité professionnelle. L'incapacité de travail, générée par l'état de stress post-traumatique associé à un trouble dépressif récurrent sévère avec une évolution défavorable, était totale depuis le 31 octobre 2003. Des mesures professionnelles ou médicales en vue d'améliorer la capacité de travail seraient inopérantes dans le contexte actuel, même si une réadaptation professionnelle pourrait être bénéfique si l'état psychique de l'assurée s'améliorait et se stabilisait. Par courrier du 12 octobre 2007, le Dr V_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (SMR), a prié les experts d'amener certaines précisions à leur rapport s'agissant de l'état de stress post-traumatique. Il a noté que les menaces de suicide et de chantage faisaient suite aux avis d'expulsion et constituaient dès lors des tentatives de manipulation. De plus, l'assurée avait été en mesure de travailler quelques mois à son arrivée en Suisse jusqu'à son accident, qui était banal, ce qui permettait d'exclure un état de stress post-traumatique suite aux événements non prouvables survenus en Macédoine relatés par l'assurée. La Dresse U_____ a précisé par courrier du 12 décembre 2007 que le récit de l'assurée des événements survenus paraissait sincère et plausible. La littérature démontrait que dans l'état de stress post-traumatique (post traumatic stress disorder, PTSD), la société répondait souvent aux victimes que le traumatisme n'était pas la cause de leur souffrance. Ce fossé pouvait être expliqué par le fait que souvent, la victime ne s'exprimait pas dans un langage suscitant l'empathie. La plupart des victimes perdait la faculté de communiquer par le langage l'intensité des souffrances vécues. Celles-ci ne donnaient pas une image cohérente des événements traumatiques et l'effort d'établir clairement les événements stimulait la mémoire traumatique. En l'absence de traitement, des événements mineurs devenaient susceptibles de faire revivre le traumatisme. En l'espèce, le désespoir de l'assurée, dont le traitement psychiatrique avait été mis en place tardivement, persistait. Ses filles avaient également été prises en charge par un psychologue. La Dresse U_____ relevait que selon les études, 79 % des femmes montraient une comorbidité au PTSD, dont la moitié un état dépressif, ce qui était également le cas de l'assurée. L'état de l'assurée correspondait actuellement aux critères diagnostiques d'un PTSD chronique, à savoir que la durée était supérieure à deux ans, la victime avait une attitude hostile, souffrait d'une détresse permanente, d'un sentiment de vide, était en retrait social et se sentait très différente des autres. L'association

PTSD-somatisations était également connue. Dans les traumatismes sexuels, la victime avait peur de ne pas être prise au sérieux et consultait les services de santé pour d'autres motifs. En l'occurrence, le rejet de la demande d'asile politique signifiait une non reconnaissance de la détresse de l'assurée. Celle-ci s'était réfugiée en Suisse dans un état de détresse profond et sa chute avait déclenché un PTSD chronique, depuis persistant et invalidant. Les réponses politiques et médicales s'emmêlaient, et l'assurée avait perdu confiance en elle et en la capacité des autres à la comprendre. Partant, selon l'experte, l'assurée souffrait d'un authentique PTSD avec comme comorbidité un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec risque de passage à l'acte auto-agressif. La Dresse U_____ a ajouté que le PTSD était une pathologie complexe et fluctuante où les preuves directes manquaient souvent. À la demande de l'OAI, le Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a procédé à l'expertise de l'assurée en date du 14 avril 2008. Il a relaté l'anamnèse personnelle de l'assurée ainsi que ses plaintes. Celle-ci a déclaré souffrir de douleurs constantes et se sentir souvent agitée, nerveuse et agressive. Les conditions de vie dans le centre d'asile où elle logeait étaient horribles, avec beaucoup de bruit, d'agressivité, de drogue. L'assurée a abordé les circonstances du viol en soulignant que son mari en avait pris connaissance récemment à la lecture d'un procès-verbal d'audition. Il ne l'avait pas rejetée, contrairement à ses appréhensions, et avait manifesté beaucoup de compassion. Le psychiatre a noté que pour cette partie du récit, l'assurée était dans un effondrement émotionnel authentique, profond et prolongé. Elle a évoqué à plusieurs reprises qu'elle ne pourrait retourner en Macédoine et qu'elle tuerait ses enfants avant de mettre fin à ses jours si elle y était forcée. Après avoir résumé le dossier médical de l'assurée, l'expert a procédé à son examen clinique. L'assurée manifestait une certaine nervosité mais les capacités de concentration et d'attention étaient dans l'ensemble maintenues et normales, bien qu'une fatigue palpable, voire un épuisement, aient été observés à la fin de l'entretien. L'assurée était négative mais sans tristesse perceptible lorsqu'étaient abordées des questions neutres voire pénibles. Elle s'était ensuite effondrée lorsque le viol avait été abordé, et l'état de larmes et de tristesse s'était maintenu jusqu'à la fin de l'examen. Il semblait que l'assurée avait conservé auparavant un état de fonctionnement, d'adaptation, de contenance et de fonctionnalité faisant place à un effondrement sur le plan thymique dès que la thématique touchait le centre de sa personne, et la détresse était alors majeure, perceptible et authentique. Il n'existait aucun signe de la lignée psychotique. Sa personnalité était conditionnée par une vision négative, défaitiste et désespérée de la vie et de sa personne. Sur l'ensemble de l'examen, l'assurée avait présenté plusieurs facettes, une de méfiance, de rejet et d'opposition et une autre de collaboration et de normalité. L'expert a en outre recensé les observations cliniques suivantes selon l'Association pour la méthodologie et la documentation en psychiatrie (AMDP) : réduction du champ de la pensée, ruminations évoquées comme continues, idées envahissantes, méfiance non délirante, perplexité, anesthésie affective, trouble de l'éprouvé vital subjectivement fort, humeur déprimée, anxiété psychique éprouvée, dysphorie, irritabilité, agitation intérieure, sentiments d'insuffisance et de culpabilité, labilité affective, agitation motrice, sociabilité diminuée, agressivité, anhédonie, tension, anticipation anxieuse, anxiété en situation sociale, et diminution des compétences sociales subjectivement éprouvée. Il a exclu un ralentissement significatif. L'assurée était dans un registre dysphorique, très nerveuse et tendue mais non un état dépressif proprement dit. L'expert a souligné qu'il n'était pas facile de distinguer entre ces deux états, mais l'absence de trouble cognitif, la mobilité, la tonicité, et la diversité d'expressions l'avaient guidé dans ce sens. Cependant,

l'assurée s'était très clairement effondrée et avait été dans une détresse profonde et authentique à l'évocation du traumatisme vécu. Il existait un lien net et étroit entre les deux éléments mais pas de permanence de trouble. Par ailleurs, la vie en foyer et l'incertitude quant au futur influençaient l'état de l'assurée. Le Dr W _____ a noté que l'aspect dramatique du viol subi par l'assurée avait été amplifié par plusieurs facteurs (viol collectif avec menace vitale, ayant eu lieu devant ses enfants et l'exposant à un risque d'exclusion sociale). Cette situation conditionnait une incapacité de retour en arrière. Il y avait bien une menace vitale sur ce point. Les réactions suicidaires de l'assurée ne pouvaient être considérées comme des manipulations et un retour dans son pays devait clairement être exclu. A l'issue de son examen, le Dr W _____ a posé les diagnostics dans un premier temps d'état de stress post-traumatique (F 43.1) ayant par la suite pris la tournure d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F 43.22) et de modification durable de la personnalité avec une expérience catastrophe (F 62.0) associé à un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Ces diagnostics étaient sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée mais l'assurée était néanmoins totalement dysfonctionnelle. Elle disposait cependant de ressources et de capacités de résilience. Partant, de l'avis de l'expert, la solution la plus juste devait tenir compte de la vulnérabilité effectivement anormale de l'assurée, ce qui devrait conduire à une reconnaissance d'asile qui constituait la base indispensable à sa reconstruction. Le risque de suicide individuel ou collectif était réel en cas de renvoi dans son pays d'origine. Cet élément mis à part, et sous condition de la création d'un statut de réfugiée, la capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique même si l'assurée garderait toujours des traces durables des événements dans sa personnalité. Le 2 décembre 2008, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée niant le droit aux prestations. Se référant au rapport d'expertise du Dr W _____ et au rapport du SMR, il a relevé que l'atteinte s'était produite dans le pays d'origine et que celle-ci n'avait pas empêché l'assurée de travailler à son arrivée en Suisse. L'incapacité de travail était à mettre en lien avec l'issue de la demande d'autorisation de séjour pour cas de rigueur en cours. L'assurée, par son mandataire, a contesté la teneur de ce projet par courrier du 19 janvier 2009. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir interrogé son psychiatre, le Dr A _____, spécialiste FMH en psychiatrie et spécialiste reconnu du PTSD, ce qui constituait un défaut d'instruction. Elle a également fait grief à l'OAI de ne pas avoir motivé sa décision et ne pas avoir précisé pour quelles raisons il avait écarté une première expertise, fouillée et précise. Les propos du Dr V _____, qualifiant les actes de l'assurée de manipulations et de chantage au suicide, ne relevaient pas de la science médicale. Le Dr W _____ avait d'ailleurs lui-même contesté le caractère manipulateur des tentatives de suicide de l'assurée. Ce médecin avait par ailleurs souligné les difficultés diagnostiques à nier un état dépressif proprement dit de l'assurée. Partant, une incapacité de travail complète devait être reconnue. Par courrier du 23 janvier 2009, l'assurée a transmis un rapport du Dr A _____ daté du 20 janvier 2009. Celui-ci a indiqué que l'assurée avait été totalement incapable de travailler toutes ces dernières années. De son point de vue, il s'agissait d'une problématique liée au traumatisme et alourdie par des comorbidités, justifiant un traitement intensif par ses soins depuis avril 2007. Le Dr A _____ s'étonnait des conclusions du deuxième expert et considérait que la décision de l'OAI n'était pas prise en parfaite connaissance de cause. Il a requis d'être interrogé et de pouvoir se déterminer précisément sur les problèmes cliniques rencontrés par l'assurée, ce qui n'avait pas été le cas jusqu'alors. Dans un volumineux rapport de 58 pages daté du 25 mars 2009, le Dr A _____ a posé les diagnostics psychiatriques suivants: épisode dépressif sévère

avec symptômes psychotiques congruents et non congruents à l'humeur résistant aux traitements antidépresseurs durant plusieurs années, avec tentatives de suicide et hospitalisations répétées, actuellement en rémission partielle sous traitement, depuis 2004 (F 32.30); état de stress post-traumatique, chronique, à début différé, depuis 2003 (F 43.1); modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme, depuis 2003 (F 62.0); syndrome douloureux somatoforme persistant, depuis 2003 (F 45.4); difficultés liées à certaines situations psychosociales, statut de requérante d'asile déboutée et sous le coup d'une décision de renvoi du territoire suisse (Z 64); autres difficultés liées à l'entourage immédiat dysfonctionnements familiaux très importants (Z 63.8); autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer, nécessité de porter plusieurs secrets extrêmement dangereux vis-à-vis de son mari en particulier (Z 63.7); soutien familial inadéquat, l'assurée servant fréquemment de bouc émissaire à son entourage, lui-même sous pression, qui la menaçait constamment de la faire hospitaliser en asile psychiatrique en l'accusant d'être folle et à l'origine des problèmes et souffrances de toute la famille (Z 63.2); difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire, impossibilité d'un rapprochement et d'une congruence affective avec son mari censé dans sa culture fonctionner comme chef de famille et garant de la sécurité et de l'honneur de son épouse (Z 63); difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris familial, hébergement dans un foyer pour requérants d'asile totalement inadapté aux besoins de la famille et reconnu comme pathogène pour elle-même et ses enfants (Z 63); exclusion et rejet sociaux, en Macédoine, du fait du type de traumatisme subi, en Suisse, du fait de comportements apparemment aberrants en relation avec l'état de stress post traumatique (F 43.1) et de la modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme (Z 60.4); difficultés liées à l'acculturation, en raison des troubles du comportement et de la communication ayant grevé son adaptation dans la société d'accueil à Genève depuis 2003, l'assurée se trouvait très isolée avec un sentiment d'inadéquation permanent (Z60.3); solitude, avec une seule confidente, son infirmière mais ni amis ni membres de la famille avec qui partager sa charge morale (Z 60.2); difficultés liées au logement et aux conditions économiques, outre les conditions de vie insupportables au foyer où elle ne disposait d'aucun espace personnel, la famille dans son ensemble était soumise à des pressions financières très importantes depuis des années (Z 59). Le Dr A_____ a en outre fait état des diagnostics psychiatriques sans effet direct sur la capacité de travail suivants, appartenant tous à la catégorie des facteurs déclenchants codés sous Y ou Z dans la CIM-10): victime d'un crime et d'actes de terrorisme, torture en 2001 (Z 65.4); agression sexuelle par la force physique, en 2001 (Y 05); expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités, en 2001 (Z 65.5); antécédents personnels de comportement autodestructeur (suicide, parasuicide, intoxication volontaire) de manière répétée entre 2004 et 2006 et encore présents à plusieurs reprises depuis début 2007 sous forme d'abus médicamenteux dangereux (Z 91.5). Le psychiatre a relevé qu'il serait erroné de conclure en raison du nombre important de cotations Y ou Z selon la CIM-10 que l'essentiel de la charge pathologique était de nature psychosociale et/ou culturelle. L'assurée souffrait de comorbidités très importantes en rapport avec les traumatismes subis, qui constituaient la maladie handicapante manifestement aggravée par l'influence quotidienne des facteurs Y ou Z sur son état psychique et son comportement. Il a également précisé que le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe posait habituellement des problèmes d'interprétation et occasionnait des conflits entre experts. Il faudrait en effet exclure des troubles de la personnalité antérieurs au traumatisme, ce qui

était souvent difficile et ne reposait que sur les témoignages de l'entourage. En l'occurrence, le Dr A_____ se basait avant tout sur celui du mari de l'assurée, qui affirmait que la personnalité de celle-ci avait changé du tout au tout depuis les événements. Quant à l'assurée, elle décrivait une personnalité ouverte et confiante jusqu'au seuil de l'adolescence, et par la suite des qualités de compromis et de résilience remarquables durant toute la période où elle était seule avec ses enfants dans la famille du mari en Macédoine. Le médecin a rappelé que les arguments déterminants pour un tel diagnostic étaient une modification de la personnalité représentant des caractéristiques inflexibles et mal adaptées indiquées par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes: attitude permanente d'hostilité et de méfiance envers le monde chez une personne qui ne présentait pas de tels traits auparavant, critère indéniablement présent en l'occurrence et relevé par chacun des experts chez l'assurée, et retrait social non dû à un autre trouble mental actuel, par exemple un trouble de l'humeur. En l'espèce, la tendance au retrait social demeurait manifeste et était non congruente à l'humeur, qui elle s'améliorait au fil des mois. Le sentiment constant de vide ou de perte d'espoir, non limité à un épisode isolé de trouble de l'humeur et absent avant la période du stress catastrophique, pouvant mener à une dépendance accrue envers les autres, à une incapacité à exprimer des sentiments négatifs ou agressifs, et à une humeur dépressive de durée prolongée sans trouble dépressif reconnu avant l'exposition au stress catastrophique, était également présent. La persistance de ce trouble malgré l'amélioration de la thymie avait été observée chez l'assurée. Il existait dans le cas de l'assurée à la fois une dépendance accrue envers les autres et leur opinion, sur le mode de l'abandonnisme et des pertes de contrôle sur ses impulsions se traduisant par des expressions de sentiments négatifs ou agressifs, qui allaient jusqu'à des passages à l'acte hétéro-agressifs ou auto-agressifs. Ces deux notions étaient à remettre dans le contexte des fortes ambivalences générées par le contexte relationnel et familial dont l'assurée se trouvait prisonnière actuellement et n'étaient donc pas contradictoires. Ce critère pouvait donc être retenu chez l'assurée. Le sentiment durable d'être "sur la brèche" ou de se sentir menacée sans cause externe, attesté par une vigilance accrue et une irritabilité chez une personne qui ne présentait pas antérieurement de tels traits, correspondant à une hypervigilance chronique, avait été décrit de façon différente (tensions etc.) par l'entourage et les experts et était dès lors rempli. Le sentiment permanent d'être changé ou différent des autres était présent et s'accompagnait d'un engourdissement émotionnel et de vécus de déréalisation et de dépersonnalisation dans le cadre de la sémiologie dissociative classiquement décrite chez les traumatisés psychiques. Le changement devait interférer de façon significative avec le fonctionnement personnel dans la vie quotidienne pour que le diagnostic de modification de la personnalité soit retenu. C'était là une des raisons pour lesquelles l'incapacité de travail risquait d'être durable et il existait par ailleurs des répercussions majeures de cet aspect sur le fonctionnement familial dans son ensemble, y compris les enfants, son mari, et sa fratrie. La modification devait exister depuis plus de deux ans, ce qui était également le cas chez l'assurée, que le Dr A_____ suivait depuis plus de deux ans. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, ce spécialiste a rappelé les critères diagnostiques selon la CIM-10, soit confrontation - brève ou prolongée - à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus; facteur de stress constamment remémoré ou revécu avec des reviviscences envahissantes (flashbacks), des souvenirs intenses, des rêves répétitifs; sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier; évitement ou tendance à l'évitement - non

présents avant la confrontation au facteur de stress - de situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier; incapacité, partielle ou complète, à se rappeler des aspects importants de la période d'exposition au facteur de stress; présence de symptômes persistants traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance (non présentes avant l'exposition au facteur de stress) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes: difficulté d'endormissement ou du maintien du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée. Ces derniers critères devaient survenir dans les six mois suivant l'événement stressant ou la fin d'une période de stress. En l'occurrence, l'assurée présentait ou avait présenté tous les critères mentionnés. S'agissant de leur évolution dans le temps, on ne pouvait certes affirmer sans réserve que l'irritabilité, les difficultés de concentration et l'hypervigilance étaient présentes dans les six mois suivant le traumatisme mais le critère d'hypersensibilité et d'hypervigilance auquel ces symptômes se rattachaient était le seul qui n'était pas démontré sur les six mentionnés, alors que la présence de deux de ces critères seulement était suffisante pour poser le diagnostic. Demeurait la question de la latence invoquée par certains experts au détriment de ce diagnostic, en invoquant le fait que l'assurée avait été capable de travailler durant quelques mois après son arrivée en Suisse et que cela constituerait la preuve de l'absence de PTSD. Le Dr A_____ a relevé que cette opinion n'était absolument pas fondée sur la littérature récente et que la latence pouvait être très longue dans certains cas, en se référant sur ce point à plusieurs publications. Le rapport du psychiatre traitant comportait en outre une anamnèse personnelle et familiale détaillée, signalant notamment que l'assurée avait mis plus d'une année à confier le viol dont elle avait été victime. Il a ensuite relaté de manière extrêmement fouillée l'évolution de l'assurée depuis 2007, en résumant ses observations cliniques et le contenu de chaque entretien dans un journal des consultations. On pouvait notamment y lire les difficultés rencontrées par l'assurée dans le foyer qu'elle habitait, les extrêmes tensions avec sa famille et les agressions réciproques, les actes d'automutilation de son époux, l'arrivée du frère de l'assurée défiguré à la suite de tortures subies, et le fait que l'assurée avait durant son suivi avec le Dr A_____ fait plusieurs tentatives de suicide. Au mois d'août 2008, l'assurée avait par ailleurs sur l'incitation du psychiatre contacté l'association "Voie F", qui proposait des programmes de motivation, d'entraînement des facultés cognitives et d'apprentissage. L'assurée l'avait fréquentée quelque temps et avait même fait des recherches d'emploi en octobre 2008, avant de constater que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité. Après avoir relaté ses observations, le Dr A_____ a émis le pronostic suivant. Dans le cas de figure le plus favorable, avec l'allègement des facteurs psychosociaux écrasants et l'obtention d'un permis de séjour et de travail stable, une aide de l'assurance-invalidité serait souhaitable à la fois sous forme de rente et de mesures de réadaptation professionnelle. L'évolution du syndrome post-traumatique, que ce soit sous son aspect état de stress post-traumatique ou modification durable de la personnalité, était difficile à prévoir mais une constellation favorable permettrait à l'assurée de commencer à se relever des traumatismes subis et de la longue période de stress chronique intense vécue. Si ces conditions étaient remplies, le pronostic pourrait être excellent sous réserve des séquelles post-traumatiques à long terme, fréquentes mais devenant mieux maîtrisables au cours du temps. Dans le cas de figure le plus défavorable, soit le renvoi dans le pays d'origine ou un autre pays, le risque de suicide était presque une certitude, sans exclure un drame familial de type suicide altruiste. Son mari devrait par ailleurs purger trois ans de prison en Macédoine. En cas d'expulsion au Kosovo, il fallait tenir compte du fait que

l'assurée faisait partie d'une minorité qui y avait été la cible de persécutions intenses - ses parents avaient été tués et son frère torturé. En cas d'expulsion en Serbie, toute la famille y aurait un statut précaire d'immigrants. Dans le cas de figure intermédiaire, avec maintien en Suisse et poursuite des stress administratifs et économiques et autres contraintes, l'évolution resterait similaire aux six dernières années avec un fonctionnement social et familial très limité et un risque suicidaire omniprésent. Il était urgent que l'assurée ait accès à un complément de formation en français et des formations professionnelles lui ouvrant les portes de professions sans surcharge physique dans le secteur tertiaire. L'assurée était depuis 2003 en incapacité de travail totale dans la dernière activité exercée et n'était pas non plus à même d'accomplir les tâches familiales et ménagères principalement en raison de sa pathologie psychique actuelle. Aucune activité n'était exigible en raison de son incapacité médicale mais aussi d'une absence totale de possibilités d'insertion sur le marché du travail en raison de son état psychique, de sa formation professionnelle, de sa connaissance de la langue française et des troubles de la socialité accompagnant sa pathologie mentale. Les troubles présents chez l'assurée étaient une instabilité de l'humeur avec des problèmes relationnels majeurs, une asthénie, des blocages périodiques de toute activité, une vulnérabilité extrême au stress débouchant rapidement sur des troubles majeurs et une idéation suicidaire et des douleurs attribuées jusqu'ici à un trouble somatoforme persistant. La capacité de travail pourrait s'améliorer de 50 % à 100 % dans les deux ans si les conditions optimales évoquées étaient réunies. Le Dr A_____ a ajouté, s'agissant des rapports d'expertise et avis médicaux, que ceux-ci comportaient de nombreuses erreurs et approximations liées en partie en tout cas à une méconnaissance des aspects strictement médicaux et psychiatriques du syndrome de stress post-traumatique. S'agissant du rôle pathogène du séjour prolongé de la famille de l'assurée en foyer, le psychiatre a relevé qu'il était connu. Le PTSD étant une maladie liée au stress, l'addition de facteurs de stress supplémentaires tendait à l'aggraver et à le grever de comorbidités telles que la dépression. Une étude danoise récente avait conclu de manière très claire que la morbidité psychiatrique était en relation directe avec la durée de séjour en foyer, cette tendance étant particulièrement nette pour le PTSD et la dépression. Dans ces conditions, il n'était pas sérieux d'exclure une pathologie médicale et de faire état de chantage au suicide et de manipulation chez l'assurée. Citant une autre étude, le psychiatre traitant a noté que de nouveaux traumatismes pouvaient chroniciser un PTSD. Les résultats de cette étude permettaient de retenir le PTSD malgré la capacité de travail de l'assurée durant quelques mois en 2003, l'histoire clinique relatée rejoignant la notion d'évolution à long terme du PTSD avec réactivations et aggravations successives par des stress à distance du traumatisme initial. Il a également souligné les résultats d'une étude selon laquelle la réparation du préjudice à des niveaux politiques et judiciaires n'aurait pas une incidence majeure sur le PTSD, la stratégie la plus efficace consistant en des mesures sociales, occupationnelles, économiques et des interventions psychothérapeutiques destinées à augmenter le sentiment de maîtrise de soi. S'agissant du temps de latence entre l'événement traumatisant et le PTSD, le Dr A_____ a relevé, études à l'appui, que ce point faisait l'objet de féroces discussions entre les experts et que les apparitions tardives de PTSD étaient retenues ou non notamment en fonction des définitions qui étaient données des premiers symptômes de cette atteinte. L'expérience du Dr A_____ dans le traitement de traumatisés de guerre, sa formation post-graduée et son expérience dans l'enseignement lui faisaient considérer que les conclusions formulées par les experts et les déclarations des autorités de l'asile s'agissant du PTSD étaient illégitimes, mal fondées et reposaient sur des

informations erronées. Il a encore ajouté que les signes de non-organicité de Waddell ne permettaient pas à eux seuls de conclure à la simulation. Le Dr A_____ a résumé en substance que les conclusions du SMR étaient mal fondées et souffraient de carences méthodologiques évidentes. La meilleure issue possible à la situation dramatique de l'assurée serait l'octroi d'un permis de séjour stable pour toute la famille et une intervention de l'assurance-invalidité avec l'octroi d'une rente et de mesures de formation pour permettre à terme d'améliorer l'état psychique de l'assurée. A la demande de l'OAI, le Dr W_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assurée le 11 juillet 2009. L'assurée ayant manifesté de l'agacement à l'idée de se soumettre à un nouvel examen, le psychiatre lui a proposé de répondre de manière très succincte aux questions posées, cas échéant par oui ou par non. Il s'est également engagé à ne pas revenir sur les événements du passé. Le Dr W_____ a complété l'anamnèse de l'assurée et repris l'étude de son dossier médical après avoir relaté ses plaintes. Celle-ci a notamment déclaré que sa vie était détruite, qu'elle était "une poubelle" pour tout le monde et qu'elle n'avait aucun futur. L'examen clinique, qui a eu lieu en présence d'un interprète masculin, a donné lieu aux constatations suivantes de l'expert. L'assurée n'avait pas de problème d'attention. Au plan affectif, elle était en très grande partie entre la neutralité et la dysphorie. L'énergie vitale était légèrement réduite et l'assurée ne se montrait pas particulièrement anxieuse, mais plutôt crispée et parfois nerveuse, sans manifestation neurovégétative particulière mais avec une inquiétude par rapport au futur. Elle manifestait parfois de la colère, et s'était montrée offusquée à l'idée d'un réentraînement au travail. Son fonctionnement rappelait par moments une personnalité borderline. L'expert n'a pas constaté de symptômes de la lignée psychotique ni ralentissement psychomoteur significatif. En substance, ce deuxième entretien montrait une femme mieux équilibrée sur les plans cognitif et thymique, dont la personnalité restait marquée par des traits légèrement déviants et polymorphes. Le Dr W_____ a également pris contact avec le psychiatre traitant, avec lequel il a discuté de leurs observations respectives. Il a souligné à cet égard que leurs conclusions diagnostiques n'étaient pas très éloignées. Il a affirmé que le Dr A_____ avait fait état d'une très grande variabilité d'expressions, d'un très fort lien entre affectivité et événements et d'une dépression sévère bien que l'état dépressif ne fût pas permanent. Il était dès lors nécessaire de recourir aux critères de la CIM-10 afin de déterminer si un tel état pouvait être retenu, critères qui étaient les suivants: abaissement de l'humeur à degré nettement anormal, toute la journée, presque chaque jour, dans une large mesure sans influence des circonstances (B1); diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités auparavant agréables (B2); perte de l'énergie, grande fatigabilité, diminution nette des activités habituelles (B3); perte de l'estime de soi et de la confiance en soi (C1); sentiments injustifiés de culpabilité (C2); pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires (C3); diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer (C4); modification de la psychomotricité: agitation ou ralentissement (C5); perturbation du sommeil importante (C6); modification de l'appétit avec variation pondérale (C7). Le Dr W_____ s'est déterminé sur chacun de ces critères comme suit: il n'y avait pas d'abaissement de l'humeur, et une grande variabilité d'expressions avec entre autres de la tristesse était observée tant par lui-même que par le psychiatre traitant, cette émotion étant par ailleurs largement influencée par les circonstances; la diminution du plaisir et de l'intérêt n'était que partielle; les activités habituelles étaient maintenues voire augmentées; l'assurée avait une culpabilité liée à différents points difficiles de son passé; aucune diminution de la concentration n'était observée; il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur; l'appétit était irrégulier sans perte

significative de poids; il y avait allusion à des pensées suicidaires sans concrétisation. L'expert a en revanche admis un grand manque de confiance. La dépression était qualifiée en fonction du nombre de critères remplis de grave (huit critères dont 3 critères B), moyenne (6 critères dont 2 critères B) ou légère (4 critères dont 2 critères B). Partant, on pouvait au mieux en l'espèce parler d'un état dysthymique. S'agissant de la modification de personnalité, le Dr W_____ a souligné qu'elle était assez peu manifeste pour lui lors de la précédente expertise, mais qu'elle s'était depuis un peu concrétisée avec les observations et interactions décrites. Il l'a qualifiée d'assez polymorphe, dans un registre mixte avec des éléments d'immaturation, de sensibilité narcissique, d'attitude passive-agressive et des éléments de type psychonévrotique. Un tel tableau correspondait au diagnostic d'"autre trouble spécifique de la personnalité". Le troisième diagnostic retenu était celui de trouble douloureux somatoforme. Au stade actuel, durant l'ensemble de l'examen, la plainte douloureuse n'était pas au centre. Il y avait désormais une prescription d'antalgiques du groupe des opiacés, qui sortait du domaine de compétence de l'expert mais participait à la psychodynamique de confirmation de maladie. Si l'on acceptait provisoirement la notion d'un syndrome douloureux somatoforme, la question de l'incidence de la comorbidité psychiatrique sur la capacité de travail se posait. Se référant aux critères habituels dégagés par la jurisprudence, l'expert a notamment retenu que la comorbidité psychiatrique était légère, que l'assurée n'avait pas d'autre affection corporelle chronique, qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, l'assurée s'étant au contraire ouverte les deux dernières années, que l'état psychique n'était pas cristallisé, que les symptômes décrits et le comportement observé divergeaient, que les traitements avaient amené une amélioration et que des facteurs psychosociaux jouaient un rôle. L'expert a rappelé que sa vision et celle du Dr A_____ divergeaient dès lors que ce dernier travaillait sur le potentiel d'évolution de l'assurée. Il a relevé que la projection quant à l'évolution du psychiatre traitant contredisait les notions d'état dépressif chronique et de trouble de personnalité fixé. La question de l'évolution ne se posait en revanche pas dans le cadre du mandat d'expertise, le Dr W_____ étant uniquement appelé à déterminer si des facteurs médicaux empêchaient l'assurée d'exercer une activité d'ouvrière ou d'employée non qualifiée. Sur ce point, il a souligné qu'elle était en incapacité de travail totale et a émis l'hypothèse que ses constats de 2008 n'avaient pas été interprétés correctement. Le Dr W_____ entendait à l'époque signifier que l'assurée, dans les circonstances relatées, était toujours en incapacité de travail totale. L'ensemble des facteurs influents était à tel point pathogène que jusqu'à l'obtention d'un titre de séjour et durant un temps d'adaptation consécutif, aucune activité n'était exigible. On pourrait aussi dire que l'ensemble des facteurs mentionnés représentait un trouble d'adaptation à répétition en quelque sorte chronique, même si ce terme n'existait formellement pas. En revanche, contrairement au Dr A_____, l'expert ne considérait pas que le stress post-traumatique se fût chronicisé et a renvoyé à cet égard à l'argumentation contenue dans sa première expertise. Si l'on admettait de manière purement théorique un statut et une vie normale, l'assurée pourrait à ce moment exercer une activité de type aide-cuisinière. Cela était même souhaitable. Une activité sans exposition à d'autres personnes était préférable, l'assurée restant sensible et vulnérable dans les contacts, les situations de stress accru et les interactions compliquées et risquées de contrainte. De ce fait, une activité comme par exemple celle de dame d'office ne paraissait pas idéale. Il existait certaines limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique à l'activité professionnelle. A l'issue de l'expertise, le Dr W_____ a posé les diagnostics suivants: trouble de l'adaptation avec surtout réaction anxieuse et perturbation de conduite (F 43.23); dysthymie

(F 34.1); modification de la personnalité après expérience de catastrophe avec élément de personnalité immature, narcissique, passive-agressive, psychonévrotique (F 60.8) avec impact clinique léger; syndrome douloureux somatoforme persistant avec faible comorbidité psychiatrique (F 45.4). En l'état actuel, l'assurée qui était toujours sous menace et sans existence civile garantie, était totalement dysfonctionnelle. Même si un permis de séjour avait été promis dans l'intervalle, le stade futur que l'expert et le psychiatre projetaient théoriquement n'était pas encore atteint. De ce fait, l'incapacité de travail subsistait. Après l'obtention théorique du permis de séjour, une période de transition serait nécessaire afin que l'assurée puisse quitter les conditions pathogènes dans lesquelles elle vivait. Cette transition pouvait être établie comme suit: l'incapacité de travail totale subsisterait trois mois après l'attribution formelle du permis de séjour. Elle serait ensuite de 50 % dans les six mois consécutifs. Dans son avis du 10 août 2009, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SMR, s'est déterminé sur l'expertise. Il a indiqué que l'incapacité de travail durable avait débuté le 29 octobre 2003 et qu'elle resterait complète jusqu'à trois mois après l'obtention d'un permis de séjour, et de 50 % durant les six mois suivants. A la demande de l'OAI, la mandataire de l'assurée a exposé par courrier du 20 août 2009 qu'à la suite du rejet de la demande d'asile de la famille de l'assurée, une demande de reconsidération visant à l'obtention d'une admission provisoire avait été rejetée le 8 mai 2006 par l'OFFICE FEDERAL DES MIGRATIONS (ci-après ODM). Un recours auprès du Tribunal administratif fédéral était en cours contre cette décision. Cette instance avait suspendu les mesures d'exécution du renvoi jusqu'à droit connu sur le recours. Parallèlement, le canton de Genève avait préavisé favorablement la reconnaissance d'un cas de rigueur visant à l'obtention d'un permis B. L'ODM avait en revanche statué défavorablement sur cette reconnaissance par décision du 28 juillet 2009, contre laquelle un recours serait interjeté prochainement. Par décision du 25 mars 2010 faisant suite à l'arrêt rendu par le Tribunal administratif fédéral, l'ODM a prononcé l'admission provisoire de l'assurée et de sa famille en Suisse. Par courrier du 18 février 2010, le Dr W _____ a répondu aux questions ayant trait à l'incidence des facteurs psychosociaux dans l'incapacité de travail de l'assurée posées par le SMR dans un courrier du 20 janvier 2010. Il a déclaré qu'il était impossible de réduire la problématique de l'assurée en composantes psychosociales et non psychosociales et a comparé sa situation à celle d'une personne qui a subi un grave conflit sur son lieu de travail ayant conduit à des conséquences néfastes pour sa santé rendant un retour au poste de travail impossible. L'assurée se trouvait dans une situation du même ordre, bien que les enjeux fussent dans son cas bien plus importants. L'incertitude quant au droit de rester en Suisse maintenait l'état altéré, qui perdurerait jusqu'à ce qu'une décision soit prise. Il s'agissait en l'espèce d'un véritable impact nocif et incapacitant de facteurs sociaux, qui n'avait rien à voir avec des facteurs culturels. Dans son avis du 25 juin 2010, la Dresse C _____, médecin au SMR, a soutenu que selon l'expert, l'incapacité de travail était liée à un trouble psychique secondaire au fait que l'assurée était dans l'incertitude quant à une éventuelle expulsion. Bien que l'expert ne se prononce pas clairement sur les questions posées, le SMR considérait que les facteurs sociaux étaient prépondérants. Le 23 juillet 2010, l'OAI a adressé un projet de décision annulant celui du 2 décembre 2008. Il a souligné que de l'avis du SMR, l'atteinte avait été évaluée selon les critères de la CIM-10 et ne présentait pas de caractère invalidant. L'atteinte à la santé était secondaire au fait que l'assurée restait dans l'incertitude quant à un retour dans son pays. Une expulsion n'étant pas exigible selon le Tribunal administratif fédéral, une incapacité de travail invalidante ne pouvait être retenue

au sens de la loi et il existait une pleine capacité de travail dans toute activité depuis son arrivée en Suisse. Par courrier du 13 septembre 2010, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI. Elle a souligné que ce dernier n'indiquait pas pour quels motifs il avait écarté la première expertise de la Dresse U _____, qui posait à l'instar du médecin traitant les diagnostics de stress post-traumatique associé à un trouble dépressif récurrent sévère à l'évolution chronique et défavorable. Elle a également contesté que des facteurs sociaux aient une influence prépondérante dans les atteintes dont elle souffrait. Par ailleurs, l'incidence de l'autorisation de séjour était peu compatible avec les diagnostics posés. Le 21 septembre 2010, l'assurée a transmis à l'OAI un courrier du Dr A _____ daté du 19 septembre 2010, dans lequel ce praticien précisait que les facteurs sociaux n'étaient pas liés de manière prépondérante à ses troubles, qui découlaient en majeure partie des traumatismes subis dans son pays. Les facteurs sociaux occupaient une place très secondaire par rapport à l'étiologie traumatique et aux angoisses qu'elle générait encore. L'incapacité de travail était imputable aux conséquences des traumatismes subis et perdurait, en raison de la persistance de la dépression et d'accès d'angoisses. Il n'y avait pas de perspective d'insertion professionnelle au sens courant avant plusieurs années. La Dresse C _____ s'est déterminée par avis du 4 janvier 2011 sur le courrier du Dr A _____. Elle a maintenu que les facteurs psychosociaux étaient prépondérants en affirmant que les arguments du Dr A _____ n'étaient pas convaincants, car il ne démontrait ni aggravation de l'état de santé ni nouvelle atteinte permettant de remettre en cause les conclusions du SMR du 25 juin 2010. Elle a ajouté que ce médecin essayait "à tout prix de démontrer l'incapacité de travail totale de son assurée, ce qui n'était pas crédible". Par décision du 31 mars 2011, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assurée. Il a souligné que selon l'avis du SMR, les arguments de l'assurée ne démontraient pas d'aggravation de son état de santé ou de nouvelle atteinte. L'OAI a réaffirmé que l'atteinte n'avait pas de caractère invalidant et était secondaire au fait que l'assurée restait dans l'incertitude quant à un retour dans son pays, les facteurs sociaux étaient dès lors prépondérants. L'ODM ayant estimé que l'expulsion de l'assurée n'était pas possible par décision du 25 mars 2010, une incapacité de travail invalidante ne pouvait être retenue. Par acte du 13 mai 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle conclut sous suite de dépens, préalablement à l'audition du Dr A _____, et au fond à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète. Elle reprend les documents médicaux et soutient que l'expertise des Drs U _____ et T _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante dès lors qu'elle ne contient aucune contradiction et qu'elle corrobore le rapport de la Dresse L _____. Les médecins du SMR l'ont écartée sans aucune motivation, ce qui permet de conclure qu'ils cherchaient un expert mieux disposé à prendre des conclusions favorables à l'OAI. En revanche, l'expertise du Dr W _____ est incomplète et ne se fonde pas sur une bonne connaissance du dossier dès lors qu'il n'a pas sollicité l'avis du Dr A _____, pourtant spécialiste du PTSD, atteinte qu'il a écartée sans motivation. L'anamnèse n'est pas complète, puisqu'elle ne mentionne pas la situation familiale complexe de l'assurée, notamment les graves violences intra-familiales et les automutilations de son époux. Le Dr W _____ connaissait l'anamnèse déjà établie par les experts U _____ et T _____ et se devait ainsi de poser les questions adéquates. Il était par ailleurs contraire à tous les principes reconnus en matière de violences sexuelles de soumettre l'assurée à un expert masculin, ce qu'exclut notamment la législation en matière d'asile. La difficulté de s'ouvrir à un expert masculin ressort clairement du journal des consultations du Dr A _____. Par ailleurs, le rattachement de l'incapacité de travail de l'assurée à des

motifs psychosociaux est peu sérieux dès lors que l'assurée reste incapable de travailler, bien qu'étant en possession d'un permis F depuis plus d'une année. Le rapport du Dr A_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante puisque son auteur est un spécialiste du PTSD, qu'il est objectif, qu'il ne présente pas de contradictions et que ses conclusions sont dûment motivées. Le Dr A_____ a démontré de manière convaincante les lacunes de l'expert en matière de PTSD. Sa prise en charge dans la durée de l'assurée permet une appréciation médicale plus fine et plus stable. Le Dr A_____ vise de plus une réinsertion, ce qui démontre qu'il ne cherche pas à tout prix à rendre crédible une incapacité de travail, contrairement à ce qu'affirme la Dresse C_____.

L'assurée reproche également à l'OAI d'avoir aggravé le dommage par sa gestion du dossier, en exigeant des expertises inutiles et en augmentant par la durée de la procédure les facteurs de stress. L'assurée produit à l'appui de son recours un rapport établi le 2 mai 2011 par le Dr A_____, dans lequel ce dernier maintient ses conclusions et soutient qu'il est intenable de considérer que les aspects psychosociaux prévalent sur ceux du traumatisme dans la pathologie observée, qui procède d'une incohérence théorique par les experts ayant vu l'assurée. Dans sa réponse du 24 mai 2011, l'OAI conclut au rejet du recours. Rappelant la jurisprudence régissant la valeur probante de rapports médicaux, il soutient que les rapports du SMR ont une autre fonction et ne doivent pas répondre aux mêmes exigences que les expertises. Il souligne que le Dr W_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée dépendait de l'obtention d'une autorisation de séjour. Partant, ce sont bien des facteurs sociaux qui sont incapacitants. L'OAI soutient que ce ne sont pas des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain, qui nécessite un substrat médical pertinent. Pour le surplus, l'expertise du Dr W_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante dès lors qu'elle répond aux réquisits jurisprudentiels. Les rapports du Dr A_____ ont une valeur moindre car ce médecin est de parti pris pour sa patiente. L'OAI allègue encore que les facteurs psychosociaux ne sont pas des atteintes invalidantes au sens de la loi. La Cour de céans a procédé à l'audition de l'assurée en date du 23 août 2011. Celle-ci a déclaré qu'elle souhaitait redevenir comme avant. Elle avait tenté de reprendre une activité à raison de deux heures par semaine mais n'avait pu rester au travail car elle ne supportait pas que les gens lui posent des questions. Le Dr A_____ a également été entendu. Il a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 25 mars 2009, tout en soulignant que l'état dépressif de degré sévère était en rémission partielle. Elle souffrait encore de PTSD et l'octroi du permis de séjour n'avait pas amené d'amélioration à cet égard. En revanche, l'amendement de l'état dépressif était vraisemblablement imputable à l'absence d'incertitude quant au permis. Le sentiment de vide, la perte d'estime de soi, etc. persistaient mais il n'y avait plus d'idée suicidaire. Le témoin a ajouté qu'une activité bénévole serait favorable à l'assurée, qui avait même envisagé début 2011 de prendre un emploi de nettoyeuse de bureaux à raison de deux heures par semaine, ce qui n'avait pu se faire. Le Dr A_____ affirmait cependant qu'elle ne pourrait pas assumer un emploi régulier. Il a désapprouvé la comparaison faite par le Dr W_____ d'une situation de mobbing, compte tenu de l'intensité du traumatisme subi. La famille de l'assurée avait subi des facteurs de stress psychosociaux graves qui avaient indéniablement eu une influence sur l'état de l'assurée. Toutefois, considérer qu'ils étaient la cause de son état n'était pas correct. Du reste, à présent que la situation familiale s'était améliorée, force était de constater que l'hypothèse ne tient pas. Le fait que l'assurée ait pu travailler quelques mois lors de son arrivée en Suisse n'était pas pertinent, le PTSD pouvant devenir symptomatique quelques mois voire quelques années après l'événement déclencheur. Un tel trouble constituait selon

le témoin une comorbidité psychiatrique grave au trouble somatoforme douloureux, contrairement à ce que retenait le Dr W_____. Dans son écriture du 9 septembre 2011, l'OAI s'est déterminé sur l'audition du Dr A_____ en maintenant ses conclusions. Il s'est référé à l'avis du SMR du 9 septembre 2011, joint à son envoi, dans lequel la Dresse C_____ soutient qu'un état dépressif sévère ne peut pas être en rémission partielle, puisqu'il s'agirait alors d'un état dépressif moyen, voire léger. Le fait que l'assurée ne soit plus accompagnée d'un interprète aux consultations est également un signe d'amélioration de son état de santé. Par ailleurs, le diagnostic de PTSD ne peut être posé au-delà d'une période de deux ans, et la conclusion contraire du Dr A_____ ignore les classifications internationalement reconnues. Celui-ci ne démontre pas pour quels motifs l'assurée ne pourrait travailler à 100 %. Si le SMR ne nie pas les stress psychosociaux graves, il soutient qu'ils ont une influence prépondérante sur l'état de l'assurée. En résumé, l'audition du Dr A_____ ne change pas l'avis SMR précédent et les conclusions du Dr W_____ qui retient que l'affection n'est pas invalidante du fait de la prépondérance des facteurs psychosociaux. L'assurée s'est à son tour déterminée par écriture du 27 septembre 2011. Elle souligne que l'avis du SMR ne modifie pas sa position et que le Dr A_____ n'ignore pas les classifications internationales, comme le prouve son rapport scientifiquement étayé. La rémission de l'état dépressif est à mettre en lien avec la diminution du risque de passage à l'acte et n'est donc pas pertinente pour conclure à l'absence de trouble dépressif qui peut rester sévère même en l'absence d'idées suicidaires. La prépondérance des facteurs psychosociaux doit d'ailleurs être écartée dès lors que le PTSD demeure malgré l'octroi d'une autorisation de séjour. Copie de cette écriture a été transmise à l'OAI par pli du 4 octobre 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA et les nouvelles du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 modifiant la LAI (4 ème et 5 ème révisions) sont entrées en vigueur respectivement les 1 er janvier 2003, 1 er janvier 2004 et 1 er janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. La législation en vigueur en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'espèce, compte tenu de la date de la décision litigieuse, le droit aux prestations doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 pour la période courant jusqu'à cette date, puis en tenant compte des modifications législatives entrées en vigueur respectivement le 1 er janvier 2004 et le 1 er janvier 2008. Cela étant, la LPGA et la 4 ème révision de l'AI n'ont modifié ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (ATFA non publié I 229/05 du 3 mai 2006, consid. 1.2). La 5 ème révision n'a pas non plus amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4322). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 130 V 90 consid. 3.2). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art.

56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le recours porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. La Cour de céans relève que l'OAI n'a cependant pas examiné les conditions d'assurance. Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2007, avaient droit aux rentes ordinaires les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptaient une année entière au moins de cotisations. En vertu de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse. Cette condition pourrait ne pas être remplie en l'espèce. Cependant, il sied de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501, consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). L'OAI ne s'étant jamais prononcé sur ces questions, il conviendra en fonction de l'issue du présent litige de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations de l'assurée sous l'angle des conditions d'assurance, en tenant compte de la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République de Macédoine (RS 0.831.109.520.1). Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2

LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Seule une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé peut donner droit à des prestations d'invalidité. Les facteurs socioculturels ne font pas partie des atteintes à la santé qui peuvent conduire à une invalidité selon l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire dans chaque cas qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a ; ATF non publié 9C_144/2010 du 10 décembre 2010, consid. 4.1). En d'autres termes, les circonstances générales et particulières qui conduisent à une situation psychosociale difficile ne suffisent pas à admettre une invalidité. De tels éléments peuvent cependant jouer un rôle dans le développement et la persistance d'une atteinte à la santé distincte. Afin de déterminer si une telle atteinte existe, il est utile de se référer aux descriptions de la CIM-10 (Thomas LOCHER, Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 253). Le code Z des atteintes répertoriées dans la CIM-10 vise à la classification de circonstances qui influent sur l'état de santé d'une personne mais ne constituent pas une atteinte ou une maladie. Ce code concerne les facteurs supplémentaires qui doivent être pris en compte lorsqu'une personne est traitée pour un état pathologique. Ces facteurs ne correspondent pas en tant que tels à la définition de l'atteinte à la santé au sens juridique. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ont toutefois des répercussions sur l'invalidité lorsqu'ils conduisent à une véritable altération de l'intégrité psychique, laquelle entrave la capacité de gain, lorsqu'ils entretiennent une atteinte à la santé distincte ou en aggravent les conséquences, qui elles-mêmes existent indépendamment des facteurs étrangers à l'invalidité (SVR 2008 IV N°15, consid. 2.2.2.2). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). b) 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 origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Il convient en premier lieu de se pencher sur la valeur probante des différents rapports médicaux et expertises figurant dans le dossier. Le Dr D_____ est le premier à avoir examiné l'assurée. Du point de vue formel, on ne peut reconnaître à son rapport de valeur probante dès lors qu'il ne satisfait que partiellement aux requisits jurisprudentiels en la matière et que l'assurée a refusé de se confier sur ses atteintes psychiques. Ce spécialiste ne pouvait ainsi pas émettre d'observations cliniques concluantes. L'expertise réalisée par la Dresse U_____ est quant à elle en tous points conforme aux exigences développées par la jurisprudence. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical de l'assurée, relate ses plaintes, contient une anamnèse complète, les diagnostics sont clairs et les conclusions motivées. Les précisions quant au diagnostic de PTSD que la Dresse U_____ a apportées par courrier du 12 octobre 2007 sont également convaincantes et sont d'ailleurs étayées par des références à la littérature médicale. Dans ces conditions, on comprend mal pourquoi l'OAI a procédé à une seconde expertise, d'autant que le dossier ne comprend aucun avis du SMR consécutif aux précisions de la Dresse U_____ qui permettrait d'infirmer les conclusions de cette spécialiste ou de les remettre en cause. Il faut en effet rappeler que le devoir d'instruction de l'assureur, ancré à l'art. 43 LPGA, ne prévoit pas de droit pour l'assureur de requérir une deuxième expertise (second opinion) lorsque les conclusions d'une première expertise ne lui conviennent pas. Il ne s'agit pas dans un tel cas de requérir un second avis sur l'opportunité d'une mesure médicale mais de procéder aux mesures d'instruction

nécessaires à établir l'état de fait pertinent du point de vue juridique au degré de preuve déterminant. Le point de savoir si une deuxième expertise doit être réalisée se détermine en examinant si le rapport déjà au dossier répond aux exigences posées quant au contenu et à la valeur probante des expertises médicales (ATF non publié U 571/06 du 29 mai 2007, consid. 4.2). En application de cette jurisprudence, l'OAI aurait dû statuer selon les conclusions des premiers experts mandatés ou à tout le moins exposer de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il a mis en œuvre une seconde expertise. Or, il ne s'est jamais prononcé sur les conclusions de la Dresse U _____, ce qui est douteux. S'agissant des expertises réalisées par le Dr W _____, la Cour de céans retient ce qui suit. Si la première expertise contient une anamnèse détaillée et comprend un résumé du dossier médical de l'assurée, tient compte des plaintes de celle-ci et se fonde sur un examen clinique complet, les diagnostics de l'expert sont peu clairs. Celui-ci a d'ailleurs lui-même admis qu'il avait eu certaines difficultés à exclure un trouble dépressif chez l'assurée, et le fait d'écarter un tel trouble paraît étonnant compte tenu des observations cliniques recensées. Il y a lieu de rappeler que l'expert a reconnu la réalité de l'effondrement de l'assurée lorsque celle-ci évoquait le viol subi. Il a de plus répertorié un grand nombre de symptômes tels qu'idées suicidaires, tristesse, larmes, ruminations, humeur déprimée, sentiment de culpabilité etc., à la lecture desquels les critères permettant de retenir un épisode dépressif sévère selon la CIM-10 paraissent réalisés. Enfin, si le Dr W _____ a évoqué les répercussions dramatiques qu'aurait une expulsion de l'assurée dans son pays d'origine, ses conclusions quant à la capacité de travail sont pour le moins ambiguës. Au vu des diagnostics posés, qui ne sont guère anodins, on peine à saisir comment ce médecin a pu considérer qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée tout en retenant finalement une incapacité de travail totale - alors même qu'il a exclu dans ses explications du 18 février 2010 au SMR une prépondérance de facteurs psychosociaux. On notera par ailleurs que l'expert a dû préciser dans sa deuxième expertise qu'il avait bien conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité en 2008. En ce qui concerne la deuxième expertise du Dr W _____, elle contient un complément d'anamnèse et reprend l'étude du dossier. Ce médecin a cependant fait état de réponses succinctes voire limitées à un oui ou à un non à certaines questions posées, de sorte qu'on peut se demander si ces réponses ont permis un examen clinique complet. En outre, si l'assurée a paru mieux équilibrée sur le plan thymique, on ne peut réellement tirer de conclusions de cette apparente amélioration puisque les questions ayant trait aux traumatismes subis par l'assurée ont volontairement été évitées. Quant aux diagnostics retenus par l'expert, ils appellent les remarques suivantes. Il a exclu un épisode dépressif en se déterminant sur les critères nécessaires à diagnostiquer une telle pathologie. Il est surprenant que le Dr W _____ ait conclu à une diminution seulement partielle de l'intérêt et du plaisir pour des activités agréables, alors qu'il ne mentionne aucune activité à laquelle l'assurée prend plaisir et qu'aucun loisir particulier ne ressort du dossier. On ignore également sur quoi il se fonde pour retenir une augmentation des activités habituelles. L'assurée a certes tenté une activité associative pendant quelques mois et a cherché sans succès à se réinsérer dans le monde du travail. Elle n'a cependant pas poursuivi ces activités en raison de son état de santé, comme le mentionne l'expert. Cette brève tentative ne suffit donc pas à admettre une amélioration sur ce plan. Quant aux idées suicidaires que l'assurée n'aurait pas concrétisées, on rappelle qu'elle a fait plusieurs tentatives de suicide ayant conduit à des hospitalisations. L'expert a en outre discuté le diagnostic de modification de la personnalité, en soulignant qu'il ne l'avait pas décelé lors de la première expertise mais qu'il se dessinait désormais

plus clairement. Ceci tend à démontrer qu'une expertise, bien que réalisée dans les règles de l'art, n'est pas forcément suffisante pour parvenir à des conclusions sûres dans un cas aussi complexe que celui de l'assurée. En outre, compte tenu du diagnostic de PTSD posé tant par la première experte que par le médecin traitant, il était nécessaire que le Dr W _____ se détermine sur ce point et expose pourquoi il ne le retenait pas. Sur ce point, son expertise s'avère lacunaire. Par ailleurs, il signale qu'il n'existe qu'une faible comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Dès lors qu'il admet une incapacité de travail totale liée aux autres atteintes psychiques diagnostiquées, une telle conclusion paraît à tout le moins contradictoire. Enfin, en ce qui concerne l'amélioration de la capacité de travail, le deuxième expert psychiatre l'admet pour le futur, en fonction de l'octroi d'un titre de séjour. Cette appréciation repose sur une pure projection et ne peut donc se voir reconnaître de valeur probante dès lors qu'elle pourrait ne pas se vérifier. Le Dr W _____ la qualifie du reste lui-même de théorique. L'audition du Dr A _____ a d'ailleurs permis de contredire ce point puisque ce médecin a indiqué que l'incapacité de travail se poursuivait malgré la récente obtention d'un permis de séjour. Compte tenu de ce qui précède, on ne peut reconnaître une pleine valeur probante aux expertises du Dr W _____, s'agissant en tout cas des diagnostics retenus, des causes de l'incapacité de travail et des pronostics sur l'évolution de celle-ci. En ce qui concerne le rapport du Dr A _____, ses conclusions ne peuvent être simplement écartées au motif qu'il s'agit-là du médecin traitant de l'assurée. Les affirmations de l'OAI sur le parti pris de ce spécialiste tombent à faux, puisque la jurisprudence retient que l'origine d'un rapport n'est pas déterminante pour lui reconnaître valeur probante, pour autant qu'il soit détaillé, clair et motivé. Tel est le cas en l'espèce. Le rapport du psychiatre est en effet extrêmement fouillé et comprend tous les éléments devant figurer dans une expertise selon la jurisprudence. Ses diagnostics se fondent sur ses observations cliniques qui sont recensées de manière très complète et ils sont étayés par des explications scientifiques. Ce spécialiste a exposé de manière convaincante et en se référant à la littérature médicale pourquoi un état de stress post-traumatique devait être retenu en l'espèce. On notera par ailleurs que la Dresse U _____ a également posé un tel diagnostic. Le Dr W _____ n'a avancé aucun élément permettant de réfuter ce diagnostic, et les arguments de la Dresse C _____ ne suffisent pas à remettre en cause les explications des spécialistes, qui se fondent sur la littérature topique. Le psychiatre traitant parvient à la conclusion que l'incapacité de travail de l'assurée est totale depuis novembre 2003. Cette conclusion est corroborée tant par les Dresses R _____ et L _____ que par les deux experts psychiatres sollicités par l'OAI par la suite, quand bien même les diagnostics et les fondements de l'incapacité de travail retenus par le Dr W _____ diffèrent de ceux de ses confrères. Compte tenu des avis unanimes des médecins traitants et des experts sur l'incapacité de travail de l'assurée, on ne peut que s'étonner des conclusions du SMR, qui s'est systématiquement écarté des constatations des spécialistes ayant examiné l'assurée. La motivation des divers avis de ce service n'est à cet égard guère convaincante. Dans son avis du 25 juin 2010, la Dresse C _____ a exclu une incapacité de gain car ceux-ci seraient avant tout dus à des facteurs psychosociaux. On ne saurait se rallier à ce point de vue pour les raisons suivantes. En premier lieu, comme on l'a vu, il convient de s'écarter des affirmations du Dr W _____ sur la corrélation entre l'absence de titre de séjour et l'incapacité de travail. En outre, même s'il fallait admettre sans réserve les conclusions de ce deuxième expert, cela ne suffirait pas à conclure à une incapacité de travail fondée exclusivement sur des facteurs psychosociaux. En effet, conformément à la jurisprudence et

à la doctrine citées plus haut, si de tels facteurs ne peuvent être considérés à eux seuls comme invalidants, ils ne permettent pas non plus d'exclure une incapacité de gain lorsqu'ils participent à la formation d'une atteinte à la santé psychique distincte ou empêchent sa guérison. Tel est le cas en l'espèce et ce quels que soient les diagnostics auxquels on se réfère, puisque les médecins ont tous retenu des atteintes ayant valeur de maladie au sens de la CIM-10. Le Dr W _____ a en particulier expressément précisé que l'incertitude quant au droit de rester en Suisse maintenait l'état altéré, qui constitue une atteinte distincte liée non pas à des facteurs psychosociaux mais notamment aux traumatismes subis par l'assurée. Le Dr A _____ a quant à lui posé de nombreux diagnostics classés sous Y ou Z dans la CIM-10. Cependant, l'incapacité de travail à laquelle il conclut ne se fonde pas sur ces éléments mais bien sur l'état dépressif et l'état de stress post-traumatique, qui sont des atteintes distinctes. Ainsi, si les facteurs psychosociaux ont pu contribuer à la chronicisation des troubles et prévenir la guérison des atteintes psychiques, ils n'en sont pas à l'origine et ne se confondent pas avec elles. Le médecin du SMR se contente d'ailleurs de substituer son appréciation à celle du Dr W _____ sur la portée de facteurs psychosociaux. Elle écarte de manière tout aussi péremptoire les conclusions du Dr A _____ et n'expose pas, même de manière sommaire, pour quels motifs l'expertise de la Dresse U _____ n'a pas été prise en compte. Ainsi, les avis établis par le SMR sont insuffisamment motivés. Il convient ici de rappeler que les avis du SMR n'ont pas la même fonction que les expertises mais doivent contenir les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF non publié 9C_341/2007 du 16 novembre 2007, consid. 4.1). Si conformément à cette jurisprudence, on ne peut en principe dénier toute valeur probante aux avis du SMR au motif qu'ils ne satisfont pas aux exigences posées pour les expertises, on ne peut non plus s'y rallier sans restriction lorsque comme en l'espèce, ils s'écartent systématiquement et sans explications convaincantes des conclusions unanimes des médecins traitants et des experts quant à l'incapacité de travail totale de l'assurée. La Dresse C _____ ne peut en particulier pas être suivie lorsqu'elle affirme que le Dr A _____ tente à tout prix de démontrer l'incapacité de travail de l'assurée. Ce médecin vise en effet à moyen ou long terme une réinsertion professionnelle. Ses conclusions ne paraissent en aucun cas dictées par le refus de l'assurée de travailler. Les efforts de celle-ci démontrent en effet sa volonté de reprendre une activité. Par ailleurs, on ignore pourquoi la Dresse C _____ fait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, puisque celle-ci n'a selon elle jamais présenté d'atteinte invalidante. Sur ce point, la Cour de céans ne voit au demeurant pas en quoi les progrès en français de l'assurée permettent de considérer que son état de santé s'est amélioré. Partant, les avis du SMR ne suffisent pas à remettre en cause l'incapacité de travail qu'ont retenue les spécialistes consultés et les experts. Il n'est pas inutile d'ajouter que la position de l'OAI est pour le moins singulière, puisqu'il soutient dans sa réponse du 24 mai 2011 que l'expertise du Dr W _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, alors même que la décision querellée s'écarte des conclusions de cet expert. Eu égard à ce qui précède, il y a lieu d'admettre que l'assurée

présente depuis le 1^{er} novembre 2003 une incapacité de travail totale dans toute activité. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008, pour lesquels l'art. 48 al. 2 aLAI s'applique (ATF non publié 9C_583 du 22 septembre 2011 consid. 4.1). Auparavant, conformément à cette disposition dans sa teneur en force jusqu'au 1^{er} janvier 2008, les prestations n'étaient accordées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande lorsque celle-ci était présentée plus de douze mois après la naissance du droit. L'assurée a dès lors droit à une rente entière dès le mois de décembre 2004, soit douze mois avant le dépôt de sa demande, pour autant que les conditions visées aux art. 6 et 36a LAI soient remplies. Aussi convient-il d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour examen des conditions d'assurance et nouvelle décision sur ce point. L'assurée, qui est représentée, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'OAI supportera l'émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Renvoie la cause à l'OAI pour examen des conditions d'assurance et nouvelle décision au sens des considérants. Met un émoulement de 1'000 fr. à la charge de l'OAI. Condamne l'OAI au versement d'une indemnité de 2'500 fr. à l'assurée à titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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