

GE_GERICHTE A/1701/2010 vom 2. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1701_2010

FR: GE_GERICHTE A/1701/2010 du 2 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1701/2010 del 2 novembre 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame M _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, mariée, a effectué sa scolarité primaire au Portugal. Elle a travaillé dès l'âge de 12 ans en tant que femme de ménage, puis comme ouvrière dans une usine. Elle est arrivée en Suisse au début de l'année 1990, où elle a rejoint son mari, qui travaillait dans le secteur du bâtiment. En Suisse, l'assurée a exercé la profession d'aide de cuisine, puis de nettoyeuse. En date du 24 juin 1994, l'assurée a déposé une première demande de prestations invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité DU CANTON de Genève (ci-après OAI), alléguant souffrir de troubles psychiques. Le 28 novembre 1994, elle a communiqué à l'OAI un contrat de travail en qualité d'aide hospitalière non qualifiée à l'EMS X _____, pour une activité de 32 heures par semaine. Par décision du 19 octobre 1995, l'OAI a rejeté la demande, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail. Le 21 octobre 2004, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, visant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport établi en date du 9 décembre 2005 à l'attention de l'OAI, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, a posé les diagnostics d'état dépressif, accès de panique, psychose hallucinatoire par périodes, douleurs multiples de cause "x" et ralentissement psychomoteur. Ces affections existaient depuis 1991 et avaient comme conséquence une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} avril 2004. Des tentatives de traitement psychiatrique avaient échoué, essentiellement en raison de l'incapacité de la patiente de s'y engager ou de son appréciation délirante des effets des médicaments. A la demande de l'OAI, la Dresse B _____, médecin auprès du Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a examiné l'assurée. Dans son rapport du 23 janvier 2008, elle n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Le diagnostic de dysthymie a été posé (F34.1), sans répercussion sur la capacité de travail. A l'examen clinique psychiatrique, il n'y avait pas de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. Le diagnostic de dysthymie, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, avait été retenu. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité. Dans un rapport daté du 18 avril 2008, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, a attesté suivre depuis octobre 2007 la recourante, laquelle présentait des douleurs musculaires et articulaires dans un probable contexte de

fibromyalgie ainsi qu'un état dépressif. Aucune amélioration n'avait été relevée depuis 1991, tant du point de vue antalgique que psychiatrique. Dans un avis du 9 mai 2008, le SMR a indiqué que les éléments contenus dans le rapport du 18 avril 2008 ne modifiaient rien à ses conclusions. En effet, l'assurée ne présentait pas de maladie chronique sans rémission durable, ni de maladie psychique préexistante à la fibromyalgie, ni de maladie psychique incapacitante. En l'absence d'aggravation ou de nouvelles atteintes, les conclusions du SMR du 26 février 2008 étaient toujours valables. Par décision du 28 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, dès lors que l'assurée ne présentait pas de pathologie invalidante, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique. L'assurée a interjeté recours en date du 30 juin 2008. Elle a contesté la décision de l'OAI, fondée sur un rapport signé par un médecin du SMR qui n'était pas titulaire de titres reconnus en Suisse. Elle a indiqué consulter le Dr D _____, médecin psychiatre, depuis le 1^{er} mai 2008. Or, dans un rapport médical du 20 juin 2008, ce dernier avait diagnostiqué une anxiété généralisée et un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était d'intensité moyenne. Un traitement d'antidépresseurs avait été instauré. Invité à se déterminer à propos de l'examen psychiatrique du 23 janvier 2008 réalisé par le SMR, le médecin traitant a indiqué que la recourante souffrait d'une phobie sociale, laquelle avait généré un dysfonctionnement affectif et social. Depuis 1983, la patiente avait développé un trouble panique et souffrait d'agoraphobie qui s'était aggravée ces dernières années. En outre, elle avait souffert d'épisodes dépressifs majeurs en 1991 et en 2004. Le Dr D _____ évaluait l'incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} mai 2008, étant relevé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'incapacité de travail avant sa consultation. Dans sa réponse du 25 août 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à un avis du SMR du 22 juillet 2008, selon lequel on ne pouvait manifestement pas considérer que la recourante réunisse plusieurs des critères jurisprudentiels fondant un pronostic défavorable en ce qui concernait l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle, car sur le plan psychique l'atteinte n'était pas suffisamment importante pour pouvoir être considérée comme invalidante. Dans sa réplique du 25 septembre 2008, l'assurée a sollicité, au vu des opinions médicales diamétralement opposées, qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, portant sur son état de santé physique et psychique, soit ordonnée. Elle a également requis l'audition de son psychiatre traitant. Le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a procédé à l'audition du Dr D _____, médecin psychiatre traitant de l'assurée depuis le 1^{er} mai 2008. Il a confirmé son diagnostic tel qu'il résultait de son rapport du 20 juin 2008. Il a exposé que la patiente refusait d'être suivie par un psychiatre et que c'était le médecin traitant qui la suivait depuis de nombreuses années qui lui prescrivait les traitements antidépresseurs et anxiolytiques. Il a, quant à lui, modifié le traitement et introduit de l'Efexor, en plus du Lexotanil. Avec les années, la patiente présentait une dépendance aux benzodiazépines. Il a réitéré son désaccord avec les conclusions de la Dresse B _____ du SMR en raison de la présence d'antécédents psychiatriques dans la famille. Son anxiété généralisée entraînait un épuisement et un état dépressif qu'il qualifiait d'intensité moyenne actuellement. La patiente n'avait jamais été hospitalisée. Actuellement, il dispensait une psychothérapie de soutien à raison de 2 à 3 consultations par mois. Sur question du Tribunal, le psychiatre a déclaré avoir observé une très légère amélioration dans la capacité à se déplacer seule pour venir à son cabinet, mais sur le plan des symptômes anxieux et dépressifs, il n'y avait pas d'amélioration. Selon lui, la patiente était incapable de travailler. S'agissant du pronostic, compte tenu de la durée de l'état dépressif et du fait qu'elle présentait deux maladies psychiatriques invalidantes, il n'était

pas favorable. Le Dr D_____ a confirmé par ailleurs que la compliance était bonne, ainsi que l'avait démontré le monitoring. Il a expliqué que dans la dysthymie, il n'y avait pas d'épisode dépressif. Or, dans le cas de sa patiente, il y avait eu des épisodes dépressifs qui avaient été traités, ce qui pouvait amener à une rémission partielle des symptômes dépressifs. Lors de la comparution personnelle des parties qui a suivi, l'assurée a exposé que son médecin traitant l'avait adressée à une psychologue en 2007. Elle a expliqué que depuis l'âge de 16 ans, elle avait dû prendre des antidépresseurs qui lui avaient été prescrits par son médecin de famille au Portugal. L'assurée a expliqué qu'elle n'avait jamais pu travailler durant une longue durée, exception faite de son activité dans un EMS pendant une année. Elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Quant à l'OAI, il a estimé que le dossier était complet et relevé que le SMR s'était prononcé sur le rapport du psychiatre. Par arrêt du 11 février 2009 (ATAS/147/2009), le TCAS a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. En effet, les constatations et diagnostics psychiatriques étaient totalement contradictoires. Au contraire du Dr D_____, le médecin du SMR ayant examiné l'assurée n'était pas psychiatre même si elle avait été chef de clinique adjoint en psychiatrie. En outre, le diagnostic de fibromyalgie avait été évoqué par le médecin traitant mais aucun rhumatologue ne s'était prononcé à ce sujet. Dans son rapport du 17 avril 2009, le Dr D_____ a rappelé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (F33.10) et d'anxiété généralisée (F41.1). La patiente présentait un score de dépression sur l'échelle de Montgomery-Asberg de 28 sur 60, ce qui équivalait à un état dépressif d'intensité moyenne. Le 23 avril 2009, le Dr C_____ a rappelé les diagnostics, existant depuis 1991, d'état dépressif, de ralentissement psychomoteur, de fibromyalgie, d'accès de panique et de psychose hallucinatoire, par période. A la demande de l'OAI, les Drs E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, médecins au CEMed SA, à Nyon, ont réalisé une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 27 novembre 2009, les experts précités n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de lombalgie chronique sur troubles trophostatiques de la post-ménopause, de fibromyalgie et de dysthymie (F34.1) depuis des années. S'agissant du status ostéo-articulaire, les experts ont retenu que les trigger points de la fibromyalgie étaient tous présents (trapèzes, angulaires de l'omoplate, occiput, cervical, manubrium) et les insertions ostéotendineuses sensibles aux épicondyles et aux styloïdes cubitales des deux côtés. Il n'existait pas de dissociation entre l'importance des plaintes et les observations objectives lors de l'examen clinique proprement dit. Par ailleurs, tous les signes de non-organicité selon Waddell étaient absents. Sur le plan psychique, les experts n'ont pas objectivé de trouble important de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni ralentissement psychomoteur manifeste. Ils n'ont pas constaté de signe important de fatigue ni de manque d'énergie pendant l'examen d'environ 100 min. L'humeur était déprimée, avec des baisses d'humeur lorsque l'état de santé de l'assuré ou de son époux était évoqué. Par contre, elle s'allégeait lorsque des thèmes positifs, tels que les bons contacts avec les membres de sa famille, étaient abordés. Lors de l'examen, l'assurée s'était clairement distanciée des idées suicidaires. Dès lors qu'elle avait été en mesure de prendre, sans problème particulier et même avec plaisir, un car pendant plusieurs heures pour se rendre au Portugal, qu'elle se rendait sans difficultés particulières dans des lieux publics, tels que la piscine publique ou dans des grands surfaces, les experts

n'ont pas retenu le diagnostic de claustrophobie ni aucun autre trouble phobique. Par ailleurs, en l'absence de la survenance brutale d'un sentiment d'angoisse et de panique, accompagnée de palpitations, avec une peur secondaire de mourir, ils n'ont pas non plus retenu de diagnostic de trouble panique. Quant au diagnostic d'épisode dépressif actuel, il n'a pas été pris en considération dès lors que l'assurée ne présentait pas de diminution importante et manifeste de l'intérêt et du plaisir, de la concentration et de l'attention, ni de réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante au cours d'un examen psychiatrique de 100 minutes. Elle ne présentait pas non plus d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires actuels ni une diminution de l'appétit. Compte tenu d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier le diagnostic d'épisode léger ou moyen, les experts ont retenu le diagnostic de dysthymie. Selon les critères de la définition de la CIM-10, l'état de l'assurée devait répondre transitoirement aux critères diagnostics d'un épisode dépressif léger ou moyen tel que celui décrit par le Dr D _____ dans son rapport de juin 2008. Cet épisode était resté transitoire, dès lors qu'il avait permis à l'assurée d'entreprendre son voyage annuel au Portugal en décembre 2008, avec un trajet en car de plus de 12 heures, pour passer sans difficultés des vacances de quatre semaines, ce qui n'était pas compatible avec un épisode dépressif. Enfin, le diagnostic d'anxiété généralisée devait être éliminé en présence d'un épisode dépressif, les symptômes anxieux étant souvent des phénomènes d'accompagnement des états dépressifs. Enfin, les critères diagnostics d'un trouble somatoforme invalidant n'étaient pas remplis. Se fondant sur les constatations qui précèdent, les experts ont considéré que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail ni limitation tant sur le plan physique que psychique. Ils ont également estimé que l'incapacité de travail due à l'épisode dépressif moyen, attesté par le Dr D _____ dès juin 2008, n'était plus justifiée à partir de décembre 2008, compte tenu du voyage en car au Portugal. Se fondant sur l'expertise bisdisciplinaire précitée, l'OAI a adressé à l'assurée, en date du 12 février 2010, un projet de décision refusant l'octroi de mesures professionnelles et niant le droit à une rente. Ce projet a été confirmé par décision du 29 mars 2010. Sous la plume de son mandataire, l'assurée a interjeté recours le 11 mai 2010. Elle conteste la décision de l'OAI et sollicite l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2004. A l'appui de ses conclusions, elle allègue des erreurs dans l'anamnèse. En effet, contrairement à ce qu'a affirmé le CEMed, elle ne s'était plus rendue au Portugal depuis que son époux ne conduisait plus, soit depuis longtemps. Elle n'avait d'ailleurs pris le car qu'une seule fois, pour la naissance de son petit-fils et était alors accompagnée et sous forts tranquillisants. Contrairement à ce que le CEMed a relevé, elle ne parlait à sa mère qu'une fois par année et leurs contacts étaient distants. En outre, elle ne s'était rendue qu'une seule fois à la piscine, avec sa fille, sur les supplications de cette dernière. La recourante a également estimé que l'utilisation du terme « assurée » pour la désigner faisait douter de l'impartialité des experts, qui ne l'avaient d'ailleurs pas écoutée attentivement, interrompue fréquemment et ne l'avaient pas mise en confiance lors de l'examen. Ainsi, par exemple, l'expert-psychiatre l'avait menacée d'une hospitalisation immédiate si elle persistait à relater des idées suicidaires. L'expertise du 27 novembre 2009 n'avait par conséquent pas été effectuée dans les règles de l'art et ne répondait pas aux exigences en la matière. Ladite expertise reposait en outre sur des faits inexacts ou insignifiants. A l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit un courrier du Dr D _____ du 30 mars 2010, dans lequel il contestait les conclusions de l'expertise du 27 novembre 2009. Il indiquait notamment que l'assurée avait souffert d'épisodes dépressifs majeurs à tout le moins à deux reprises, en

1991 et en 2004. Les symptômes dépressifs s'étant installés après le premier épisode dépressif, la présence d'une dysthymie était exclue. Il rappelait que sa patiente présentait manifestement un épisode dépressif d'intensité moyenne, comprenant 8 symptômes sur 10 (tristesse permanente, absence de plaisir, troubles du sommeil, tension nerveuse, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, baisse de l'estime d'elle et pessimisme, difficultés de concentration). Selon l'anamnèse et les observations des médecins traitants, ces symptômes étaient présents depuis 2004. Il rappelait que ses observations cliniques avaient montré la présence de troubles de la concentration, la patiente se trompant parfois d'heure ou de jour de rendez-vous, perdant le fil de la conversation ou répondant à côté des questions posées et ce depuis plus d'un an. Il contestait également la position du CEMED selon laquelle un diagnostic d'anxiété généralisée devait être éliminé en présence d'un épisode dépressif. Dans sa réponse du 11 juin 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, il invoque le fait que les arguments soulevés dans le recours du 11 mai 2010 étaient similaires à ceux évoqués lors du recours du 30 juin 2008. Par ailleurs, selon le SMR, à qui le courrier du Dr D_____ a été transmis, ce dernier praticien n'amenait pas d'éléments objectifs divergents mais effectuait uniquement une interprétation plus emphatique des mêmes symptômes, se fondant essentiellement sur l'anamnèse fournie par la recourante et moins sur le status objectif. Le TCAS a procédé à l'audition de la recourante en date du 14 juillet 2010. Lors de cette audience, celle-ci a indiqué qu'elle reprochait à l'expert-psychiatre du CEMED son comportement arrogant lors de l'expertise et de ne pas l'avoir laissée s'exprimer librement. Il l'interrompait lorsqu'elle essayait de donner des précisions par rapport à une question. Quant à l'expert rhumatologue, il fermait les yeux et semblait dormir. Elle a également contesté aller au Portugal chaque année. Depuis deux ans, elle ne s'y rendait plus. Elle n'y était d'ailleurs allée qu'une seule fois en car. Les autres années, elle y était allée avec sa fille en voiture, ayant peur de l'avion, qu'elle n'avait d'ailleurs jamais pris. Par courrier du 17 septembre 2010, la recourante a transmis au TCAS le certificat médical original établi par le Dr G_____, ainsi qu'une traduction certifiée conforme, selon lequel dès son plus jeune âge, elle présentait des troubles psychiques, entraînant des incapacités de travail et une aggravation de son état de santé psychique d'il y a 10 ans avec une dépression majeure et des symptômes psychotiques. Elle a également saisi l'occasion pour préciser que si le TCAS ne devait pas ordonner l'expertise judiciaire requise, elle sollicitait d'ores et déjà l'audition de son époux et de leur fille afin d'établir l'inexactitude des faits relatés par le CEMED à l'appui de ses conclusions. En outre, elle requérait l'octroi d'un délai supplémentaire pour produire une expertise médicale privée, confirmant les critiques médicales formulées par le Dr D_____. Le 4 octobre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions, précisant que, contrairement à ce que soutenait la recourante, les diagnostics posés par le CEMED ne reposaient nullement sur le fait qu'elle ait ou non entrepris un voyage en car au Portugal ni sur celui qu'elle se soit rendue ou non seule à la piscine. Par courrier du 19 octobre 2010, le TCAS a informé les parties qu'il gardait la cause à juger. Le 2 novembre 2010, la recourante s'est opposée à la clôture de l'instruction, maintenant ses conclusions en réalisation d'une expertise judiciaire et en audition de son époux et de leur fille. Le 12 janvier 2011, le TCAS, devenu depuis le 1^{er} janvier 2011 la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, a interpellé le CEMED afin qu'il précise certains points au regard des diagnostics posés. A la requête de la recourante, la Cour de céans a communiqué au CEMED le rapport du Dr G_____ du 3 août 2010, ainsi qu'une traduction en français. Par courrier du 3 février 2011, le Dr E_____ a précisé que la recourante

souffrait d'une dysthymie depuis l'âge de 29 ans environ. S'agissant du degré de sévérité de l'état dépressif, le médecin a indiqué que la prise d'un antidépresseur n'est pas un critère diagnostique permettant de l'évaluer ; il convient de se fonder sur la présence ou l'absence de certains symptômes cliniques. Dans le cas de l'assurée, ses déclarations subjectives présentent plusieurs incohérences avec les éléments objectivables ou sont contradictoires en elles-mêmes. Ainsi, dans l'anamnèse orientée au début de l'examen, l'assurée déclare ne plus regarder la télévision en raison d'un manque de concentration et de l'attention, alors que lors de la description de sa vie quotidienne elle dit passer une partie importante de la journée à regarder la télévision, portant un intérêt particulier aux émissions sur les animaux et suivant régulièrement les nouvelles portugaises. De même, à l'anamnèse orientée, elle décrit une fatigue importante présente toute la journée, avec des ruminations ; cependant, à l'examen psychiatrique, il n'a pas pu être objectivé de signes importants de fatigue ou de manque d'énergie au cours de l'examen d'une durée de 100 minutes, à la fin duquel l'assurée maîtrise, sans difficulté particulière, des tests cognitifs. L'assurée trouve l'énergie d'assurer une partie importante des tâches ménagères, utilise chaque année des cars pendant plusieurs heures pour se rendre au Portugal, se rend à la piscine pour faire plaisir à sa petite-fille ou fait ses achats dans de grandes surfaces. Selon le Dr E _____, le dosage du Cipralex 10 mg prescrit est le dosage minimal efficace de ce médicament, pouvant aller jusqu'à 20 mg par jour chez des patients souffrant de dépression. Se pose en outre la question de savoir pourquoi le psychiatre traitant limite ses démarches thérapeutiques à la posologie minimale et à des consultations une fois par mois malgré son diagnostic d'un épisode dépressif d'intensité moyenne. Le Dr E _____ ne partage ainsi pas l'avis du Dr D _____, car la sévérité des symptômes dépressifs reste insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble récurrent léger ou moyen. Quant au rapport du Dr G _____, ses observations correspondent à des symptômes dépressifs relativement légers, le traitement se bornant à la prescription d'un antidépresseur. Au regard des critères diagnostiques de la CIM-10 et des constatations cliniques, l'expert maintient son diagnostic et ses conclusions. La recourante a sollicité une instruction complémentaire, soit l'audition de son médecin traitant ainsi que de témoins. Entendu par la Cour de céans le 20 avril 2011, le Dr D _____ a déclaré que de son point de vue, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est d'intensité moyenne, chronique ainsi que d'une anxiété généralisée depuis l'âge de 20 ans. La combinaison de ces deux troubles sont à l'origine de l'incapacité de travail. Depuis qu'il connaît la patiente, soit depuis 2008, elle présente un état dépressif. Dès lors qu'elle a présenté dans le passé des épisodes dépressifs, le diagnostic de dysthymie ne peut être retenu. La patiente présente aussi des idées obsessionnelles compulsives, une agoraphobie, une hypocondrie avec des idées délirantes. D'après ce qu'elle lui a dit, elle ne s'est plus rendue au Portugal et reste la plupart du temps à la maison. Elle vient à sa consultation toujours accompagnée de son mari, car elle est trop angoissée pour venir seule. Selon le médecin traitant, le temps d'une expertise est trop bref pour se faire une idée précise du cas, car l'état psychique est fluctuant et l'assurée peut aussi donner des indications qui ne se révèlent pas forcément exactes. L'expert ne l'a pas contacté pour avoir une discussion. Entendue le même jour, l'épouse de la recourante a déclaré qu'il faisait les courses, le ménage et la cuisine. Depuis des années, son épouse ne peut jamais sortir seule, il est obligé de l'accompagner. Elle ne prend jamais l'ascenseur, car elle en a une phobie ; en 1990, elle était restée bloquée dans un ascenseur. Ils ne reçoivent pas d'amis, ils n'en ont pas. Ses amis, ce sont ses enfants. S'il faut garder les petits-enfants, c'est lui qui le fait et se rend au domicile de ses enfants. Sa femme est

couchée dans la chambre pratiquement toute la journée, elle dort beaucoup, elle ne lit pas, n'écoute pas la radio et ne regarde pas la télévision. Elle ne prépare aucun repas, pas même le café. Il a confirmé qu'ils se rendent en voiture au Portugal tous les un an et demi ou deux ans. Il ne peut pas prendre l'autoroute, à cause des tunnels ; il doit emprunter les routes nationales. Ils y restent environ un mois. Là-bas, la situation est la même, son épouse ne sort pas, c'est lui qui fait les courses, les repas, la lessive et le repassage. Il est exact qu'en 2005, son épouse a dû prendre le car pour se rendre chez sa fille aînée qui était seule et sur le point d'accoucher. Lui-même ne pouvait pas y aller, car il venait de sortir de l'hôpital. Le voyage n'a pas été facile, son épouse a été malade, une passagère s'est occupée d'elle durant le voyage. Il avait aussi informé le chauffeur du car que son épouse était malade. Sur place, il avait demandé à ses voisins de faire attention à son épouse, notamment pour la prise de médicaments. C'est la seule fois que son épouse s'est rendue en car au Portugal. Lors de la même audience, la Cour de céans a entendu la fille aînée de la recourante. Elle a déclaré que sa mère n'avait jamais gardé ses enfants, qu'elle ne pouvait pas compter sur elle. En cas de besoin, c'est toujours son père qui s'occupait de ses enfants. Elle a expliqué qu'elle ne s'entendait pas bien avec sa mère, qu'elle n'était pas venue la voir lorsqu'elle a été opérée, et que cela engendrait des disputes. Elle savait que sa mère n'était pas bien, mais c'était difficile pour elle aussi. Une fois, sa mère est venue avec elle à la pataugeoire à Onex. Elle essaie de la tirer de la maison, en vain. Sa mère est toujours couchée, elle dort beaucoup. Lorsqu'elle était petite, sa mère était bien, elle sortait. Elle a eu une attaque, un problème au cœur, environ une année avant que la famille vienne en Suisse, et depuis lors, elle n'a plus jamais été la même. Elle s'occupe parfois de sa mère, lui teint les cheveux, lui vernit les ongles. Elle ne veut pas aller chez le coiffeur. Selon la fille de l'assurée, c'est son père qui fait tout et il s'en plaint. Il dit qu'il se débrouille, mais cela devient pénible pour lui. Dans ses conclusions après enquêtes du 28 avril 2011, l'intimé se réfère à l'avis du SMR aux termes duquel les considérations du psychiatre traitant sont basées essentiellement sur les déclarations de la patiente et non pas sur un status psychiatrique détaillé, de sorte qu'elles ne sont pas convaincantes. Le SMR se rallie aux conclusions des Dr E _____ du 21 août 2009 et de la Dresse B _____ du 23 janvier 2008. Dans ses écritures du 18 mai 2011, la recourante considère qu'il ressort des enquêtes qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne et chronique, ainsi que d'une anxiété généralisée très sévère. Par ailleurs, les auditions ont confirmé de manière concordante qu'elle ne s'était rendue qu'une seule fois en car au Portugal ou à la piscine, faits qui ont été constatés de manière erronée par le CEMED. L'existence de multiples phobies a été observée par les Drs C _____ et A _____. La recourante nie toute valeur probante à l'expertise du CEMED, dès lors que son analyse repose sur des faits inexacts. Elle soutient qu'il existe un faisceau d'indices concordants qui démontre l'inexactitude des faits retenus. De plus, la durée de l'examen soit 100 minutes est largement insuffisante pour effectuer une expertise bi-disciplinaire poussée incluant un examen physique et une anamnèse complète psychiatrique. La recourante reproche également une interprétation extensive et erronée de ses propos par l'expert. Les questions utiles ne lui ont pas été posées, l'expertise est biaisée. Il convient par conséquent de se fonder sur le diagnostic et les conclusions étayées, motivées du Dr D _____, lesquelles concordent avec les autres éléments du dossier. Subsidièrement, la recourante conclut à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique judiciaire qui puisse faire toute la lumière sur son état de santé. Après échanges des écritures, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi

sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente. 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 (cf. art. 28 al. 1 aLAI, teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI, nouvelle teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) ou lorsqu'il a présenté, en moyenne une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA ; cf. art. 29 al. 1 aLAI, teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision AI), 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). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement,

exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). c) Concernant la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C_603/2009) « En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). » d) Au sujet 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun

indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, cela ne signifie pas encore qu'il soit de manière générale nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2). Enfin, les rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 258 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle d'expertises, dans la mesure où elles satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATFA non publié du 27 juillet 2010, 9C_104/2010, consid. 3.2.1 ; ATFA non publié du 6 juillet 2009, 9C_204/2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). En l'espèce, conformément aux considérants de l'arrêt du TCAS du 11 février 2009 (ATAS/147/2009), l'OAI a confié l'expertise rhumatologique et psychiatrique aux Drs E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Dans leur rapport, ces derniers relèvent que les examens, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, n'ont pas permis d'expliquer rationnellement les plaintes de la recourante. Il y a donc discordance entre les subjectif et objectif. La

lombalgie chronique sur troubles trophostatiques de la post ménopause et la fibromyalgie ne justifient aucunement une incapacité de travail. De plus, sur le plan psychique, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni état psychique cristallisé ne sont présents, de sorte que les critères diagnostics d'un trouble somatoforme invalidant ne sont pas remplis. Par conséquent, seul le diagnostic de dysthymie est retenu. Ce dernier n'étant pas une maladie psychiatrique invalidante, la capacité de travail de la recourante est complète. Les Drs E_____ et F_____ concluent leur expertise en mentionnant que la recourante s'est installée dans un rôle d'invalidé dont elle ne veut pas sortir. Elle met en avant divers symptômes subjectifs, lesquels présentent pourtant d'importantes incohérences avec les éléments objectivables lors de l'examen psychiatrique. Par conséquent, ils estiment que l'effort à surmonter ses quelques symptômes psychiques associés à sa dysthymie reste raisonnablement exigible de la part de la recourante. En ce qui concerne l'expertise des Drs E_____ et F_____, il sied de préciser que, après un résumé médical complet du dossier depuis la première demande de prestation AI en 1994, il est fait mention d'une anamnèse détaillée du cas, notamment sur le plan familial, social, professionnel et systémique ainsi que des antécédents personnels. L'expertise fait état des plaintes actuelles de l'expertisée tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Sur l'état objectif, les experts ont décrit le status clinique, le status psychique, ont procédé à un examen neurologique. Examinant les atteintes à la santé dont souffre la recourante, les experts posent des diagnostics clairs et répondent de façon précise aux questions soulevées aussi bien sur les limitations fonctionnelles que sur la capacité de travail de la recourante. Ils concluent à ce que la recourante bénéficie d'une capacité de travail complète, sans limitation ni diminution de rendement. La recourante conteste toute valeur probante à l'expertise des Drs E_____ et F_____, lui reprochant notamment le déroulement de l'entretien, des erreurs sur les faits retenus et une mauvaise appréciation de son cas. De plus, elle s'oppose au diagnostic retenu sur le plan psychique, à savoir une dysthymie, et conclut, à l'instar de son médecin psychiatre traitant, le Dr. D_____, à la présence de deux troubles psychiques invalidants et chroniques, à savoir un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux généralisé, qui ont pour conséquence une incapacité de travail complète avec un pronostic de récupération quasi nul. Tel n'est pas l'avis de la Cour de céans. En effet, il est manifeste que le rapport d'expertise des Drs E_____ et F_____ a fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse et les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions sont dûment motivées. Cette expertise est convaincante et répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Les éventuels malentendus au sujet du nombre de trajets effectués à destination du Portugal en car par la recourante ou encore le type de sortie qu'elle pratique ne sont d'aucune pertinence au regard de la présente demande de prestation AI. Interpellé par la Cour de céans, le Dr. E_____, dans un rapport complémentaire du 3 février 2011, confirme son diagnostic relatif à l'existence d'une dysthymie depuis l'âge de 29 ans et réfute un état dépressif d'intensité moyenne tel que retenu par le Dr. D_____ au motif des incohérences entre les déclarations subjectives de la recourante et les éléments objectivables. Par ailleurs, il souligne la contradiction quant à la démarche du Dr. D_____, lequel limite la posologie de manière minimale, d'une part, et estime le nombre de consultations psychothérapeutiques à raison d'une fois par mois comme suffisant, d'autre part, alors qu'il diagnostique un épisode

dépressif d'intensité moyenne. Les enquêtes effectuées par la Cour de céans ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts. En effet, les déclarations du Dr. D_____ n'ont apporté aucun élément pertinent nouveau puisqu'elles se basaient principalement sur les déclarations subjectives de la recourante et non sur un status psychiatrique détaillé. Ce même reproche a été formulé par le Dr. E_____ ainsi que par le SMR. Quant aux membres de la famille, ils n'ont que pu décrire le déroulement de la vie quotidienne de la recourante, sans apporter d'élément pertinent à la présente procédure. La Cour de céans se ralliera donc aux conclusions de l'expertise, à savoir que la recourante ne présente aucune maladie somatique et/ou psychique invalidante, de sorte que sa capacité de travail est totale, sans limitation ni diminution de rendement. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'occurrence, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à la perception d'un émolument. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.