

GE_GERICHTE A/2346/2008 vom 15. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2346_2008

FR: GE_GERICHTE A/2346/2008 du 15 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/2346/2008 del 15 dicembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.12.2008
A/2346/2008

A/2346/2008 ATAS/1478/2008 du 15.12.2008 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2346/2008
ATAS/1478/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 6 du 15 décembre 2008 En la cause Madame M _____,
représentée par le Service tutelles adultes, Mme N _____, boulevard Georges-Favon
26-28, GENEVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Mme
M _____ (ci-après : l'assurée), née en 1959, de nationalité suisse depuis le 30
novembre 1988, originaire de Tunisie, est mère de deux enfants nés en 1990 et en 1991.
Elle a épousé le 30 novembre 1988 M. O _____, médecin-dentiste, et a divorcé en
juin 2002. Le père a obtenu la garde et l'autorité parentale des enfants par jugement du
Tribunal de première instance du 24 mai 2002. Le 3 décembre 2003, le Tribunal tutélaire a
désigné une curatrice pour l'assurée. De 1959 à août 1988, l'assurée a été domiciliée en
Tunisie. Elle est arrivée en Suisse en septembre 1988. Le 13 février 2001, le Dr
A _____, FMH en neurologie, a diagnostiqué une cervicobrachialgie gauche et une
céphalée d'origine indéterminée. L'assurée était une femme battue depuis plusieurs années.
Les 26 janvier et 2 février 2001 elle avait été frappée au visage ce qui avait entraîné une
aggravation des céphalées et de la cervicalgie gauche avec fourmillement de la main gauche
et des oublis. Elle présentait un syndrome vertébral cervical et des troubles de la sensibilité
nécessitant une physiothérapie antalgique. Il était difficile de déterminer l'origine des
céphalées (de tension ou post-traumatiques). Du 6 au 24 juin 2002, l'assurée a séjourné à la
clinique genevoise de Montana en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel
sévère (F33.2). Dans un rapport du 5 juillet 2002 le service médical de la clinique a relevé
une amélioration de l'état de santé. Dans un rapport du 7 avril 2003, la policlinique de
neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a relevé que l'assurée avait
consulté le 3 avril 2003 en raison de troubles sensitifs diffus. Elle avait présenté une atteinte
du nerf radial gauche en décembre 2001. Actuellement, il ne persistait que de discrets
troubles sensitifs dans ce territoire. Les anomalies constatées pourraient entrer dans le cadre
d'un état dépressif avec somatisation. Le 24 février 2006, le service de rhumatologie des
HUG a rendu un rapport suite au séjour de l'assurée du 7 au 21 février 2006 en raison de
douleurs diffuses, cervicobrachialgies à prédominance gauche et gonalgies à prédominance
droite. Le diagnostic de fibromyalgie était retenu. Le traitement de physiothérapie avait
permis une lente amélioration des plaintes douloureuses. Une consultation de psychiatrie
avec suivi avait confirmé un trouble anxieux et dépressif mixte. Un diagnostic de colopathie
fonctionnelle et de rhinosinusite chronique était également posé. Le 22 mai 2006, le Dr
B _____, FMH Oto-rhino-laryngologie, a attesté d'un probable reflux

gastro-oesopharyngé et de rhinosinusite chronique. Le 11 juin 2006, l'assurée a été reçue à la consultation d'urgence de la clinique des grangettes en raison de douleurs diffuses au niveau abdominal, sans pathologie inflammatoire ni infection hépatique ou pancréatique. Le 22 juin 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant une incapacité de travail totale depuis 1991. Le 10 juillet 2006, la Dresse C _____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle pose les diagnostics d'état anxieux et dépressif depuis 1991, fibromyalgie depuis 2000, hypothyroïdie substituée depuis décembre 2001, céphalées d'origine indéterminée, antécédents d'abus OH + BZD depuis 1998 et depuis 2000 colon spasmodique et rhinosinusite chronique. Elle suivait la patiente depuis 2000. Une IRM de la colonne cervicale du 8 juin 2006 s'était révélée normale. La patiente se plaignait de cervicobrachialgies gauches, de douleurs au genou gauche, de céphalées invalidantes, de douleurs abdominales, d'épistaxis récidivant gauche et de rhinosinusite chronique. Elle était actuellement incapable de travailler mais un travail de deux heures par jour pourrait être essayé dans la réception ou la vente. Le 24 juillet 2006, le Dr D _____, FMH médecine interne endocrinologie, a attesté que l'assurée était suivie depuis le 8 avril 2004 à la division de diabétologie des HUG en raison d'une hypothyroïdie actuellement bien substituée et sans incidence sur la capacité de travail. Elle avait également été traitée pour des états grippaux, angoisses, migraines et avait connu plusieurs rechutes de type alcoolisme. Elle avait été hospitalisée début 2006 pour une fibromyalgie. Le 15 décembre 2006, la clinique de la Métairie à Nyon a attesté d'un séjour de l'assurée du 25 octobre au 8 décembre 2006 en raison d'une dépendance à l'alcool et aux sédatifs. Elle a relevé que la patiente n'avait jamais été suivie en psychiatrie, que la relation de couple s'était dégradée après la naissance des enfants, que la patiente n'avait pas réussi à s'adapter à sa nouvelle situation de vie, que celle-ci s'est dégradée et que la patiente depuis son divorce en 2002 avait bu de plus en plus et absorbé du Lexotanil ainsi que développé une dépression aggravée par la consommation d'alcool. Le 29 décembre 2006, la Dresse E _____ du Service médical régional (SMR) a relevé qu'il fallait demander un rapport aux Drs F _____ et G _____ avant d'envisager un éventuel COMAI. Le 17 avril 2007, le Dr G _____, médecin adjoint à la polyclinique de médecine des HUG, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué des troubles du comportement alimentaire, alcoolodépendance, dépendance aux benzodiazépines, troubles de la personnalité, hypothyroïdie et fibromyalgie. Il suivait la patiente depuis 1998. Elle était actuellement abstinente d'alcool. Une évaluation psychopathologique permettrait de faire le point sur l'existence d'une maladie bipolaire et sur la personnalité. Une activité était exigible en fonction de l'évolution de la fibromyalgie. Le 4 juillet 2007, la Dresse H _____ du SMR a proposé un COMAI. Le 20 mars 2008, le Centre d'expertise médicale de Champel (CEM) a rendu à la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) une expertise interdisciplinaire fondée sur des entretiens et examen clinique du 2 novembre 2007. L'assurée se plaignait de troubles du sommeil, de douleurs dans tout le corps touchant principalement la région cervicale, lombaire et la ceinture scapulaire et pelvienne ainsi qu'aux genoux. S'ajoutaient des paresthésies aux quatre membres et une main tombante gauche, des crises d'angoisse, de la boulimie, des chutes répétées dues à des vertiges et des céphalées en casque. L'expertise psychiatrique relève que les nombreux épisodes de violence conjugale, les relations extraconjugales du mari depuis le début du mariage (ce que l'assurée a appris ultérieurement), une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines amplifiée, ont amené l'assurée à une désorganisation et à une incapacité de s'occuper de ses enfants et de son

ménage. La fille au pair engagée par le mari pendant huit ans a complètement assumé le ménage et les enfants de l'assurée. Celle-ci, touchée par la dépression et addictée à l'alcool et aux benzodiazépines, s'est laissée aller, et en 1995, a quitté le foyer familial. Depuis, elle a connu des périodes de misère totale, avec des crises d'anorexie et d'aboulie, une consommation massive d'alcool. Un sevrage à l'alcool et aux benzodiazépines a été effectué en novembre 2006. Plusieurs membres de sa famille souffrent de troubles psychiques. Il est noté qu'elle a travaillé en arrivant en Suisse quelques semaines dans un EMS et comme aide-infirmière. Les experts posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux dépressif mixte (F41.2), trouble de la personnalité borderline (F60.31), main tombante à gauche sur atteinte du nerf radial et nerf cubital confirmée par une ENMG depuis décembre 2001 (G56.1; G56.3) et trouble douloureux somatoforme persistant (F45.3). Ils relèvent que les troubles psychiques ne permettent pas d'exercer d'activité lucrative et que l'assurée n'a probablement jamais eu de capacité de travail utilisable sur le marché du travail. Les troubles psychiques, notamment les troubles de la personnalité, les troubles anxio-dépressifs existants et son incapacité à s'organiser dans son propre ménage rendent toute tentative d'insertion professionnelle dans le marché du travail normal illusoire. Le 15 octobre 2007, l'assurée a fait l'objet d'un bilan endocrinologique et métabolique à Montreux, par la Dresse I _____, FMH endocrinologie, qui l'a adressée à une endocrinologue genevoise pour effectuer un régime. Le 31 mars 2008, le Dr J _____ du SMR a estimé que l'assurée n'avait aucune capacité de travail et que, selon les experts, elle n'avait probablement jamais eu une capacité de travail utilisable sur le marché du travail. Par projet de décision du 18 avril 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestation au motif que la pathologie invalidante de l'assurée l'empêchait de travailler avant son arrivée en Suisse. Par décision du 26 mai 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision. Le 27 juin 2008, l'assurée, représentée par sa curatrice, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou au renvoi de la cause à l'intimé pour déterminer la date de la survenance de son invalidité. Elle avait étudié deux ans la médecine en Tunisie, puis trois ans en Algérie, pays qu'elle avait dû fuir en raison de son père qui voulait la marier. Elle était arrivée en Suisse en 1988 où elle avait déposé son dossier à la faculté de médecine de Genève. Elle n'avait alors aucun problème de santé et avait travaillé, sans être déclarée, dans un EMS et comme aide-infirmière. Elle avait rencontré son époux peu après son arrivée à Genève et accouché le 20 juillet 1990. elle avait souffert d'une dépression post-partum, également lors du second accouchement, le 9 juillet 1991. Depuis lors, son état de santé s'était dégradé. Le divorce de juin 2002 avait encore empiré son état. Aucun médecin n'avait formellement indiqué que son invalidité existait depuis toujours. L'experte psychiatre avait seulement précisé que l'atteinte existait depuis plus de deux ans. Ce terme "probablement" utilisé par les experts ne pouvait être compris comme étant une certitude que l'invalidité existait depuis toujours. Le 9 juillet 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que les experts indiquaient clairement que l'assurée n'avait jamais eu de capacité de travail avant son arrivée en Suisse. Sur demande du Tribunal de céans, la Caisse cantonale genevoise de compensation a fourni l'extrait de compte individuel de M. O _____, duquel il ressort que le revenu sur lequel les cotisations sociales ont été prélevées était de 135'100 fr. en 1988 et 1989 et de 152'800 fr. en 1991 et celui de la recourante duquel il ressort qu'elle a cotisé depuis 1989 jusqu'en 2001 au titre de part du revenu provenant du conjoint et depuis 2003 comme personne sans activité lucrative. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) La loi genevoise sur

l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 22 juin 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 18 avril 2008, qui a été confirmé par la décision du 25 mai 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 juin 2008. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. a) 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). b) D'après la jurisprudence, la législation applicable 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. L'art. 4 al. 2 LAI précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations (ATF 126 V 9 consid. 2b et les références). a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». Antérieurement, l'art. 28 al. 1 LAI prévoyait un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40 % au moins, une demie rente pour un taux d'invalidité de 50 % au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 66 2/3 % au moins. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1988), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). c) Selon l'art. 48 al. 1 et 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1 LPGA (al. 1). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1, LPGA, ne sont allouées que pour douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2). Selon l'art. 36 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, ont droit aux rentes ordinaires les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Selon l'art. 6 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI) qu'aussi longtemps qu'ils conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Cette disposition - qui apparaissait contestable sous l'angle du droit à l'égalité de traitement (ATF 121 V 247 consid. 1b) - a été modifiée avec l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS, le 1^{er} janvier 1997. En effet, aux termes du nouvel art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité au moins une année entière de cotisations (cf. art. 36 al. 1 LAI) ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse (cf. ATF 126 V 5). Par cet assouplissement de la réglementation en matière d'assurance-invalidité, le législateur a adopté un régime analogue à celui prévu à l'art. 18 al. 2 LAVS, relatif aux rentes de l'AVS en faveur des étrangers et de leurs survivants qui ne possèdent pas la nationalité suisse (Message concernant la dixième révision de l'assurance-vieillesse et survivants du 5 mars 1990, FF 1990 II 113 ; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 36 sv.). Demeurent toutefois réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs

ressortissants respectifs. En l'occurrence, la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale avec la Tunisie. Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS sont (sous réserve de l'art. 36 al. 3 LAI) applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires (voir à ce propos ATF 124 V 159); le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires. Selon l'art. 32 al. 1 RAI en corrélation avec les art. 50 RAVS et 29ter al. 2 LAVS (articles en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale (variante I), soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (variante II) ou, enfin, elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (variante III). A la différence de la situation qui existait avant l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS (cf. ATF 111 V 106 consid. 1b, 110 V 280 consid. 1a), un assuré peut donc, selon le nouveau droit, satisfaire à l'exigence de la période minimale de cotisations d'une année ouvrant droit à une rente ordinaire de l'AVS/AI, sans avoir payé personnellement des cotisations (ATF 125 V 253). Ces dispositions légales plus favorables introduites par la 10^{ème} révision de l'AVS ne s'appliquent toutefois pas aux cas d'assurance survenus sous l'empire de l'ancien droit et pour lesquels le droit à une rente a été nié, parce que la condition de la durée minimale de cotisations (ancien art. 29 al. 1 LAVS; VSI 2000 p. 174) n'était pas réalisée (ATF 126 V 7 consid. 1; ATFA du 20 juin 2003, I 645/02). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes,

ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

a) En l'espèce, l'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du 20 mars 2008 répond aux exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les parties l'admettent également. Selon ses conclusions, la recourante est totalement incapable de travailler en raison de troubles psychiques. Seule est litigieuse la date de la survenance de l'incapacité totale de travailler de la recourante, soit en particulier la question de savoir si cette incapacité était déjà présente lorsque cette dernière est arrivée en Suisse en 1988. Il convient en effet préalablement de constater que la recourante est de

nationalité suisse depuis le 30 novembre 1988, date de son mariage, alors qu'elle est arrivée en Suisse le 1^{er} septembre 1988. Les conditions d'assurance applicables devront être celles en vigueur lors de la survenance de l'invalidité soit, si celle-ci est antérieure au 30 novembre 1988, celles de l'accomplissement de dix années entières de cotisation ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse (en vigueur pour les étrangers jusqu'au 31 décembre 1996 selon l'ancienne teneur de l'art. 6 al. 2 LAI) et si celle-ci est postérieure au 30 novembre 1988 celles relatives aux ressortissants suisses. b) L'intimé a fondé sa décision de refus de prestation sur la réponse des experts (B.2.5, expertise p. 12) déclarant que la recourante n'a probablement jamais eu de capacité de travail utilisable sur le marché du travail. Or, l'utilisation du terme "probablement" ne permet pas, en soi, de considérer que tel est bien le cas, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce d'autant que l'experte psychiatre mentionne qu'il y a une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis plus de deux ans (réponse B.2.5 expertise p. 7). Il convient en conséquence d'examiner tous les rapports médicaux au dossier afin de déterminer le moment de la survenance de l'invalidité. Le rapport d'expertise a relevé, dans l'anamnèse de l'évaluation médicale psychiatrique, que la recourante avait étudié la médecine d'abord en Tunisie, puis en Algérie et ensuite à Genève. A son arrivée en Suisse, elle avait travaillé quelques semaines dans un EMS et à l'hôpital comme aide-infirmière puis avait fait des transports de bijoux entre les pays arabes. Elle s'était mariée rapidement et sa grossesse l'avait complètement perturbée. L'accouchement avait été suivi par une dépression post-partum et la deuxième grossesse avait été très mal vécue. Depuis, s'étaient enchainés des événements défavorables avec la dégradation de rapport de couple, la violence conjugale, la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines ayant amené l'assurée à une désorganisation et à l'incapacité de s'occuper de ses enfants et de son ménage depuis toujours. Antérieurement à son arrivée en Suisse, l'experte a mentionné des crises d'angoisse apparues dès l'âge de douze ans avec, au lycée, une consommation d'alcool pour combler l'angoisse et le sentiment d'abandon. Dans l'appréciation du cas et pronostic (expertise p. 10) il est aussi mentionné que l'assurée a présenté à la suite de ses accouchements en 1990 et 1991 des épisodes dépressifs et l'apparition des douleurs qui se sont progressivement aggravées. Le rapport de la clinique de la Métairie du 15 décembre 2006 a également confirmé la dégradation de la situation de vie de la recourante après la naissance de ses enfants, avec une augmentation de la consommation d'alcool et de Lexotanil après le prononcé de son divorce en 2002. Quant à la Dresse C _____, elle a précisé dans un rapport médical AI du 10 juillet 2006 que l'état anxieux et dépressif existait depuis 1991, la fibromyalgie depuis 2000 et l'abus d'alcool et de benzodiazépines depuis 1998. Au vu de ce qui précède, il ressort des différents rapports médicaux au dossier, concordants, que l'état de santé de la recourante s'est dégradé après son premier accouchement, marqué par l'apparition d'une dépression post-partum, et qu'il n'a cessé de se dégrader depuis. En outre, la recourante, à son arrivée en Suisse, s'est inscrite à la faculté de médecine de l'Université de Genève dans le but de continuer ses études et a travaillé pendant quelque temps afin de financer celles-ci, faits d'ailleurs non contestés par l'intimé. Il apparaît ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante n'était pas totalement incapable de travailler à son arrivée en Suisse. A cet égard, les crises d'angoisse relatives dès l'âge de douze ans ainsi qu'une consommation d'alcool (non quantifiée) au moment de la fréquentation du lycée ne sont pas de nature à prouver une incapacité de travail totale de la recourante avant son arrivée en Suisse, ce d'autant que celle-ci a été capable d'étudier en Tunisie et en Algérie, puis de travailler un certain temps en Suisse. En conséquence, l'incapacité totale de travailler de la recourante est survenue au

plus tôt en juillet 1990, au moment de la naissance de son premier enfant. Or, à cette date, la recourante bénéficiait de la nationalité suisse et était mariée depuis le 30 novembre 1988. Elle remplissait ainsi les conditions pour obtenir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente dès le 1^{er} juillet 1991 (art. 29 LAI, 36 al. 2 LAI, 32 al. 1 RAI, art. 50 RAVS et 29^{ter} al. 2 LAVS). a) Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente d'invalidité entière, son incapacité de travail étant totale dans toute activité. La demande de prestation ayant été déposée le 22 juin 2006, elle a droit aux prestations dès le 1^{er} juin 2005, en application de l'art. 48 al. 2 LAI, étant précisé que les conditions posées à l'art. 48 al. 2 LAI deuxième phrase pour pouvoir bénéficier d'un rétroactif de rente plus important qu'une année ne sont, en l'espèce, pas remplies, la recourante - de surcroît au bénéfice d'une mesure de curatelle depuis 2003 - ne prétendant pas qu'elle ne pouvait connaître les faits donnant droit à prestations antérieurement au 22 juin 2006, date du dépôt de sa demande. b) En conséquence, la décision litigieuse sera annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2005. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision de l'OCAI du 26 mai 2008. Dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} juin 2005. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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); 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.