

## **GE\_GERICHTE A/3009/2009 vom 29. November 2012**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3009\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3009_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/3009/2009 du 29 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3009/2009 del 29 novembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

ème Chambre En la cause Madame K\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MALEK-ASGHAR André recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT 1. Madame K\_\_\_\_\_ (ci-après la recourante ou l'assurée), née en 1959, a déposé en date du 25 janvier 1995 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).! [endif]> [if> 2. Dans un rapport daté du 17 mai 1995, le Dr A\_\_\_\_\_, de la permanence de Vermont, a attesté d'une totale incapacité de travail à compter du 3 janvier 1994. Il a posé les diagnostics suivants : dégénérescence discale L4-L5, L5-S1, hernie discale L4-L5, L5-S1, hernie discale L4-L5, hernie discale L5-S1 appuyant en partie sur le sac dural et l'émergence de la racine S1 et trouble somatoforme indifférencié, migraines, estomac fortement spastique, état après gastrite, kyste arachnoïdien localisé dans la région rétrocérebelleuse, probable ancien infarctus, syndrome fibromyalgique, contexte social conflictuel, attaques de panique. Le médecin a indiqué que sa patiente se plaignait de migraines de l'hémivisage fronto-occipital gauche, de dorso-lombalgies, de douleurs aux flancs, d'épigastries, de nausées, de pertes de mémoire, d'angoisses et d'attaques de panique, étant précisé que ces dernières avaient diminué depuis l'instauration d'un traitement au Xanax. Le médecin a souligné que, sur ses nombreuses sollicitations, une reprise du travail avait été tentée à plusieurs reprises.! [endif]> [if> 3. Le 27 mai 1997, la Dresse B\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié et conclu à une incapacité totale de travail à compter du 1er octobre 1995. Il ressort de son anamnèse que la patiente a commencé à présenter des symptômes en janvier 1994 sous forme de céphalées, de lombalgies, de paresthésies aux membres inférieurs et de vertiges notamment. Cette symptomatologie mal systématisée a motivé de multiples examens et une expertise chez le Dr C\_\_\_\_\_ qui a proposé une reprise du travail partielle en septembre 1994. Au premier jour de la reprise la patiente a fait une attaque de panique sur son lieu de travail. Deux mois plus tard, son état a fait l'objet d'une évaluation par un psychiatre de la consultation des institutions universitaires de psychiatrie (IUPG) qui a conclu à la présence d'un trouble somatoforme indifférencié. Ce diagnostic a été confirmé à l'occasion d'une seconde évaluation psychiatrique effectuée en juillet 1995. Depuis octobre 1995, la patiente a été suivie à la consultation des IUPG. Les médecins ont pu assister à une amélioration temporaire de la symptomatologie. Cependant, en octobre 1996, les plaintes somatiques multiples associées à une perte d'élan vital ont réapparu. A aucun moment, il n'a été possible d'envisager une reprise du travail, la patiente éprouvant, outre les symptômes précédemment cités, des troubles de l'attention et de la concentration incompatibles avec une activité professionnelle. De façon générale, elle se plaignait de douleurs dorsales diffuses, de douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs, de céphalées fréquentes et

irrégulières, de douleurs gastriques, de perte d'appétit, de fatigabilité et de tristesse liée aux douleurs.![endif]>![if> 4. Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a rédigé en date du 1 er juillet 1997 une expertise à l'attention de l'OAI. Le médecin a souligné qu'il avait déjà rendu un rapport d'expertise concernant cette patiente à l'assurance perte de gain. Il a pu constater qu'entre sa première expertise et la seconde les problèmes étaient restés strictement les mêmes. ![endif]>![if> Selon le médecin, la situation est stationnaire depuis le 3 janvier 1994, date à laquelle la patiente fait remonter ses premières douleurs. Le Dr C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : apathie, fibromyalgie, lombalgies sur troubles dégénératifs. Il a constaté que la patiente était très apathique, se déplaçait avec lenteur, qu'il n'y avait ni atrophie musculaire ni aucun signe neurologique objectif, ce qui a été confirmé par l'absence d'éléments déficitaires à l'électromyogramme. L'IRM cérébrale a mis en évidence un kyste arachnoïdien qui a été jugé sans rapport avec la symptomatologie de la patiente par la policlinique de neurochirurgie. Une consultation de psychiatrie a fait mention d'attaques de panique mais une évaluation faite par les IUPG en décembre 1994 a permis de conclure à l'absence d'arguments pour une dépression. Le médecin a estimé que le problème principal présenté par l'assurée était lié à la langue et à son insertion sociale. Selon lui, les dorso-lombalgies sur trouble dégénératif ne dominent pas du tout le tableau et devant l'absence de déficit objectif, ce diagnostic ne pouvait être retenu pour justifier une incapacité de travail à 100%, alors que la fibromyalgie pouvait justifier une totale incapacité de travail chez la patiente. Quant aux céphalées et à l'état dépressivo-anxieux, le médecin a relevé que lors des consultations psychiatriques, il n'avait pas été mis en avant, et avait même été exclu lors d'une consultation le 6 décembre 1994. En conclusion, le Dr C\_\_\_\_\_ a estimé que le seul élément responsable de l'incapacité de travail était la fibromyalgie. Les données extérieures aux données objectives enregistrées par les différents examens effectués permettaient selon lui de penser que cette fibromyalgie était associée à une sinistrose et que le tout constituait une démarche visant à une indemnisation. 5. Par décision de 20 janvier 1998, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1 er janvier 1995.![endif]>![if> 6. Une procédure de révision a été ouverte en date du 16 février 1999. Le Dr A\_\_\_\_\_ ayant indiqué, dans un bref rapport daté du 27 mars 1999, que l'état de sa patiente était stationnaire, l'OAI, par décision du 1 er novembre 1999, a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100%. ![endif]>![if> 7. Une seconde procédure de révision a été entamée le 29 août 2001. Cette fois encore, le Dr A\_\_\_\_\_, dans un rapport daté du 21 novembre 2001, a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire, mais il a souligné qu'en plus des diagnostics connus, les examens avaient révélé une collection liquidienne dans la loge de la résection vésiculaire. Par décision du 1 er octobre 2002, l'OAI a confirmé le degré d'invalidité de 100% reconnu à l'assurée.![endif]>![if> 8. Une nouvelle fois interrogé en 2004, le Dr A\_\_\_\_\_, dans un rapport daté du 10 décembre 2004, a confirmé à l'OAI que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire. Il a signalé que cette dernière avait subi une cholécystectomie en avril 1997 et qu'un kyste ovarien droit avait été diagnostiqué. Malgré l'intervention chirurgicale pratiquée, les plaintes abdominales étaient restées identiques. Le médecin a ajouté que la patiente présentait un faciès dépressif mais qu'elle ne consultait plus de psychiatre depuis plusieurs années. Il a émis l'opinion que son état dépressif pourrait avoir une grande importance sur sa capacité de travail et qu'elle était polyplaintive, ce qui ressemblait à un syndrome fibromyalgique. Le médecin a indiqué par ailleurs qu'il n'avait pas constaté d'évolution remarquable dans l'état de santé de sa patiente. ![endif]>![if> 9. L'Office de l'assurance-invalidité du Jura - auquel l'instruction du

dossier avait été confiée - a relevé qu'en présence d'une fibromyalgie, il convenait d'examiner la question de savoir si on pouvait lui reconnaître ou non un caractère invalidant. Il a donc décidé de mettre sur pied une expertise multidisciplinaire dont il a confié le mandat au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI).

10. Le COMAI a rendu son rapport le 31 mai 2005. L'expertise a été pratiquée par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et par le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les médecins ont indiqué que la patiente se plaignait principalement de douleurs de l'hémicorps gauche la gênant constamment durant la journée mais également présentes la nuit et la réveillant fréquemment. Ils ont rapporté que l'assurée se disait incapable de marcher plus de cinq à dix minutes en raison de ses douleurs lombaires et dans le membre inférieur gauche, de rester assise plus d'une demi-heure en raison de ses pseudo-lombo-sciatalgies gauches et de conserver la même position couchée longtemps. Les experts ont examiné l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier de l'assurée. Au terme d'un rapport très fouillé, ils ont souligné que, sur le plan psychique, l'assurée affirmait ne pas rencontrer de problèmes, qualifiait son moral de bon en général, indiquait ne souffrir ni d'angoisses ni d'idées suicidaires ni d'irritabilité mais reconnaissait toutefois avoir une tendance aux ruminations. Sur le plan somatique, les médecins ont estimé qu'il n'y avait pas d'élément nouveau. Au terme de leur examen, ils ont retenu les diagnostics de fibromyalgie - dont ils ont souligné qu'il était équivalent à celui de polyinsertionite posé en 1994 - de gonarthrose débutante, d'obésité, de kyste arachnoïdien, status après cholécystectomie, et d'ulcère bulbaire en précisant qu'ils n'influençaient pas la capacité de travail. Sur le plan psychique, les médecins ont retenu que la personnalité de la patiente était compensée et qu'il n'y avait aucune psychopathologie particulière à retenir. Ils n'ont relevé aucune désinsertion sociale et ont estimé que la capacité de travail devait être reconnue comme complète en l'absence de toute pathologie atteignant un seuil de maladie. En conclusion, les médecins ont estimé que l'atteinte à la santé consistait principalement en une fibromyalgie s'intégrant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux avec absence de toute comorbidité psychiatrique ou de toute autre pathologique somatique persistante et pénible. Les médecins ont précisé que l'histoire médicale telle que décrite dans le dossier montrait que le diagnostic de trouble somatoforme était déjà perceptible par le passé mais qu'il y avait eu certainement chez la patiente des traits de caractère hystérique qui avaient pu induire leurs confrères en erreur. Ils ont estimé qu'il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail, ni sur le plan somatique ni sur le plan psychique. Selon eux, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle, ni sur le plan psychique, ni sur le plan social, ni sur le plan physique, étant précisé que les personnes souffrant de fibromyalgie décrivent parfois des limitations subjectives importantes sans rapport avec ce qu'elles peuvent réellement réaliser. Dans le cas de l'assurée, les experts ont jugé qu'il n'y avait pas de limitation objective à son activité d'ouvrière en fabrique et ils ont manifesté leur désaccord avec l'appréciation antérieure ayant abouti à l'octroi d'une rente entière en 1995. Selon eux, à cette époque déjà, l'assurée n'était pas limitée dans sa capacité de travail et son taux de capacité de travail était resté subjectivement identique.

11. Suite à cette expertise, par décision du 29 août 2005, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité allouée à l'assurée avec effet à la fin du mois suivant la date de la décision.

12. Sur opposition, l'OAI, par décision du 16 février 2006, s'est référé à la jurisprudence selon laquelle la rente d'invalidité peut être révisée non seulement en cas de changement important de l'état de santé mais également lorsque les effets sur la capacité de gain ont subi un changement important alors que l'état de santé est

en soi resté le même. Se basant sur l'expertise du COMAI, il a conclu à l'absence d'éléments psychopathologiques ayant valeur d'invalidité et a rejeté l'opposition formée par l'assurée.

13. Aucun recours n'ayant été interjeté par cette dernière, cette décision est entrée en force.

14. Le 23 mai 2006, le Dr A \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un courrier que lui avait adressé en date du 28 avril 2006, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier y indiquait suivre la patiente depuis le 27 mars 2006 pour des affections psychiatriques. Selon lui, la décision de l'OAI de supprimer la rente de l'assurée avait provoqué une rechute chez cette dernière, qui présentait des symptômes anxio-dépressifs (humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, altération de la capacité à penser et à se concentrer, perturbation du sommeil, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, ralentissement psychomoteur, plaintes physiques multiples et variables). Le médecin posait le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Le Dr F \_\_\_\_\_ affirmait que la décision de suppression de rente avait aggravé l'état de la patiente et qu'une nouvelle demande de rente est justifiée.

15. L'OAI a considéré cet envoi comme une nouvelle demande. Par courrier du 30 mai 2006, il a expliqué à l'assurée que la décision sur opposition du 16 février 2006 n'ayant pas été contestée, elle était entrée en force de sorte que sa demande du 23 mai 2006 devrait être considérée comme une nouvelle demande. Il a attiré son attention sur le fait que si elle ne pouvait alléguer de faits nouveaux concernant son droit éventuel à une rente pour la période postérieure au 16 février 2006, pouvant motiver une réouverture de l'instruction, il ne pourrait vraisemblablement pas entrer en matière. L'OAI a imparti à l'assurée un délai au 16 juin 2006 pour faire valoir par écrit d'éventuels faits nouveaux et produire les moyens de preuve y relatifs.

16. Par courrier du 10 juin 2006, l'assurée a indiqué à l'OAI que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'au contraire, il ne faisait que s'aggraver. Elle s'est plainte de douleurs dorsales, de maux de tête, d'inflammations des jambes et du ventre. Elle a allégué souffrir de problèmes de sommeil et avoir de la difficulté à marcher et a finalement demandé à l'OAI de bien vouloir réexaminer son dossier.

17. Par courrier du même jour, le Dr F \_\_\_\_\_, a demandé à l'OAI que lui soit adressé un formulaire psychiatrique de demande pour l'AI à son sujet, alléguant que sa patiente était totalement incapable de travailler du point de vue psychiatrique.

18. Dans une brève note datée du 13 novembre 2006, le Dr G \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional (SMR), interrogé sur la suite à donner au dossier, a brièvement indiqué que puisque le médecin traitant indiquait clairement que la rechute était secondaire à la décision négative de l'office, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière car cela n'avait "pas valeur de maladie pour l'AI".

19. Par décision du 2 janvier 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. Il a rappelé que son droit à une rente avait été nié par décision du 16 février 2006 et qu'un nouvel examen ne pouvait être envisagé que s'il était rendu plausible que son état de santé s'était modifié après cette date de manière à influencer son droit aux prestations. L'OAI a considéré que l'aggravation mentionnée par le psychiatre traitant de l'assurée n'avait pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité et a refusé d'entrer en matière.

20. Par courrier du 5 février 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en alléguant souffrir de façon chronique. Elle rappelle avoir formé opposition à la décision de l'OAI du 25 août 2005. Elle invoque le certificat du Dr F \_\_\_\_\_ du 28 avril 2006 et conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 2 janvier 2007.

21. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 19 mars

2007, a conclu au rejet du recours. Il rappelle que selon la jurisprudence, l'office AI est en droit de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible des nouvelles allégations d'un assuré que le laps de temps qui s'est écoulé entre la dernière décision est bref. L'intimé fait remarquer que la décision sur opposition par laquelle le droit à la rente a été supprimé date du 16 février 2006 alors que la nouvelle demande remonte au 28 avril 2006, soit à peine deux mois plus tard. Il ajoute que le Dr F\_\_\_\_\_ ne motive aucunement l'éventuelle détérioration de l'état de santé de sa patiente, notamment sur le plan psychique.![endif]>![if> 22. Par jugement du 8 novembre 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales (actuellement la Cour de justice, Chambres des assurances sociales) a déclaré le recours recevable, l'a admis et a renvoyé la cause à l'Office cantonal de l'assurance invalidité à charge pour ce dernier d'entrer en matière sur la demande et d'examiner s'il y avait effectivement eu changement de circonstances propre à ouvrir droit à l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité et nouvelle décision.![endif]>![if> 23. L'OAI a interjeté un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral (ci-après le TF) contre ce jugement en concluant à son annulation.![endif]>![if> 24. Le TF a constaté, dans un arrêt du 24 juillet 2008, que le jugement entrepris constituait une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF. Il a ensuite rappelé que le recours contre une telle décision n'était recevable que si elle pouvait causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours pouvait conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse. Relevant notamment que la condition de préjudice irréparable prévue à l'art. 93 al. 1 let. a LTF n'était pas remplie et, en ce qui concerne la deuxième éventualité prévue à l'art. 93 al. 1 let. b LTF, ne voyant pas que l'examen de l'incidence de l'aggravation de la santé psychique sur la capacité de travail et de gain de l'intimée puisse entraîner une procédure longue et coûteuse, le TF a déclaré le recours irrecevable.![endif]>![if> 25. Rappelant que le TF avait considéré que les premiers juges avaient constaté que le Dr. F\_\_\_\_\_, dans sa lettre du 28 avril 2006, faisait clairement état d'une aggravation de l'état de santé de la patiente, qu'ils avaient retenu que cette aggravation était susceptible d'influencer le droit aux prestations de l'intimée, dès lors que l'ensemble des éléments mentionnés par ce médecin étaient suffisants pour admettre qu'elle avait rendu plausible une aggravation de sa santé psychique susceptible d'influer sur son droit aux prestations, la recourante sollicitait l'entrée en matière et l'examen des circonstances propres à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance invalidité et une nouvelle décision en sa faveur.![endif]>![if> 26. Procédant à l'instruction médicale et à la lecture du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ et du dossier médical, le SMR a ordonné la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer si le problème de santé que présentait la recourante avait une intensité et une durabilité suffisante pour justifier d'une incapacité de travail durable.![endif]>![if> 27. Cette expertise a été confiée au Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute FMH, qui a rendu son rapport le 6 mars 2009. Le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : aucun sur le plan psychique, et sans répercussion sur la capacité de travail : syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, présent depuis 1994 et trouble anxieux et dépressif mixte F 41.2, présent depuis mars 2006. ![endif]>![if> Concluant à l'absence de limitation psychique sur la capacité de travail, le Dr L\_\_\_\_\_ précise qu'au plan psychique et mental, il n'y a pas de limitations qualitatives et quantitatives en relation avec le trouble anxieux et dépressif mixte et le syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce médecin relève encore que théoriquement, dans une activité simple, la capacité de travail est entière et que l'activité d'ouvrière est encore

exigible à plein temps, sans diminution de rendement. Il n'y a donc pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. 28. Suite à l'examen du rapport d'expertise, le SMR constate que l'experte formule la même appréciation médicale au sujet de la capacité de travail et conclut qu'il n'y a pas d'aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante et que sa capacité de travail est totale. Relevant notamment que des plaintes subjectives ne suffisent pas pour justifier une invalidité, l'OAI a notifié à la recourante sa décision de rejet de la nouvelle demande de prestations rendue le 18 juin 2009 et reçue le 22 juin 2009. 29. Par acte du 21 août 2009, Madame K\_\_\_\_\_ a déposé un recours à l'encontre de la décision du 18 juin 2009. Elle concluait à la recevabilité du recours, préalablement à l'ordonnance d'une nouvelle expertise médicale d'un psychiatre psychothérapeute FMH, principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 18 juin 2009 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005. 30. Répondant au recours et se référant pour l'essentiel à la décision faisant l'objet de la présente procédure, l'OAI relève « le fait que le médecin traitant de l'assurée, le Dr F\_\_\_\_\_, conteste les conclusions de l'expertise psychiatrique n'est pas suffisant pour mettre en doute les conclusions par ailleurs parfaitement probantes de l'expertise réalisée par le Dr L\_\_\_\_\_. Les arguments invoqués dans le cadre de la procédure de recours ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas, notre Office conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. » 31. Dans un rapport du 23 octobre 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ relève, en particulier, que toutes les symptomatologies décrites chez cette patiente sont toujours présentes et fluctuent d'une intensité modérée à sévère, qu'elle n'a pas montré une évolution favorable et qu'elle est incapable de travailler. 32. Le SMR estimant que le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas apporté de nouveaux éléments, l'OAI n'entend pas modifier sa position dans ce dossier. 33. Dans un rapport du 4 janvier 2010, le Dr F\_\_\_\_\_ mentionne que les diagnostics sont inchangés et que l'état psychique de la patiente, malgré qu'il soit toujours fluctuant d'une période à l'autre, a montré une aggravation depuis quelques mois avec des tensions augmentées associées à des manifestations physiques. Le Dr F\_\_\_\_\_ qui est contre les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr L\_\_\_\_\_ et l'avis médical du SMR, maintient que la capacité de travail de la recourante est nulle. 34. Entendu en audience de comparution personnelle, le 8 juillet 2010, la recourante relève en particulier « Sur le plan physique, je souffre sur tout le côté gauche. J'ai, en particulier, des maux de tête ainsi que dans les membres gauches sur l'ensemble de mon corps. J'ai notamment des fourmillements au pied gauche. J'ai été suivie par plusieurs médecins; actuellement, mon médecin de famille est le Dr A\_\_\_\_\_ (Hôpital de la Tour) qui me prescrit des antidouleurs. J'ai suivi des séances de physiothérapie, mais sans aucun succès. Cette situation, qui remonte à bien des années, s'est aggravée depuis bien des années également. (...) J'indique que j'ai subi une intervention au niveau de la vésicule biliaire. Je souffre actuellement de douleurs propagées au niveau de l'abdomen et ceci en plus des douleurs que je ressens sur l'ensemble du côté gauche de mon corps. Dans ma situation actuelle, j'ai tant de douleurs que je ne peux, en aucun cas, envisager une activité, bien que ce soit mon souhait. (...) Je confirme les conclusions de mon recours, en particulier dans le sens d'une nouvelle expertise médicale. Je passe l'essentiel de mes journées à la maison et je ne peux même pas regarder la télévision en raison de mes douleurs, notamment à la tête. Je fais parfois quelques promenades en compagnie de mon mari. Tout le reste est effectué, notamment les courses, par mes enfants qui sont domiciliés à proximité de ma maison. Je n'arrive pratiquement à ne

rien porter. Je ne parviens pas à participer à la vie associative ni à une quelconque manifestation dans le cadre de mon quartier. » Lors de cette même audience, l'OAI précise que les douleurs qui ne sont pas niées, ne constituent pas des atteintes invalidantes.!

35. Ordonnant des enquêtes, la Cour a entendu le 8 février 2011 le Dr A\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Le Dr A\_\_\_\_\_ relève notamment « Je suis Mme K\_\_\_\_\_ depuis le mois de décembre 1993. Je la soignais dès ce moment là pour des douleurs cervicales en particulier. J'avais diagnostiqué à l'époque des lombalgies chroniques, des cervicalgies et des gastrites. Au cours des années, il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé, au contraire, d'autres diagnostics sont apparus tel qu'un état dépressif qui s'est accentué avec les années et c'est la raison pour laquelle je l'ai adressée environ en l'an 2000 à un médecin psychiatre. (...) J'ai aussi constaté la présence d'une dépression sévère qui est plutôt chronique malgré le traitement. (...) Mme K\_\_\_\_\_ souffre également d'un trouble somatoforme douloureux qui est effectivement en lien avec la dépression. J'avais également évoqué le diagnostic d'une fibromyalgie. (...) Récemment je lui ai diagnostiqué une importante dyslipidémie (cholestérol élevé). (...) Au niveau de la capacité de travail, j'estime que compte tenu du vieillissement et des années qui passent, l'état de santé de Mme K\_\_\_\_\_ ne s'est non seulement pas amélioré mais s'est au contraire dégradé. (...) J'estime et j'insiste sur le fait que à mon sens, Mme K\_\_\_\_\_ n'a et n'a jamais eu une quelconque capacité de travail ce qui avait d'ailleurs été admis par l'AI jusqu'en 2005 alors qu'il n'y a pas eu de modification du statut de Mme K\_\_\_\_\_ et de son état de santé. (...) Je précise que Mme K\_\_\_\_\_ m'a répété souvent qu'elle souffrait sur le côté gauche, qu'elle avait en particulier des maux de tête ainsi que des douleurs dans les membres gauche sur l'ensemble de son corps et aussi sur le pied gauche. »!

36. Au cours de cette même audience, la Cour a également entendu le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie qui suit la recourante depuis le 17 mars 2006. Le Dr F\_\_\_\_\_ indique en particulier « J'ai diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il y avait également une anxiété généralisée. (...) Mme K\_\_\_\_\_ présente un état dépressif modéré à sévère mais qui est assez fluctuant d'une période à l'autre. (...) Je confirme les termes contenus dans mon courrier du 26 [28] avril 2006, j'estimais alors que Mme K\_\_\_\_\_ avait fait une rechute sur le plan psychiatrique et qu'il était nécessaire que l'assurance invalidité rouvre le dossier. (...) Je confirme également les termes du rapport médical du 3 novembre 2008 selon lesquels notamment la patiente n'a jusqu'à maintenant pas montré une évolution favorable et le pronostic n'est pas bon. J'insiste sur le fait que l'état psychique de la recourante est fluctuant. Je ne peux pas dire qu'il y ait des périodes de rémission. Mme K\_\_\_\_\_ présente toujours une symptomatologie anxiodépressive et j'estime que même dans des périodes où la dépression est d'intensité modérée, elle n'est pas capable de travailler, même partiellement. De 2006 à 2009 Mme K\_\_\_\_\_ était vraiment en incapacité de travail sur l'aspect psychiatrique. Je relève au niveau du rapport d'expertise de la doctoresse L\_\_\_\_\_ que cette dernière a pris en compte un état dépressif léger. Ce qui a abouti à ces conclusions du rapport. En ce qui me concerne, je n'ai jamais, malgré la fréquence de mes consultations, constaté que Mme K\_\_\_\_\_ se trouvait dans un état dépressif léger qui pour moi a toujours été un état dépressif modéré. Je relève que la situation n'a pas évolué dans un sens ou dans l'autre durant l'année 2010. Je confirme que le pronostic n'est pas favorable. A mon avis elle est totalement incapable de poursuivre des activités sociales et même ménagères. (...) J'estime pour ma part que Mme K\_\_\_\_\_ n'est pas en

mesure de travailler que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. »!

37. Se prononçant sur les enquêtes, le 7 mars 2011, l'OAI confirme ses conclusions fondées sur l'expertise réalisée par le Dr L\_\_\_\_\_ en se basant sur l'avis du SMR du 15 février 2011!

38. Interpellé par le Conseil de la recourante, le Dr F\_\_\_\_\_ maintient fermement ses diagnostics et soutient que la recourante souffre d'un état dépressif sévère aggravé actuellement par une rechute. Ce médecin précise qu'ainsi, sur le plan psychiatrique, l'évolution de la patiente est défavorable et son pronostic n'est pas bon. Sa capacité de travail est donc nulle.!

39. Répondant à la détermination de l'OAI et relevant, en particulier, que les témoignages des Drs A\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ sont en contradiction avec le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ qui a notamment retenu un état dépressif léger et pas d'incapacité de travail sur le plan psychique, la recourante confirme sa demande d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie).!

40. Ordonnant une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie), la Cour de céans a soumis aux parties la désignation des experts, à savoir la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie et le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, et la mission d'expertise, avec un délai de 10 jours pour se déterminer.!

41. Par courrier du 24 juin 2011, la recourante qui accepte la nomination des experts a souhaité compléter la mission d'expertise par la question complémentaire suivante sous le chiffre 6 b « Est-ce que l'état de santé s'est aggravé depuis l'année 2005 ? »!

42. L'OAI a transmis à la Cour, par courrier du 18 juillet 2011, l'avis du SMR qui indique « Nous n'avons pas de motif de récusation des experts, mais insistons sur le fait que s'il est important que chaque expert s'exprime quant à sa spécialité, il est essentiel qu'une discussion collégiale, tenant compte des critères de Meyer-Blaser se tienne de manière approfondie. Cela ne saurait, à notre avis, être le cas lors d'entretiens téléphoniques, et il faut recommander une expertise commune dans le contexte d'un COMAI où l'assurée est vue de manière successive le même jour par les praticiens qui peuvent ainsi comparer dans le même temps et dans le même lieu les constatations et impressions qu'ils ont collectées au cours de leur expertise. Ceci est tout particulièrement important dans le cas d'une fibromyalgie ou d'un syndrome somatoforme. Enfin il est essentiel que les experts puissent disposer de l'ensemble des expertises précédentes et que, en cas d'appréciation différente des anciens experts, une discussion approfondie puisse justifier leur prise de position. »!

43. Mandatés par la Cour de céans, le Dr. H\_\_\_\_\_ et le Dr I\_\_\_\_\_ ont réalisé l'expertise bi-disciplinaire et rendu, le 18 novembre 2011, un rapport en commun sur la base, en particulier, d'un examen clinique effectué le même jour. !

Dans leur rapport, les experts relèvent notamment que sur le plan de la pratique psychiatrique, il est plus que courant de constater qu'une décision de rente produit une stabilisation de l'affection psychique et qu'une simple révision, mais bien plus fortement encore une décision de suppression de la rente, entraîne une déstabilisation parfois grave de l'affection psychique, par rupture de l'équilibre existant. Les experts précisent que le premier entretien a eu lieu avec un interprète de langue turque et que le second entretien a eu lieu avec l'expertisée et son fils cadet, dans le but d'une hétéro-anamnèse (anamnèse par des tiers). Les experts précisent encore que l'anamnèse a été effectuée avec l'aide d'une interprète et que la recourante était collaborante et que l'anamnèse donnée par celle-ci était très imprécise. Les experts ont posé les diagnostics suivants : -

- Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :!
- Fibromyalgie depuis 1994.!
- Cervico-dorso-lombalgies persistantes

dans le cadre de troubles statiques, et dégénératifs modérés, avec insuffisance de posture et déconditionnement musculaire. Ces douleurs rachidiennes évoluent depuis 1994. >[if> · Périarthropathie scapulo-humérale prédominant à gauche, chronique. Les douleurs évoluent depuis plusieurs années.![endif]>[if> · Céphalées à type de migraine évoluant depuis 1994.![endif]>[if> · Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique F32.2.![endif]>[if> · Personnalité fruste F60.8.![endif]>[if> · - Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :![endif]>[if> · Gonalgies gauches persistantes sur gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire modérée évoluant depuis 2004.![endif]>[if> · Syndrome du tunnel carpien prédominant à gauche, évoluant depuis plus d'un an.![endif]>[if> · Colopathie fonctionnelle (diagnostic 2000).![endif]>[if> · Kyste archnoïdien cérébelleux (diagnostic 1994).![endif]>[if> · Obésité![endif]>[if> · Status après ulcère bulbaire (diagnostic 2001)![endif]>[if> · Status après cholécystectomie pour lithiase (1998).![endif]>[if>

Les experts relèvent notamment « Sur le plan physique, il existe des lésions ostéo-articulaires et digestives qui ont donné lieu à des interventions diagnostiques et thérapeutiques. (...) Ainsi, l'évolution dès 2005 décrite par les médecins traitants et le fils cadet de l'expertisée nous paraît plausible. Actuellement, l'état de fonctionnement psychique de Madame K\_\_\_\_\_ exclut toute activité professionnelle. Si l'aspect physique joue un rôle important chez cette personne dont le corps est le seul atout exploitable professionnellement (cf partie rhumatologique de la présente expertise) il faut tenir compte également de l'effondrement de ses fonctions mentales qui rendent impossible tout apprentissage d'un processus ou de consignes nouvelles dans le monde du travail. » Répondant aux questions, les experts indiquent que les douleurs rachidiennes, ainsi que la pathologie de l'épaule gauche, et les céphalées, représentent des atteintes invalidantes et, sous l'angle psychiatrique, le trouble dépressif associé à une personnalité fruste représente également une atteinte invalidante. Les experts précisent que l'état de santé s'est aggravé depuis l'année 2005 et que « Les limitations sont à mettre en rapport avec la problématique rachidienne et de l'épaule gauche. La patiente n'est pas en mesure de maintenir des postures assises ou debout prolongées, ni de porter des charges même faibles et de manière répétée. Toutes les activités impliquant des postures défavorables pour le tronc sont contre-indiquées, de même que les activités impliquant des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs et comportant le port de charges et le maintien des bras au-dessus de l'horizontale. Sur le plan mental, les capacités cognitives (mémoire, attention, concentration) sont diminuées. Madame K\_\_\_\_\_ a de la peine à investir le monde environnant et à se projeter dans l'avenir. Elle n'est plus en mesure de réaliser un apprentissage même élémentaire de gestes professionnels. » Les experts précisent encore qu'il n'y a pas de mesure médicale permettant d'améliorer la capacité de travail. Au sujet de pronostic, les experts indiquent qu'il est complètement défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison des atteintes physiques et psychiques.

44. L'expertise a été analysée par le SMR qui, après un examen approfondi, conclut « nous ne pouvons valider cette expertise que sur le plan rhumatologique. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, la CT devrait être de 100%. La forme avec laquelle cette expertise est présentée pour le versant psychiatrique surtout, a inclus un parti pris évident, les auteurs (puisque la signature est conjointe) se départissant de leur rôle d'expert, prenant celui de clinicien et critiquant leurs confrères psychiatres de manière non justifiée alors qu'eux même sur le plan psychiatrique, ne se livrent pas à la démarche qu'ils exigent de leurs confrères. (...) Les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant,

avec trouble anxieux et dépressif mixte présente depuis mars 2006, posés de manière rigoureuse par le Dr L. \_\_\_\_\_ sont convainquants ce qui n'est pas le cas de l'expertise I. \_\_\_\_\_ ... »!

Reprenant les critiques du SMR, l'OAI relève, le 14 février 2012, notamment, les points suivants :

- le fait que l'interprète n'ait participé qu'au premier entretien et non au second laisse en tant que tel planer un doute sérieux quant à la neutralité et la validité de l'expertise ; c'est en effet le fils cadet de la recourante qui a accompagné cette dernière lors de deuxième entretien ; l'absence d'un interprète professionnel permet de douter de la valeur probante du rapport d'expertise ;
- la tâche de l'expert consiste en principe en une présentation clinique, neutre et distanciée, du cas de l'expertisé. On peut dans ce cadre souligner le fait que le médecin psychiatre fonctionnant ici comme expert sort parfois de sa mission d'expert pour reprendre plutôt le rôle d'un médecin praticien : « sur le plan de la pratique psychiatrique clinique, il est plus que courant de constater qu'une décision de rente produit une stabilisation de l'affection psychique... »
- plusieurs autres éléments incitent à douter que l'expert ait fait preuve de la neutralité que l'on est en droit d'attendre d'un médecin expert. D'entrée de jeu, les médecins experts critiquent l'injonction qui leur avait été faite de tenir un consilium le même jour que l'examen clinique en jugeant cette recommandation du SMR Suisse romande peu pertinente ;
- le diagnostic n'est pas suffisamment étayé ;
- l'expertise n'est absolument pas exempte de polémique : « nous n'avons pas à nous étendre ici sur le lien entre le premier expert et le deuxième expert. (...) les deux médecins traitants confirment leurs constatations bien détaillées dans votre dossier. Ils se montrent dépassés par la position de l'AI. (...) la suppression de la rente en 2005 est surprenante. »
- L'OAI relève que les considérations des experts au sujet du « but médical » du versement ou de la suppression d'un droit à la rente sont quelque peu curieuses dans le contexte d'une expertise médicale qui devrait précisément en tant que telle faire abstraction de considérations bio-psycho-sociales selon la jurisprudence ;
- Le rapport d'expertise pêche également par le fait que les conditions d'octroi initial de la rente en 1995 n'ont absolument pas été discutées ;
- Le médecin expert critique le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4 de la CIM-10) précédemment retenu par les diverses expertises réalisées dans les règles de l'art alors que lui-même n'examine nullement les critères de Meyer-Blaser : cet examen est pourtant indispensable pour déterminer si juridiquement et en application de la jurisprudence du tribunal fédéral le trouble somatoforme douloureux remplit par hypothèse les exigences restrictives posées pour se voir reconnaître un caractère invalidant. ;
- Au titre des éléments déterminants pour décider de la valeur probante d'une expertise figure notamment l'absence de contradictions. Or le rapport en question n'en est pas exempt : le fait de regarder la télévision serait impossible alors que la couture serait elle possible ; or ces deux activités nécessitent la même attention. Par ailleurs, le traitement médicamenteux décrit correspond au traitement d'un épisode dépressif de gravité moyenne et non sévère. Dans le cadre de l'examen des exigences posées par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à un trouble somatoforme douloureux figure notamment « la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie » ; or cet élément n'est pas présent en l'occurrence puisque le médecin expert relève que l'assurée a encore des intérêts (couture), qu'elle n'est pas confinée à son appartement, qu'elle effectue parfois les courses avec son mari. Un autre critère retenu par la jurisprudence est celui de « l'échec des traitements conformes aux règles de l'art » ; or le SMR dans son avis médical retient deux prescriptions

médicamenteuses qui ne correspondent pas à ce critère. Le code « F60.8 Personnalité fruste » ne peut être suivi. Ce chiffre correspond aux troubles de la personnalité. Or le terme de fruste correspond bien plutôt à un élément culturel ou social mais ne correspond pas à un « trouble de la personnalité ». De plus, un tel trouble devrait par définition être présent depuis le début de l'âge adulte, ce qui n'est pas le cas.![endif]>![if> - L'OAI relève encore que les constatations cliniques telles qu'elles figurent dans le rapport, sont extrêmement limitées et sont beaucoup plus succinctes que celles figurant dans les expertises précédentes. En conclusion, l'OAI suggère à la Cour de bien vouloir procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.![endif]>![if> 45. Interpellée au sujet du rapport d'expertise, la recourante relève, par courrier du 15 février 2012, que cette expertise précise clairement qu'elle est invalide, incapable de retravailler et que son état de santé s'est même aggravé depuis l'année 2005. Reprenant les éléments de l'expertise, la recourante insiste que le fait que les troubles physiques et psychiques diagnostiqués représentent des atteintes invalidantes et qu'il n'existe pas de capacité résiduelle de travail. La recourante insiste encore sur le fait qu'il n'y a pas de mesure médicale ni de mesure d'ordre professionnel permettant d'améliorer la capacité de travail. La recourante relève également que, selon les experts, le pronostic est complètement défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison des atteintes physiques et psychiques.![endif]>![if> 46. Répondant à l'écriture de la recourante du 15 février 2012, l'OAI précise, le 24 mai 2012, qu'il n'a pas d'observations particulières à formuler dans la mesure où il avait déjà par le détail exposé dans son écriture du 14 février 2012 les motifs pour lesquels l'expertise des Dr I \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ devait être écartée faute de pouvoir lui reconnaître pleine valeur probante.![endif]>![if> 47. Répondant, à son tour, à l'écriture de l'OAI du 14 février 2012, la recourante relève qu'il ressort de l'expertise psychiatrique et rhumatologique que le second entretien a principalement eu lieu directement avec son fils cadet, dans le but d'une hétéro-anamnèse, soit une anamnèse par des tiers. Ce dernier a accepté de se présenter à une consultation à la demande du Dr I \_\_\_\_\_. En outre, s'agissant d'une expertise judiciaire, c'était aux experts de préciser s'il fallait tenir ou non un consilium avec les médecins experts du SMR. Au sujet du grief selon lequel il n'y a, à aucun moment, une description claire de son état psychique, la recourante rétorque que les experts ont effectué des consultations cliniques du point de vue psychiatrique, un diagnostic psychiatrique selon CIM-10 et effectué les commentaires adéquats. Il est donc hors de propos de préciser qu'il n'y a pas eu de description claire de son état psychique. A la remarque selon laquelle l'OAI précise que le fait de regarder la télévision serait possible alors que la couture ne serait pas possible alors que ces deux activités nécessitent la même attention, la recourante répond qu'il s'agit manifestement d'une ineptie de la partie adverse. En conclusion, la recourante relève qu'il découle clairement de l'expertise ordonnée par la Chambre de céans qu'elle est invalide, incapable de travailler et qu'aucune mesure médicale et professionnelle ne peut améliorer sa capacité de travail, son état de santé s'étant en outre aggravé depuis l'année 2005. La recourante conclut au fait qu'une rente entière doit lui être allouée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005 et estime qu'une nouvelle expertise psychiatrique n'est pas nécessaire.![endif]>![if> 48. Interpellé au sujet de l'écriture de la recourante du 15 juin 2012, l'OAI informe que cette écriture n'appelle pas de remarques particulières et maintient ses conclusions émises précédemment.![endif]>![if> 49. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en

instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). [endif]>[if> Depuis 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). La compétence du tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). [endif]>[if> 3. La LPGA est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). [endif]>[if> 4. En l'espèce, la décision litigieuse, du 18 juin 2009, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1 er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4 ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5 ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1 er janvier 2008. [endif]>[if> 5. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1 er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). [endif]>[if> 6. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si les troubles présentés par la recourante, aussi bien somatiques que psychiatriques, constituent une invalidité au sens de l'AI engendrant une incapacité de gain donnant droit à une rente. [endif]>[if> 7. 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. 4 al. 1 er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 er LPGA). [endif]>[if> 8. Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail

de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ).

10. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 ). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ).

11. Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer

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

12. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).!

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

14. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).!

15. L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de

valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il 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).!

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

17. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) !

18. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).!

19. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les

conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b et les références).!

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss). 20. En l'occurrence, se trouvent notamment au dossier un rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, des rapports du Dr A\_\_\_\_\_ et du Dr F\_\_\_\_\_, un rapport d'expertise des Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ainsi que des rapports du SMR.!

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

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

Dans un rapport du 4 janvier 2010, ce même médecin mentionne que les diagnostics sont inchangés, que l'état psychique de la patiente, malgré qu'il soit toujours fluctuant d'une période à l'autre, a montré une aggravation depuis quelques mois avec des tensions augmentées associées à des manifestations physiques et que la capacité de travail de la recourante est nulle. Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr F\_\_\_\_\_ indique en particulier qu'il diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il précise qu'il y avait également une anxiété généralisée et que la recourante présentait un état dépressif modéré à sévère assez fluctuant d'une période à l'autre. Il ne peut pas dire qu'il y ait des périodes de rémission. La recourante présente toujours une symptomatologie anxiodépressive et il estime que même dans des périodes où la dépression est d'intensité modérée, elle n'est pas capable de travailler, même partiellement. Il estime pour sa part que la recourante n'est pas en mesure de travailler que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Ce médecin précise qu'ainsi, sur le plan psychiatrique, l'évolution de la recourante est défavorable et son pronostic n'est pas bon. Sa capacité de travail est donc nulle. 23. Le Dr A\_\_\_\_\_ qui suit la recourante depuis la fin de l'année 1993, relève qu'elle souffre notamment de lombalgies chroniques et d'un trouble somatoforme douloureux qui est en lien avec la dépression. Au niveau de sa capacité de travail, il estime que compte tenu du vieillissement et des années qui passent, l'état de santé de la recourante ne s'est non seulement pas amélioré mais s'est au contraire dégradé et qu'elle n'a et n'a jamais eu une quelconque capacité de travail. !

24. Dans leur rapport du 18 novembre 2011, les Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie,

cervico-dorso-lombalgies persistantes, périarthropathie scapulo-humérale prédominant à gauche, chronique, céphalées à type de migraine, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de personnalité fruste.![endif]>![if> Les experts indiquent qu'actuellement, l'état de fonctionnement psychique de la recourante exclut toute activité professionnelle. Ils précisent que si l'aspect physique joue un rôle important, il faut tenir compte également de l'effondrement de ses fonctions mentales qui rendent impossible tout apprentissage d'un processus ou de consignes nouvelles dans le monde du travail. En réponse aux questions, les experts indiquent que les douleurs rachidiennes, ainsi que la pathologie de l'épaule gauche, et les céphalées, représentent des atteintes invalidantes et, sous l'angle psychiatrique, le trouble dépressif associé à une personnalité fruste représente également une atteinte invalidante. Ils précisent que l'état de santé s'est aggravé depuis l'année 2005 et que les limitations sont à mettre en rapport avec la problématique rachidienne et de l'épaule gauche. Toutes les activités impliquant des postures défavorables pour le tronc sont contre-indiquées, de même que les activités impliquant des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs et comportant le port de charges et le maintien des bras au-dessus de l'horizontale. Sur le plan mental, les capacités cognitives (mémoire, attention, concentration) sont diminuées. La recourante a de la peine à investir le monde environnant et à se projeter dans l'avenir. Elle n'est plus en mesure de réaliser un apprentissage même élémentaire de gestes professionnels. Les experts précisent encore qu'il n'y a pas de mesure médicale permettant d'améliorer la capacité de travail. Au sujet de pronostic, les experts indiquent qu'il est complètement défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison des atteintes physiques et psychiques. 25. En conclusion de son avis médical du 15 janvier 2012, le SMR indique « nous ne pouvons valider cette expertise que sur le plan rhumatologique. » Ensuite, critiquant cette même expertise, le SMR émet un sérieux doute quant à la neutralité et la validité de l'expertise, relève notamment, au sujet de l'intervention du fils cadet de la recourante, que l'absence d'un interprète professionnel permet de douter de la valeur probante de l'expertise. Le SMR estime que le médecin psychiatre sort parfois de sa mission d'expert pour reprendre le rôle de médecin praticien, que le diagnostic n'est pas suffisamment étayé et que l'expertise n'est absolument pas exempte de polémique. Le SMR relève encore que le rapport d'expertise n'est pas exempt de contradiction et conteste le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.![endif]>![if> 26. Au sujet de l'audition du fils de la recourante par les experts, il y a lieu de considérer que celui-ci, s'exprimant correctement en français un interprète n'étant dès lors pas nécessaire, a pu ainsi fournir des renseignements notamment sur la vie quotidienne de la famille et pouvait permettre aux experts d'appréhender l'environnement familial de la recourante.![endif]>![if> 27. Etant médecin praticien, l'expert peut avoir une appréciation pratique de la situation sans faire preuve de partialité. Le grief d'absence de neutralité n'est guère motivé et ne sera pas retenu.![endif]>![if> 28. Le SMR relève que les experts ont critiqué l'injonction faite de tenir un consilium le même jour que l'examen clinique, jugeant cette recommandation peu pertinente. Il convient de relever que, lors des observations faites en particulier à la suite de la mission d'expertise, le SMR, par l'intermédiaire de l'OAI, indiquait qu'une discussion collégiale était essentielle. La Cour considère que cette discussion a eu lieu puisque les experts précisent qu'ils ont réalisé l'examen clinique le même jour et ont rendu un rapport commun.![endif]>![if> 29. Contrairement à l'avis de l'OAI, la Cour de céans estime que le diagnostic est suffisamment étayé puisqu'il a notamment fait l'objet de commentaire.![endif]>![if> 30. La contradiction relevée par l'OAI au sujet des activités de regarder la télévision et la couture

qui, selon le SMR, nécessitent la même attention, l'expert a précisé que la recourante « ne peut regarder la télévision, car elle ne supporte ni les sons, ni les bruits. » La pratique de la couture n'impliquant pas de bruit particulier, il n'y a pas de contradiction à ce sujet et l'observation de la recourante est donc fondée. 31. Contrairement à la remarque de l'OAI selon laquelle les conditions d'octroi initial de la rente en 1995 n'avaient pas été discutées, il convient de relever que, d'une part, la condition, à savoir une fibromyalgie, avait été mentionnée et que, d'autre part, la mission d'expertise ne faisait pas état de cette demande. De plus, la rente de la recourante avait fait l'objet de plusieurs révisions et il convenait, en l'état, d'examiner la situation de l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse, conformément à la jurisprudence en la matière. 32. Dans son écriture du 14 février 2012, l'OAI rappelle les exigences restrictives des critères jurisprudentiels pour reconnaître le caractère invalidant de la fibromyalgie. Sur le plan rhumatologique, validé par le SMR, l'expertise fait mention notamment de douleurs musculo-squelettiques diffuses et chroniques. En outre, sur le plan psychiatrique, l'expertise pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère, état qui est traité depuis de nombreuses années et cristallisé. Enfin le fait que la recourante s'exprime habituellement en langue turque, qu'elle ne sort qu'un peu et que ce sont ses enfants et son mari qui font les courses permet de déduire une perte d'intégration sociale dans les manifestations de la vie. Au sujet des critères d'appréciation de la fibromyalgie, il sied de relever que le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 27 février 2012 ( 9C\_694/2011 ) indiqué « S'agissant enfin de l'analyse des critères conférant à la fibromyalgie ou au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant, on relèvera qu'il n'est pas absolument nécessaire que les médecins interrogés disent expressément si tel ou tel critère est rempli dans le cas concret mais que ces éléments peuvent être déduits de l'anamnèse, des constatations médicales ou de l'appréciation du cas. » Contrairement aux griefs de l'OAI, la Cour de céans considère que les critères jurisprudentiels de la fibromyalgie sont remplis et conclura, sur ce point, au caractère invalidant de cette affection. 33. En conclusion du droit à la rente, il sied, en l'occurrence, de considérer que l'expertise du 18 novembre 2011 a fait l'objet d'une étude circonstanciée comprenant des observations approfondies et des investigations complètes, d'une pleine connaissance du dossier, et les experts ont abouti à des résultats convaincants pour lui attribuer, malgré les doutes émis par l'OAI, pleine valeur probante. En effet, la Cour de céans estime que l'expertise contient une étude approfondie du dossier, une anamnèse médicale complète, la prise en compte des plaintes de la recourante et la description du contexte médicale et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. Dès lors, une nouvelle expertise étant superflue, la Cour se dispensera de l'ordonner. 34. Eu égard aux considérations qui précèdent et, en particulier, aux conclusions de l'expertise des Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, le recours doit donc être admis en ce sens que la recourante, étant en incapacité totale de travail, a droit à une rente entière. 34. En ce qui concerne, la naissance du droit à une rente d'invalidité, il y a lieu de relever que, selon l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. En

vertu de l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. <sup>35.</sup> Le Tribunal fédéral a précisé que selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références). <sup>36.</sup> En l'espèce, il convient de relever que, la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 16 février 2006 n'ayant pas fait l'objet d'un recours et étant donc entrée en force, c'est donc à juste titre que l'OAI a considéré que la lettre du 23 mai 2006, émanant du médecin traitant, constituait une nouvelle demande. Bien que l'expertise du 18 novembre 2011 répond positivement à la question « est-ce que l'état de santé s'est aggravé depuis l'année 2005 », la Cour de céans retiendra l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ émanant de son courrier du 28 avril 2006 et confirmé lors de son audition du 8 février 2011 pour déterminer la date de la survenance du cas d'assurance. Il sied, en l'occurrence, de rappeler que, dans sa lettre du 28 avril 2006, le Dr. F\_\_\_\_\_ faisait clairement état d'une aggravation de l'état de santé de la patiente. Confirmant les termes de son courrier du 28 avril 2006, ce médecin précisait encore, lors de son audition, qu'il estimait alors que la recourante avait fait une rechute sur le plan psychiatrique. Compte tenu de cette aggravation, il y a lieu de considérer la survenance du cas d'assurance en avril 2006 et de fixer, compte tenu du délai d'attente en application de l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> let. b aLAI, la date du droit à la rente au 1<sup>er</sup> mai 2007. <sup>37.</sup> Eu égard aux considérations qui précèdent et, en particulier, aux conclusions de l'expertise des Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, le recours doit donc être admis en ce sens que la recourante a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2007. La décision du 18 juin 2009 doit donc être annulée. <sup>38.</sup> L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 200 fr. et versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. à la recourante. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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