

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2649/2011

ATAS/732/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2014

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1962, est divorcée et mère de deux enfants, le premier, né le \_\_\_\_\_ 1985 de son union avec son ex-époux, et le second, né le \_\_\_\_\_ 2000 de sa relation avec son ex-compagnon, Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après le compagnon de l'assurée ou de la recourante), dont elle est séparée depuis fin 2011.

En date du 28 janvier 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente. A l'appui de sa demande, elle a fourni son curriculum vitae (ci-après CV), dont il ressortait qu'elle avait travaillé depuis 1987 comme femme de ménage auprès de divers employeurs. S'agissant de la disponibilité de l'assurée, le document dactylographié mentionnait « 50% », mais une mention manuscrite indiquant « 100% » avait été ajoutée à côté de la première.

2. Le 10 mars 2009, sur demande de l'OAI, l'office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE) a indiqué que l'assurée s'était inscrite à l'office régional de placement le 7 janvier 2008. S'agissant des renseignements médicaux, l'OCE a joint les documents suivants à son courrier:

- un certificat médical de la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, du 7 janvier 2008, attestant que l'assurée était en incapacité de travail à 50% dès cette date et que la reprise totale devrait se faire selon l'évolution clinique ;
- un certificat médical du 3 mars 2008 de la Dresse C\_\_\_\_\_, mentionnant que cette dernière suivait l'assurée depuis le 18 mars 2004 en raison d'importants troubles au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire ainsi que de tendinopathies aux coudes et aux épaules, ce qui nécessitait notamment un travail plus léger afin d'éviter une aggravation de son état de santé ;
- un rapport du 31 mars 2008 du Docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de l'OCE, indiquant que l'assurée présentait un trouble de la santé qui la rendait inapte à l'emploi, mais qu'une prise en charge médicale adéquate devrait permettre un retour à la capacité de travail à terme ; le médecin avait retenu une incapacité de travail temporaire de 50% depuis le 7 janvier 2008, et de 100% dès le 1er mars 2008 ; le travail de nettoyeuse pouvait être exercé à 100%, les seules limitations fonctionnelles retenues étant le travail en hauteur et sur une échelle, ainsi que le port de poids de plus de 10 kg ;

L'OCE a également joint à son courrier un curriculum vitae sur lequel l'assurée avait indiqué travailler à 50%.

3. Dans un rapport du 23 mars 2009, la Dresse C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur une ancienne maladie de Scheuermann, des cervico-brachialgies aiguës droites, une fibromyalgie, des scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et suite à un conflit sous-acromial, des épigastralgies sur gastrite aiguë, un état anxio-dépressif aigu récurrent, une épicondylite du coude droit, un goître et de l'asthme.

Il y avait contre-indication pour la prise de charges lourdes, des travaux lourds, des travaux répétitifs, des travaux à responsabilité et des travaux en présence de poussières. Les limitations fonctionnelles se manifestaient au travail par une aggravation de l'état de santé de la patiente et l'apparition d'importantes douleurs tant au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire qu'à l'épaule droite et au coude droit, ainsi qu'une décompensation de l'état anxio-dépressif. L'activité exercée n'était plus exigible et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Le médecin avait joint à son rapport notamment les documents suivants :

- un rapport du 28 avril 2008 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, concluant à une très probable fibromyalgie associée à un état dépressif traité depuis de nombreuses années, des rachialgies diffuses s'intégrant dans le contexte de la fibromyalgie, sans que l'examen clinique du rachis ne révèle quelque chose de particulier, et une légère bursite sous-acromiale avec une très probable rupture profonde du sus-épineux, non transfixiante, allant de pair avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et un conflit sous-acromial ;
- un rapport du 16 mai 2006 de la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, diabétologie et endocrinologie, mentionnant que l'assurée présentait un état anxio-dépressif qui s'était installé trois ans auparavant, suite à deux deuils très rapprochés, et que malgré un traitement médicamenteux, cette dernière pleurait souvent et avait de la peine à s'endormir et à rester endormie ; le médecin avait conclu à un goître multinodulaire euthyroïdien et avait soulevé la question d'un suivi par un médecin psychiatre en ce qui concernait le sommeil ;
- un rapport du 7 décembre 2006 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, relevant que l'oesogastroduodénoscopie avait révélé une béance hiatale sans oesophagite peptique et une gastrite à helicobacter pylori ; l'assurée ne présentait pas d'hernie hiatale, ni de franche clinique de reflux ;
- un rapport du 12 juin 2008 de la Dresse F\_\_\_\_\_, rappelant que l'assurée était toujours dans un état dépressif ; la gêne cervicale était mineure, l'assurée souffrait d'asthme qu'elle traitait avec des sprays ; l'assurée présentait toujours

un goître multinodulaire euthyroïdien avec des nodules infra-centimétriques (sauf un à 12 millimètres de diamètre) ; il n'y avait pas d'empreinte au niveau de la trachée.

4. Selon le compte individuel (ci-après: CI) de l'assurée auprès de la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après CCGC), les revenus de l'assurée étaient les suivants:

Année	Revenu (CHF)
1990	5'025.-
1991	7'312.-
2004	3'096.-
2005	19'775.-
2006	29'681.-
2007	29'368.-
2008	20'634.- (plus 1'914.- d'indemnités de chômage)

Concernant plus particulièrement les années 2006 et 2007, les éléments suivants ressortaient de ce même compte :

Année	Mois de cotisations (début/fin)	Revenu CHF	Employeur
2006	01/01	112.-	H_____ SARL
	01/12	12'187.-	I_____ SARL
	01/12	12'762.-	SOCIETE J_____.
	01/12	4'620.-	K_____
2007	09/12	2'000.-	L_____ SA
	01/10	10'544.-	SOCIETE J_____.
	01/12	11'916.-	I_____ SARL
	12/12	320.-	M_____ SA
	01/12	4'588.-	K_____

5. Dans un avis du 12 juin 2009, le docteur N\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a proposé de compléter l'instruction en demandant des rapports au Dr E\_\_\_\_\_ et à la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. En l'état, il ne pouvait pas considérer l'assurée apte à la réadaptation dans l'immédiat, surtout au regard de la symptomatologie psychique décrite par la Dresse C\_\_\_\_\_.
6. Dans son rapport du 6 juillet 2009, la Dresse O\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, depuis six ans, un épisode dépressif majeur, sévère, sans symptomatologie psychotique, des discopathies vertébrales, une tendinite à l'épaule droite, un état douloureux d'origine en même temps physique et psychologique, ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, une obésité à la date du rapport et des troubles des conduites alimentaires. L'assurée présentait une symptomatologie dépressive depuis longtemps, de par ses conditions de vie, ayant dû laisser son

premier enfant au Portugal aux soins de sa mère et d'une tante pour venir travailler en Suisse, le fait de se retrouver sans famille en Suisse étant très éprouvant pour elle. Trois ans auparavant, elle avait vécu une suite de deuils qui l'avaient plongée dans un état dépressif beaucoup plus important, dont elle ne sortirait plus. Depuis deux ans environ, sa patiente avait dû se résoudre à travailler à mi-temps, du fait de ses douleurs qui avaient commencé six ans auparavant et qui rendaient son travail pénible ; malgré cette mesure, son état avait empiré encore et elle avait dû complètement s'arrêter de travailler un an plus tôt.

L'incapacité de travail était de 100% à partir du 16 avril 2008. L'assurée présentait une humeur triste et surtout des troubles de la concentration, ainsi qu'une irritabilité importante, qui surgissait à la suite de ses douleurs, qui ne lui permettaient plus de travailler comme auparavant. S'il était possible de trouver une activité compatible avec les douleurs de l'assurée et qu'elle soit capable d'en faire l'apprentissage, elle pourrait retravailler au moins à 50%.

7. Par une communication du 10 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée que compte tenu des éléments en sa possession, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
8. Le 17 juillet 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses depuis de nombreuses années, une fibromyalgie, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec probable rupture partielle profonde du tendon sus-épineux et bursite sous-acromio-deltoïdienne (depuis environ fin 2006), ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, un état dépressif chronique. Sur la base de l'examen effectué en 2008 et uniquement pour cette année, le médecin a retenu les limitations suivantes: tous les travaux pénibles physiquement, y compris le port de charges lourdes, le maintien des mêmes positions de façon prolongée, les mouvements répétitifs du rachis, les positions en porte-à-faux de la colonne dorso-lombaire et les travaux, bras droit en l'air. Il a également retenu que la résistance était limitée, sans donner plus de détails. Il ne savait pas s'il fallait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
9. Dans un rapport du 4 novembre 2009, la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecin adjoint répondant, et Monsieur Q\_\_\_\_\_, technicien responsable auprès de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du service de neuro-rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève, (ci-après: HUG) ont indiqué que l'assurée avait effectué un stage du 20 juillet au 14 août 2009 à plein temps, soit six heures par jour, étant précisé qu'elle avait été absente deux fois un jour sur décompensation physique et psychique. Les activités avaient consisté en du montage de dossiers OCE en position alternée, en la restauration de dossiers patients en position alternée, et en de la pyrogravure en position assise. A cette occasion, ils avaient pu constater que l'assurée était une

personne volontaire, qui travaillait avec régularité avec un rendement acceptable le matin, mais dont l'endurance et le rendement baissaient de manière notable l'après-midi car les maux de tête s'amplifiaient à cause du maintien de la concentration sur une longue période. La pyrogravure avait montré de bons résultats. Le travail était soigné et précis, et le temps de réalisation correct. L'assurée s'intégrait bien dans une équipe mais supportait très mal son état, abordait souvent sa problématique de santé avec les autres assurés et le personnel d'encadrement, avec une forte propension à se référer systématiquement à des situations négatives, ce qui la faisait décompenser sur le plan psychique et la faisait pleurer, parfois de longues minutes. Une amélioration de son état et une meilleure gestion de ses difficultés avaient toutefois été constatées grâce à son activité.

Toutes les activités de nettoyage, les ports de charge, les travaux nécessitant l'inclinaison du buste de manière prolongée ou répétitive étaient à exclure, et l'assurée n'était pas en mesure de travailler dans le marché primaire (ou économique) à plus de 50% ; elle pouvait toutefois travailler dans un atelier protégé où l'environnement serait plus adapté à ses besoins de contrôle/stimulation, etc.

10. Dans une note du 10 novembre 2009, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et médecin auprès du SMR a indiqué que la partie rhumatologique de l'examen clinique bidisciplinaire du 28 octobre 2009 avait dû être interrompue. L'examen avait en effet débuté par une anamnèse des antécédents personnels généraux qui avait été extrêmement difficile à obtenir, l'assurée pleurant à plusieurs reprises et répétant qu'elle ne se souvenait plus des dates importantes de sa vie comme les anniversaires de ses enfants. Sur les plans allergiques et cutanés, l'assurée avait mis en avant un asthme évoluant depuis de nombreuses années, traité médicalement, sans autre phénomène allergique anamnestique et sans notion de trouble cutané, ainsi que, sur le plan neurologique, de céphalées à point de départ rétro-orbitaire avec irradiations en casque quotidiennes, l'assurée se plaignant de se réveiller et se coucher avec des maux de tête et de souffrir d'un sentiment de nausée perpétuel, accompagné de vertiges. L'anamnèse cardio-vasculaire avait par ailleurs mis en évidence des troubles respiratoires sous forme de dyspnée en relation avec des crises d'asthme ou à l'effort, des phénomènes de réveils nocturnes en sursaut avec sentiment de détresse respiratoire et oppression thoracique pouvant survenir plusieurs fois par semaine, une nycturie par intermittence, l'absence d'œdème aux membres inférieurs et des phénomènes de palpitation et d'oppression thoracique en situation de stress, d'effort, d'anxiété ou de nervosité. Interrogée sur son poids, dans le cadre de l'anamnèse digestive, l'assurée avait déclaré ne plus savoir son poids, même si elle venait de se peser. Enfin, elle a indiqué que l'examineur était dur avec elle. Sur demande du médecin du SMR, elle a confirmé qu'elle estimait que les questions qui lui avaient été posées par ce dernier ainsi que le ton utilisé avaient été pénibles et durs pour elle. L'examen rhumatologique n'avait ainsi pas pu être poursuivi et l'assurée avait été reconvoquée pour le 4 décembre 2009.

11. Le 5 janvier 2010, le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, les doctresses T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et U\_\_\_\_\_, médecin chef, tous trois médecins auprès du SMR, ont rendu leur rapport suite aux examens cliniques psychiatrique et rhumatologique des 28 octobre et 4 décembre 2009. Il ont diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann, une périarthrite scapulo-humérale bilatérale à prédominance droite avec rupture non transfixiante du tendon du sus-épineux droit, ainsi qu'un épisode dépressif sévère en rémission complète, et, sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, une discrète arthrose nodulaire des doigts, une obésité, une dysthymie d'intensité légère, de l'asthme, et un goût euthyroïdien.

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail dans les activités de nettoyeuse ou dame de compagnie devant aider des personnes était nulle, mais complète dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 7 janvier 2008. Les médecins du SMR contestaient ainsi l'évaluation faite par la Dresse C\_\_\_\_\_, considérant qu'elle attestait d'une incapacité de travail totale, y compris dans une activité adaptée, sans en donner les raisons, et soulignant qu'il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. En outre, la fibromyalgie ne s'accompagnait pas de pathologies psychiatriques incapacitantes ou de critères de sévérité et partant, ne pouvait conduire à la définition d'une incapacité de travail selon la jurisprudence.

Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR n'avaient pas objectivé de trouble de la mémoire ni de ralentissement psychomoteur, mais l'assurée présentait une légère agitation psychomotrice et des troubles de l'attention, avec une thymie légèrement triste. Elle était très démonstrative et pleurait à plusieurs reprises, se décrivant comme déprimée et fatiguée la plupart du temps, indiquant que tout lui coûtait et que rien ne lui était agréable, qu'elle présentait des ruminations et une perte de la confiance en soi et décrivait des troubles du sommeil et une tendance à l'hyperphagie. Ils ont considéré que la symptomatologie dépressive objectivée en juillet 2009 par le psychiatre traitant ne répondait pas aux critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère et que, partant, l'état de santé de l'assurée s'améliorait depuis juillet 2009 avec la disparition de la symptomatologie dépressive aiguë, remplacée progressivement par une légère dépression chronique dans le cadre d'une dysthymie objectivée à l'examen clinique. L'assurée n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. Les médecins du SMR ont conclu que le diagnostic d'épisode dépressif était en rémission complète et n'avait plus d'incidence sur la

capacité de travail. Ils ont diagnostiqué une dysthymie d'intensité légère n'ayant aucune incidence sur la capacité de travail. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, ils n'avaient pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, les critères cliniques n'étant pas réunis.

Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 5 kg. Aucune limitation fonctionnelle n'était retenue sur le plan psychiatrique.

En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse ou dame de compagnie, mais totale dès juillet 2009 dans une activité adaptée à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation (pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 7 janvier 2008 sur le plan rhumatologique, et dès juillet 2009 sur le plan psychiatrique).

12. L'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité de l'assurée le 30 avril 2010. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé aux données salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de l'année 2008 (ci-après "ESS") et a retenu le salaire statistique tiré d'une activité simple et répétitive sans formation professionnelle selon l'ESS, TA1, ligne Total, soit CHF 51'368.- (CHF 4'281.- par mois) pour 41.6 heures par semaine, et CHF 52'457.- pour l'année 2009 après indexation selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après: ISS). L'OAI a retenu une capacité de travail, sans invalidité, de 50 %, considérant que l'assurée travaillerait à ce taux par choix personnel. Après un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles présentées, le revenu annuel 2009 raisonnablement exigible avec invalidité s'élevait à CHF 22'294.-. Pour le revenu sans invalidité, l'assurée n'ayant pas exercé d'activité professionnelle régulière durant les années précédant le calcul, l'OAI s'est également référé à un salaire statistique, estimé à CHF 24'298.- selon les ESS 2008, TA7, pour une femme exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne 35 (nettoyage et hygiène publique) dans une activité de niveau 4, multiplié par 12 mois, en tenant compte d'une durée hebdomadaire de 41,6 heures en 2008, après indexation en 2009 au moyen des ISS, et réduction de 50%. La comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 8.2 %.
13. Un mandat d'enquête économique de l'OAI du 17 mai 2010 laisse apparaître les informations suivantes :

- dans le chapitre « Statut de l'assuré(s) retenu par le gestionnaire » : « mixte => taux de 50% (activité professionnelle) » et « à déterminer » ;
- dans le chapitre « Données médicales » : « Diagnostic : Rachialgies diffuses... SMR : Début de l'IT durable 7.01.2008 – CT exigible dans l'activité habituelle 0%, CT exigible dans l'activité adaptée 100%, CT exigible dans le ménage ...% » ; et
- dans le chapitre « Type d'enquête à effectuer » : seule la case statut a été cochée, contrairement à la case empêchements et invalidité dans le ménage.

14. L'enquête économique sur le ménage a été réalisée le 13 juillet 2010. L'enquêtrice a relevé ce qui suit, s'agissant du début et de l'ampleur des atteintes à la santé : « L'assurée âgée de 48 ans, souffre de rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. Selon ses dires, elle a surtout des douleurs dans la tête et la nuque. Les douleurs irradient également dans la jambe et le talon. Elle a une tendinite dans le bras qui monte jusque dans l'oreille et la tête. Elle est en souci car elle risque de perdre son travail. Elle a besoin de garder ce petit travail et de sortir pour se changer les idées. Depuis peu elle a une tendinite à l'épaule droite et commence à avoir mal à l'épaule gauche. Le matin ça va mieux. Elle a des troubles de la mémoire. Elle ne fait plus de physiothérapie et ne suit pas de psychothérapie ».

S'agissant de l'activité lucrative qui serait exercée sans handicap, l'enquêtrice a mentionné : « Selon ses dires, l'assurée aurait fait des recherches d'emploi pour un travail à plein temps, mais elle n'a pas les papiers, elle les a jetés. Elle est inscrite au chômage à 50%. Selon les CI elle n'a jamais travaillé à plein temps. Nous la considérons donc comme active à 50% ».

L'assurée ne rencontrait pas de problèmes particuliers dans l'organisation du ménage, elle pouvait faire le petit nettoyage quotidien de la cuisine, la poussière et l'aspirateur - en procédant par étapes et en ne faisant pas tout le même jour -, le nettoyage de la salle de bain ; elle allait souvent faire les courses seule avec son caddy, elle pouvait trier et faire la lessive, suspendre le linge mouillé ou l'étendre sur le radiateur. Son compagnon s'occupait des repas, l'aidait à faire le nettoyage à fond des placards, à changer la literie et à faire les courses, il faisait les vitres et s'occupait depuis toujours du travail administratif et des paiements, il lavait et séchait les grandes pièces telles que draps et rideaux, et repassait les chemises et pantalons s'il en avait besoin. Les grands nettoyages tels que les boiseries des portes et fenêtres étaient effectués par la belle-fille, et son fils aîné faisait parfois les courses (bouteilles, jus de fruit, lait, lessive). En conclusion, dans la sphère ménagère, les empêchements de l'assurée étaient très modérés, seuls les travaux physiques très lourds étant difficiles à effectuer. De ce fait, l'invalidité dans la sphère ménagère avait été évaluée à 10%.

15. Le 13 août 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant sa demande, motif pris que le degré d'invalidité évalué selon la méthode mixte s'élevait à 9.10 % (à savoir 4.10 % dans la sphère professionnelle et 5 % dans les travaux ménagers), insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
16. Par courrier du 13 septembre 2010, sous la plume de son conseil, l'assurée a formé opposition audit projet, contestant être capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations, se référant au rapport de l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG du 4 novembre 2009. Elle indiquait également qu'elle travaillait, depuis octobre 2009, chez des personnes âgées à raison de 7 heures par semaine pour un salaire de CHF 935.- et qu'elle n'était même pas certaine de pouvoir poursuivre cette petite activité du moment que son état de santé ne faisait que se péjorer. Elle contestait le taux de 10% d'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères, ajoutant que son mari (*recte* : compagnon) était très handicapé et ne pouvait lui porter assistance que dans une mesure très réduite, et que son fils et sa belle-fille, travaillant tous les deux, ne pouvaient l'aider que de manière très occasionnelle. Elle estimait son degré d'invalidité à plus de 70%.
17. Dans son écriture complémentaire du 12 octobre 2010, l'assurée a contesté la pertinence de l'examen psychiatrique SMR du 28 octobre 2009, contredit par le rapport antérieur du 6 juillet 2009 de la Dresse O\_\_\_\_\_. Sur le plan somatique, les limitations retenues l'empêchaient non seulement de reprendre l'activité de femme de ménage qu'elle exerçait précédemment mais également toute activité nécessitant des efforts physiques ; l'activité de dame de compagnie à raison de 7 heures par semaine qu'elle exerçait depuis le mois d'octobre 2009 correspondait au maximum de ce qu'elle pouvait réaliser à l'heure actuelle. Elle a également contesté la pertinence de l'enquête ménagère, en ce sens qu'il était inexact de retenir que toutes les tâches qu'il lui était impossible de réaliser étaient effectuées par son compagnon, son fils, ou sa belle-fille. Le premier ne pouvait en effet plus accomplir que de très petites tâches au sein du ménage, en raison de son état de santé ; il avait d'ailleurs été au bénéfice d'une rente AI complète depuis le 1<sup>er</sup> juin 2000 avant d'être à la retraite. Par ailleurs, ni son fils, ni sa belle-fille ne vivaient avec elle ; ils travaillaient tous deux et ne pouvaient l'aider que très épisodiquement. Son invalidité dans la sphère ménagère était donc en tous les cas manifestement supérieure à 50% ; elle était ainsi invalide à plus de 70% et en tous les cas à 60% minimum, ce qui devrait lui donner au moins droit à un trois quarts de rente.
18. Le 28 octobre 2010, l'assurée a transmis à l'OAI, par l'intermédiaire de son conseil, un rapport du 20 octobre 2010 de la Dresse O\_\_\_\_\_, dans lequel cette dernière indiquait que deux traitements antidépresseurs successifs n'avaient pas abouti à une rémission de l'état dépressif, ni des comorbidités, et que seule une légère amélioration était survenue, sans aucune progression vers une réelle rémission. Sa patiente restait très triste, pleurait facilement, présentait une fatigue importante, une

grande irritabilité, et un retrait social, avait un sommeil très léger et haché par la présence des douleurs qui la réveillaient, et souffrait également de troubles de l'appétit, ne mangeant quasi rien par périodes, ou trop. Ses douleurs participaient au maintien de l'état dépressif en la privant de son travail et en lui amenant d'importants troubles du sommeil. L'assurée ne pouvait plus avoir d'activité professionnelle de par son affection psychiatrique, son état dépressif étant sévère, résistant aux médicaments et devenu chronique. Le pronostic était assez sombre, car l'état de l'assurée était trop chronique à ce stade pour espérer une amélioration notoire.

19. Le 15 novembre 2010, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2010 et a persisté dans ses conclusions. Le médecin avait relevé que son état de santé allait en s'aggravant de jour en jour, tant sur le plan physique que psychique, et ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit tant qu'il n'y aurait pas une stabilisation sur le plan physique et psychique. Il y avait une contre-indication pour la prise de charges lourdes et les mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux à responsabilité. Le taux d'invalidité était de 100% et le pronostic restait mauvais.
20. Dans son rapport du 4 janvier 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ a persisté dans les conclusions du rapport SMR du 19 janvier 2010, considérant que les documents produits par l'assurée ne contenaient pas d'éléments objectifs nouveaux ou susceptibles de modifier ces dernières.
21. Par décision du 15 juillet 2011, l'OAI a confirmé son projet du 13 août 2010, le SMR ayant considéré que la lecture des nouveaux éléments fournis ne permettait pas de modifier ses conclusions des 28 octobre 2009 et 4 décembre 2009.
22. L'assurée a interjeté recours en date du 2 septembre 2011, concluant préalablement à l'audition des Dresses C\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, à la mise en place d'une expertise médicale pluridisciplinaire rhumato-psychiatrique et, sur le fond, à l'annulation de la décision de l'intimé du 15 juillet 2011 et à l'octroi, au minimum, d'un trois quarts de rente AI. Elle a rappelé ses arguments antérieurs et précisé que les rapports du SMR étaient en contradiction avec ceux de ses médecins traitants et celui de l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG. Quant au rapport d'enquête ménagère, il minimisait de manière excessive ses handicaps, était erroné dans la mesure où il mentionnait qu'elle ne suivait pas de psychothérapie et n'avait pas du tout tenu compte de son état psychiatrique. De plus, elle ne pouvait être aidée que de manière épisodique par les membres de sa famille, son fils et son épouse travaillant tous deux et son compagnon ayant été pendant longtemps au bénéfice d'une rente AI complète avant d'être à la retraite. C'était donc à tort que son empêchement avait été estimé à 10%, son invalidité dans ce domaine dépassant certainement 60%. Par ailleurs, en raison de ses pathologies, notamment dorsales et

cervicales, et en raison de son état dépressif qui s'aggravait sans cesse au point d'être devenu chronique, elle était pratiquement incapable de toute activité.

23. Dans sa réponse du 21 septembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est rallié intégralement aux avis médicaux du SMR et s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise, arguant que le dossier contenait suffisamment d'indications médicales fiables que les arguments de la recourante ne pouvaient mettre en doute. Par ailleurs, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la recourante remplissait toutes les exigences de la jurisprudence. Elle avait été faite par une personne spécialisée dans ce genre d'examen, qui avait développé de manière circonstanciée les différentes rubriques faisant partie de son mandat. L'évaluation, par l'enquêtrice, de l'empêchement rencontré par la recourante dans l'accomplissement des tâches du ménage se fondait sur les déclarations de cette dernière. Par ailleurs, l'enquêtrice avait préalablement pris connaissance de l'entier du dossier médical de la recourante, de sorte qu'elle avait tenu compte de son état de santé tant physique que psychique.
24. Entendue le 12 octobre 2011, la recourante a expliqué avoir travaillé à 100% jusqu'à la naissance de son deuxième fils, en 2000, puis avoir diminué son activité à 50% pour des raisons de santé. Elle a poursuivi son activité à ce taux jusqu'en 2007, date à laquelle elle s'est inscrite au chômage. Elle recherchait alors un emploi à 100%. Elle ne contestait pas formellement son statut de ménagère mixte, bien qu'il pût être contestable. A cette occasion, elle a produit une attestation du docteur V\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie du 28 septembre 2011, selon lequel elle présentait un asthme permanent, diagnostiqué depuis 1993. Le traitement consistait en un bêta-2 stimulant à longue durée d'action et un corticoïde par voie d'inhalation. Les fonctions pulmonaires avaient toujours été normales. La recourante présentait de manière récurrente des épisodes de toux et de dyspnée invalidants. L'asthme était majoré par un syndrome post-nasal (écoulement nasal postérieur) et un probable reflux gastro-oesophagien.
25. A la demande de la chambre de céans, l'intimé a produit en date du 24 octobre 2011 un avis du SMR expliquant qu'ils avaient retenu le mois de juillet 2009 comme période de début de l'amélioration de l'état de santé de la recourante en raison du fait que le rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2009 ne permettait pas de diagnostiquer une dépression résistante, ni sur le plan médical, ni sur le plan scientifique, et que n'ayant pas de document médical pour poser l'amélioration de l'état de santé auparavant, ils avaient retenu ce document pour poser l'exigibilité entière dans une activité adaptée. Par ailleurs, suite au calcul détaillé du taux d'invalidité, il fallait retenir un degré d'invalidité de 55%. Toutefois, dans la mesure où le droit à la rente prenait naissance au moment où la capacité de travail de la recourante était à nouveau totale dans une activité adaptée, le recours devait être rejeté.

26. Par observations du 17 novembre 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé ses arguments précédents et contesté le statut mixte retenu par l'intimé. Ses revenus, tels qu'ils ressortaient des CI (qui concernaient uniquement les revenus déclarés par ses employeurs), correspondaient davantage à une activité complète pour une femme de ménage qu'à une activité à mi-temps, compte tenu du fait que les tarifs horaires pour son activité oscillaient entre CHF 17,85 et CHF 20.-. Pour recevoir un salaire de CHF 29'000.- à CHF 30'000.-, soit environ CHF 2'500.- par mois, elle travaillait en réalité environ 30 heures par semaine et n'avait en tout cas pas le statut d'une femme au foyer à 50%. Il était donc contestable que l'intimé ait retenu un statut mixte alors « qu'on se [trouvait] beaucoup plus proche d'un statut entièrement professionnel », ce d'autant plus qu'en 2006 et 2007, elle n'était âgée que de 46 ans et que sans les atteintes à sa santé ayant entraîné son incapacité de travail dès le début de l'année 2008, elle aurait poursuivi son activité et cherché à accroître le nombre de ses employeurs. Elle n'avait jamais songé un seul instant à être femme au foyer. De ce fait, son taux d'invalidité devait être déterminé sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Par ailleurs, elle a nié que son état dépressif d'intensité sévère ait été en rémission complète dès le mois de juillet 2009 ; l'intimé n'avait en rien justifié son opinion selon laquelle il aurait disparu pour n'être plus remplacé que par une dysthymie légère à cette période. Si l'on comparait le revenu mensuel qu'elle percevait actuellement (CHF 963.-) à celui qu'elle percevait en 2006 et 2007 (environ CHF 2'500.-), elle aurait en tous les cas droit à un trois-quarts de rente AI, dans la mesure où le calcul aboutissait à un degré d'invalidité de 62.65%.

A l'appui de ses écritures, la recourante a produit un avenant au contrat de travail la liant à la Société J\_\_\_\_\_ SA (ci-après la J\_\_\_\_\_ ) et la fiche de salaire établie par I\_\_\_\_\_ Sàrl pour le mois de juin 2007. Le premier document, daté du 10 janvier 2006, mentionnait que la recourante travaillait 14h par semaine pour un salaire horaire de CHF 17,85 bruts, vacances non comprises. Le second indiquait quant à lui que la recourante avait travaillé 50 heures durant le mois de juin 2007, pour un salaire horaire de CHF 20.- bruts, vacances non comprises. Elle a également produit une décision d'octroi de rente en faveur de son compagnon du 11 septembre 2000 mentionnant un degré d'invalidité de 100%, ainsi qu'un rapport de sortie de la Clinique de réadaptation de Bellikon du 28 janvier 1998 le concernant qui mentionnait qu'il pouvait manipuler jusqu'à 10-15 kg au maximum en fonction du type de charge. Les travaux au-dessus du plan de la tête étaient impossibles.

27. Dans sa réponse du 29 novembre 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

28. Par courrier du 5 juin 2012, la chambre de céans a prié la recourante de produire le contrat de travail l'ayant liée à J\_\_\_\_\_, ainsi qu'une copie de tous les autres contrats de travail pour les années 2004 à 2008 compris. Par ordonnance du même jour, elle a ordonné l'apport du dossier de la recourante auprès de l'OCE.

29. L'OCE a communiqué son dossier le 8 juin 2012. Parmi les documents se trouvait la confirmation de réinscription de l'assurée du 8 avril 2009 dans laquelle il était notamment indiqué « activité recherchée : nettoyeuse de locaux » et, dans la même section, « temps de travail : à plein temps, 100% ».
30. Le 28 juin 2012, la recourante a produit le contrat de base du 8 décembre 2005 qui la liait à J\_\_\_\_\_, selon lequel la durée hebdomadaire du travail s'élevait à quatre heures. S'agissant des autres contrats entre 2004 et 2007, la recourante déclarait ne pas en avoir reçu.
31. Le 10 juillet 2012, l'intimé a relevé que vu que les CI de la recourante révélaient qu'elle n'avait jamais travaillé à temps complet, qu'elle avait indiqué dans son CV être disponible à travailler à 50%, que le contrat de travail la liant à J\_\_\_\_\_ prévoyait une durée de travail hebdomadaire de quatre heures, et qu'aucune pièce au dossier ne démontrait qu'elle avait effectué des recherches d'emploi pour augmenter son taux de travail, il apparaissait vraisemblable, de façon prépondérante, qu'elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative à temps plein si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En outre, la recourante avait déclaré, lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 12 octobre 2011, ne pas contester formellement le statut de ménagère mixte.
32. Le 26 juillet 2012, sous la plume de son conseil, la recourante a persisté dans sa position, et a rappelé que les CI ne faisaient état que des salaires déclarés alors que dans ce type d'activité, il arrivait souvent que certains employeurs ne déclarent pas leur employé à l'assurance-vieillesse et survivants. Elle a fait valoir qu'elle travaillait au moins trente heures par semaine sur la base des CI. Si elle n'avait pas, en raison de son état de santé, dû cesser son activité à fin 2007, en tous les cas partiellement, elle aurait très certainement augmenté le plus possible son temps de travail et aurait recherché de nouveaux employeurs. Elle n'avait en effet que 47 ans à l'époque et son fils était âgé de sept ans ; il ne nécessitait plus qu'elle s'en occupe autant que précédemment, de sorte qu'il n'y avait pas de motif pour lequel elle n'aurait travaillé qu'à 50%, alors que tout démontrait qu'elle aurait toujours recherché à augmenter ses revenus. Elle devait dès lors être considérée comme une personne active.
33. Par ordonnance du 31 juillet 2012, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique et a mandaté les docteurs W\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et X\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a considéré qu'il était en effet indispensable de clarifier la situation médicale de la recourante dans la mesure où, sur le plan psychiatrique, tant le diagnostic retenu par le psychiatre traitant, que l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, divergeaient totalement de ceux du médecin du SMR. Il en allait de même sur le plan somatique s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, étant précisé que le diagnostic

du médecin traitant et celui du SMR se recoupaient en grande partie. Par ailleurs, le rapport des médecins du SMR n'était pas suffisamment motivé et contenait des contradictions. Enfin, aucun des médecins ne s'était prononcé sur la question de savoir si un effort de volonté pouvait être exigé de la recourante, et aucune motivation n'avait été apportée par le médecin du SMR sur les réponses données aux questions qui se posaient afin de déterminer, sur la base de la jurisprudence, si la fibromyalgie dont serait atteinte la recourante devait, ou non être considérée comme invalidante. La chambre de céans a également précisé que la recourante ne pourrait tirer aucun argument du certificat médical établi par le Dr V\_\_\_\_, dans la mesure où il ne se prononçait pas sur sa capacité de travail, et où il avait fait état d'un asthme accompagné de fonctions pulmonaires normales, ce qui correspondait uniquement à un asthme intermittent, soit la forme d'asthme la moins sévère, ou, le cas échéant, un asthme persistant léger. En outre, vu la légèreté de son affection et conformément à l'avis du SMR du 17 octobre 2011, la recourante ne présenterait plus d'asthme avec un traitement adéquat de l'écoulement postérieur et du probable reflux gastro-oesophagien.

34. Par courrier du 24 septembre 2013, la chambre de céans a fixé un délai au 31 octobre 2013 aux experts pour déposer leur rapport.
35. Les Drs W\_\_\_\_ et X\_\_\_\_ ont rendu leur rapport d'expertise le 16 octobre 2013. Ils ont retenu, sur le plan rhumatologique, les diagnostics de rachialgies dorso-lombaires non spécifiques (M. 55) intriquées avec des rachialgies psychogènes, alias syndrome somatoforme douloureux persistant, sans éléments spécifiques pour un tableau clinique de fibromyalgie (F.45.4), et sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.11 ; au moins depuis 2008) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4 ; au moins depuis 2008).

A l'anamnèse, les experts ont relevé que la recourante, née au Portugal, s'était mariée à un homme qui la maltraitait physiquement et psychologiquement, dont elle avait divorcé. Alors que son fils, né le \_\_\_\_\_ 1985 de cette union, n'avait que quelques mois, elle l'avait confié à ses parents et était venue à Genève où elle avait une cousine. Elle avait été, des années durant, employée de maison chez des particuliers qui la logeaient. En 1992, elle avait rencontré son ex-compagnon. Plus ou moins satisfaisante au début, cette relation s'était dégradée après l'accident de travail subi par ce dernier, manœuvre dans le bâtiment. Son caractère et son comportement auraient alors changé : il la délaissait, la trompait, l'insultait, la frappait parfois – elle avait fait constater des marques de coups -, et il ne s'occupait pas de leur enfant, né le \_\_\_\_\_ 2000. Elle avait quitté cet homme en fin d'année 2011, après des années de souffrances et de frustrations.

Sur le plan somatique, l'état de santé de la recourante ne s'était ni amélioré ni péjoré depuis 2008. Les résultats des examens cliniques pratiqués indiquaient qu'il

était resté stable, en dehors des effets propres de la sénescence. L'ensemble des traitements, qui avaient été adéquats, n'avait apporté aucune amélioration de l'état de santé global de la recourante. Compte tenu des traitements somatiques déjà entrepris, il n'y avait aucune amélioration à attendre d'une quelconque prise en charge thérapeutique. Il existait des affections corporelles liées à la sénescence (rachialgies, douleurs erratiques), sans rémission durable. Les affections somatiques retenues limitaient la capacité de travail de la recourante dans des travaux lourds (port de charge, efforts en flexion du rachis). L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité précédemment exercée. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques de la recourante était toutefois raisonnablement exigible à 100%. La recourante pourrait exercer une activité sédentaire ne comportant pas d'efforts physiques importants et permettant une alternance de positions (p. ex. classement, réception, gardiennage, etc). Aucune mesure médicale ne permettait raisonnablement de supposer que l'expertisée pût adhérer à une réadaptation professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, l'état dépressif et le syndrome douloureux somatoforme persistant répondaient aux critères diagnostiques de la CIM-10 ou du DSM-IV. En ce sens, ils avaient valeur de maladie. L'état dépressif était d'un degré de gravité moyen. Cliniquement, il se manifestait par les symptômes suivants : abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, fatigue et manque d'énergie, perte de l'élan vital, diminution de la concentration et de l'attention, perte de confiance en soi, idées de culpabilité, attitude pessimiste, troubles du sommeil et de l'appétit, parfois idées de mort. Certains de ces symptômes (sentiment de culpabilité et d'insuffisance, manque d'estime de soi) étaient présents de longue date et révélaient des aléas du développement psychoaffectif de l'expertisée et d'évènements de vie adverses. L'état dépressif constituait une comorbidité psychiatrique. La symptomatologie allait au-delà du sentiment de détresse habituellement associé au syndrome douloureux somatoforme persistant, en raison de la nature et de la diversité des symptômes spécifiquement dépressifs. Cet état dépressif était lié aux traumatismes développementaux, à l'adversité et aux épreuves rencontrées (échecs sentimentaux, maltraitements physiques répétées), ainsi qu'à un deuil difficile. Il était aggravé et pérennisé par l'état douloureux.

Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. L'expertisée avait un soutien familial (celui de son fils aîné) et elle avait conservé des relations sociales et amicales avec des compatriotes, dont certaines l'ont aidée quand elle s'était trouvée sans logement. L'expertisée avait avec sa mère une relation fusionnelle marquée par une forte identification. Elle n'avait jamais résolu le conflit psychique né du choix qu'elle avait fait de quitter son pays en confiant son fils à ses parents. Elle en avait conçu un sentiment de culpabilité qui l'accablait et empêchait l'élaboration du deuil. Associé à d'autres facteurs (douleurs, solitude affective), ce deuil difficile avait contribué à transformer une dysthymie en dépression chronique. De plus, la rigidité du fonctionnement mental de l'expertisée empêchait toute évolution et la

maintenait figée, sans espoir de changement, dans une représentation catastrophiste de son état de santé physique.

En ce qui concernait l'état dépressif, on ne pouvait affirmer que l'expertisée suive un traitement médicamenteux adéquat. La recourante prenait le même antidépresseur (Cymbalta®) depuis des années sans que son état clinique en eût été amélioré, de son point de vue aussi bien que de l'avis de ses médecins traitants. Elle avait le sentiment que ce médicament ne lui était d'aucune utilité et elle avait admis qu'elle le prenait désormais irrégulièrement. Dès lors, l'introduction d'autres antidépresseurs se justifiait. Ces considérations restaient toutefois théoriques. En effet, le contexte global de l'expertisée n'incitait pas à l'optimisme thérapeutique du fait de l'existence de facteurs contribuant à pérenniser la dépression (douleurs, solitude affective, faibles capacités d'élaboration psychique, etc). La dépression était très probablement réfractaire au traitement, mais elle ne pouvait être formellement qualifiée de résistante dans la mesure où l'observance du traitement (ou l'existence de particularités métaboliques) n'avait pas été contrôlé par des mesures du taux plasmatique des antidépresseurs.

Durant les entretiens, le Dr X\_\_\_\_\_ n'avait pas noté de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé. Les ressources psychiques étaient très limitées et l'expertisée semblait incapable de surmonter ses douleurs par un effort de volonté, laquelle était réduite par l'état dépressif. Aucune amélioration n'était à attendre à court terme. A moyen terme (quelques mois), un autre médicament antidépresseur, éventuellement combiné à différents agents psychotropes (augmentation), pourrait apporter une amélioration clinique. Cette attitude thérapeutique se justifiait sur le plan théorique mais il était très peu probable que ces mesures permettent d'améliorer la capacité de travail. Les données anamnestiques disponibles laissaient à penser que l'état de santé psychique de la recourante était stationnaire depuis 2008. Les limitations fonctionnelles de la recourante étaient dues aux douleurs et à leurs répercussions psychiques, à la fatigabilité et au manque d'énergie, à la baisse de l'élan vital, aux troubles mnésiques et de la concentration, à la perte de confiance en soi, à un sentiment d'impuissance et de résignation, à une appréhension pessimiste et catastrophique de l'avenir. Les troubles psychiatriques réduisaient la capacité de travail de l'expertisée dans l'activité précédemment exercée. Une activité adaptée, compatible avec les limitations dues aux douleurs et aux céphalées, était du point de vue psychiatrique raisonnablement exigible à un taux de 50%.

Une réadaptation professionnelle, même dans une activité compatible avec l'état douloureux, était vouée à l'échec en raison des troubles psychiatriques et du fonctionnement psychique de l'expertisée (perte de l'élan vital, état d'abattement moral, vision catastrophiste de l'avenir, représentation de soi comme impuissante et incapable, perte de motivation, diminution de la concentration, difficultés

mnésiques, etc.). Le pronostic était à tous points de vue (état clinique, capacité de travail) très réservé.

L'expert psychiatre ne partageait pas l'avis des Dresses O\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, tant en ce qui concerne le diagnostic que l'évaluation de la capacité de travail. L'expert a expliqué que l'examen clinique et les données subjectives recueillies conduisaient à diagnostiquer un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Si le qualificatif « sévère » utilisé par la Dresse O\_\_\_\_\_ pour caractériser la dépression de sa patiente paraissait excessif au regard du tableau clinique constaté, le diagnostic de dysthymie retenu par la Dresse T\_\_\_\_\_ ne rendait pas compte de la nature, du nombre et de l'importance des symptômes dépressifs présentés par l'expertisée lors des entretiens. Par ailleurs, le Dr X\_\_\_\_\_ ne confirmait pas l'existence d'une « structure de personnalité émotionnellement labile » évoquée par la Dresse T\_\_\_\_\_, dont il ne voyait pas sur quelles constatations cliniques elle reposait. Les désaccords quant au diagnostic, c'est-à-dire quant à la nature, au degré de sévérité et aux conséquences de l'ensemble de la symptomatologie (dépressive et douloureuse) étaient évidemment à l'origine des divergences dans l'appréciation de la capacité de travail de l'expertisée.

Dans leur appréciation consensuelle du cas, les experts sont parvenus à la conclusion que l'état somatique et psychique de la recourante ne s'était pas modifié de façon majeure depuis 2008, que les limitations fonctionnelles étaient dues aux douleurs erratiques et diffuses (rachialgies dorsolombaires et douleurs psychogènes) ainsi qu'aux divers symptômes psychiatriques et que les troubles somatiques et psychiques constatés empêchaient la recourante d'exercer une activité de femme de ménage, type d'activité qui n'était pas exigible. Une activité lucrative était raisonnablement exigible du point de vue somatique et psychique ; elle devait être légère du fait des limitations somatiques (pas de port de charges lourdes, pas de positions longtemps maintenues) et ne pouvait dépasser un taux de 50% en raison des troubles psychiatriques. Enfin, des mesures de réadaptation seraient très probablement vouées à l'échec en raison du contexte somato-psychique de la recourante.

36. Dans ses conclusions après expertise du 6 novembre 2013, l'intimé a relevé que le consilium entre les experts avait eu lieu plus de six mois après les examens cliniques et qu'il était pour le moins étonnant que les experts pussent discuter de manière fiable sur un tel cas après un délai aussi long. Cet élément de nature formelle pouvait amoindrir la valeur probante de l'expertise dans son ensemble. En tout état de cause, les conclusions de l'expertise ne changeaient en rien les siennes. En effet, le degré d'invalidité avait été déterminé sur la base d'un statut mixte, soit 50% active et 50% ménagère. L'expertise confirmait que la recourante était en mesure de travailler à un taux de 50% dans une activité adaptée. Dès lors, le calcul du degré d'invalidité, prenant justement en considération ce taux d'activité, était correct.

37. Par écriture du 7 novembre 2013, la recourante a rappelé préalablement que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait augmenté son temps de travail progressivement, probablement jusqu'à un plein temps, du moment que son fils cadet était âgé de 13 ans, qu'elle avait déménagé à fin 2012 après s'être séparée de son compagnon et qu'elle n'aurait eu aucune raison de ne pas augmenter son temps de travail. Pour le surplus, elle a fait valoir que les activités suggérées par le Dr W \_\_\_\_\_ étaient irréalistes. L'activité de « classement » n'existait pratiquement pas sur le marché du travail et nécessitait des mouvements répétitifs du rachis, des bras, des épaules et des mains et serait totalement exclue pour la recourante. L'activité de « réception » était elle aussi très générale et imprécise. S'il s'agissait de réception dans un établissement ou un cabinet, elle nécessiterait au minimum une formation scolaire, qu'elle n'avait pas eue, ayant dû quitter l'école à l'âge de 13 ans et n'ayant jamais effectué que des travaux agricoles et de ménage par la suite. L'activité de « gardiennage », pour autant qu'elle existât, était totalement inimaginable pour la recourante du moment qu'elle nécessitait de l'énergie, une bonne santé physique et la possibilité de se maintenir fréquemment en position debout prolongée. Au vu du rapport d'observation des ateliers de réadaptation professionnelle des HUG, une activité, même à 50%, était exclue et seule celle en atelier protégé paraîtrait adaptée. Son activité actuelle était de très loin la plus adéquate pour elle. Le montant de CHF 936.- devait être admis comme correspondant à son salaire avec invalidité, dans la mesure où elle ne gagnerait même pas autant en atelier protégé. S'agissant du revenu sans invalidité, il fallait retenir le montant mensuel minimum de CHF 3'500.-, soit le salaire qu'elle percevait lorsqu'elle travaillait à plein temps. La comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 73% donnant droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009.

38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

---

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (56ss LPGA : art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité, et, plus particulièrement, sur le calcul du degré d'invalidité.
6. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle

entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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<sup>er</sup> LPGA).

b) 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).

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 *lege artis* 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 nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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.

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<sup>e</sup> 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 et les références citées).

c) En vertu de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente dès qu'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

7. 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).

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).

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 351 consid. 3b/aa et les références).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la

---

santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

8. Dans le domaine des assurances sociales, quand bien même la procédure est régie par le principe inquisitoire, sa portée est limitée par le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. En effet, si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas pour autant du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait en déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATFA non publié I 294/02 du 20 novembre 2002; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. a) En l'espèce, au vu des divergences essentielles ressortant des rapports médicaux des médecins traitants et ceux des médecins du SMR, tant du point de vue des diagnostics que de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire bidisciplinaire rhumatopsychiatrique.

La chambre de céans relève que l'expertise a été réalisée sur la base du dossier complet de la recourante, d'examens cliniques et d'entretiens avec cette dernière. Elle comporte une anamnèse détaillée tant d'un point de vue rhumatologique que psychiatrique, une description du résultat des examens cliniques réalisés par les experts, une description des plaintes de la recourante suivie des constatations objectives desdits experts, une description détaillée des limitations fonctionnelles, des diagnostics précis, des réponses claires et motivées aux questions posées par la chambre de céans et ce, pour chaque volet de l'expertise et pour l'approche consensuelle. L'expert-psychiatre a par ailleurs dûment expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation tant de la psychiatre de la recourante que du médecin du SMR s'agissant du diagnostic et de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. Enfin, les experts ont procédé à un consilium, tel que requis par la chambre de céans. Il s'ensuit que ledit rapport doit se voir reconnaître a priori pleine valeur probante.

Dans un premier grief, l'intimé objecte que le consilium entre les experts a eu lieu plus de six mois après les examens cliniques et que cet élément de nature formelle pourrait amoindrir la valeur probante de l'expertise dans son ensemble. Or, en réalité, à la lecture du rapport, il apparaît que l'appréciation consensuelle du cas de la recourante allie les conclusions individuelles préalables des experts. L'intimé ne motive d'ailleurs pas en quoi le délai susmentionné aurait amoindri la pertinence de ladite appréciation. En tout état de cause, l'intimé ne conteste pas la valeur probante de l'expertise rhumatopsychiatrique pour le surplus.

Quant à la recourante, bien qu'elle considère que les activités adaptées suggérées par les experts sont irréalistes vu son état de santé, elle ne conteste pas non plus la valeur probante de l'expertise, concluant que sa capacité résiduelle de travail doit être appréciée sur la base des avis consensuels des experts.

- b) Il reste à examiner si les conclusions des experts quant à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante peuvent être suivies.

La chambre de céans relève en premier lieu que les conclusions des experts et celles du SMR concordent, en ce sens que la recourante est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, depuis 2008. Il en va de même d'un point de vue rhumatologique, s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée ; en effet, aussi bien l'expert que le SMR ont conclu que la recourante avait une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis 2008 également.

Leurs positions divergent en revanche d'un point de vue psychiatrique, dans la mesure où le SMR a admis une incapacité de travail totale, dès avril 2008, puis a conclu que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès juillet 2009, alors que l'expert-psychiatre a considéré que la recourante n'avait qu'une capacité de 50%, dès 2008. Il sera souligné préalablement que ni l'intimé, ni la recourante, n'ont contesté la capacité de travail retenue par les experts, pas plus que le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par l'expert-psychiatre.

L'expert-psychiatre a considéré que la recourante avait des ressources psychiques très limitées, qu'elle semblait incapable de surmonter ses douleurs par un effort de volonté, laquelle était réduite par l'état dépressif. La symptomatologie dépressive présentée par la recourante allait au-delà du sentiment de détresse habituellement associé au syndrome somatoforme douloureux persistant, en raison de la nature et la diversité des symptômes spécifiquement dépressifs.

La jurisprudence a déjà eu l'occasion de juger que le diagnostic d' « épisode dépressif moyen sans syndrome somatique » ne suffisait pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence (Arrêt du Tribunal fédéral du 13 juillet 2005, consid. 5.1). Néanmoins, au vu du dossier, et ainsi que l'a relevé l'expert, l'état dépressif de la recourante est lié aux traumatismes développementaux, à l'adversité et aux épreuves rencontrées (échecs sentimentaux, maltraitances physiques répétées), ainsi qu'à un deuil difficile. Il n'est pas une réaction à l'état douloureux mais est aggravé et pérennisé par ce dernier. En effet, sur la base du dossier, il apparaît que la symptomatologie dépressive est apparue chez la recourante préalablement aux douleurs (rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2009 et rapport du SMR du 5 janvier 2010), même si son intensité semble avoir fluctué au rythme des événements qui ont marqué la vie de la recourante (à cet égard, il faut rappeler que le SMR ne conteste pas, dans le rapport susmentionné, que la recourante ait souffert, en tout cas durant une certaine période, d'un épisode dépressif réactionnel d'intensité sévère suite aux deuils successifs qu'elle a vécus). Partant, il convient d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état dépressif est apparu antérieurement aux douleurs de sorte qu'on ne peut parler d'une affection réactionnelle au syndrome douloureux même s'il n'est, selon l'expert, que d'une intensité moyenne sans syndrome somatique. L'état dépressif apparaît comme une affection autonome et non comme une réaction au trouble somatoforme douloureux. Divers éléments viennent appuyer cette conclusion. Si l'expert n'a pas constaté de repli social, il a toutefois mis en exergue la rigidité du fonctionnement mental de la recourante qui empêche toute évolution et la maintient figée, sans espoir de changement, dans une représentation catastrophiste de son état de santé

---

physique. L'état de santé physique et psychique de la recourante n'a pas évolué depuis 2008. Enfin, l'expert-psychiatre n'a pas noté de discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé. C'est donc à juste titre que l'expert-psychiatre a pris en considération les troubles psychiatriques (état dépressif moyen sans syndrome somatique et trouble somatoforme douloureux) dans leur ensemble lors de son appréciation de la capacité de travail de la recourante.

La chambre de céans se rallie ainsi à l'avis des experts - dont le rapport revêt pleine valeur probante - , en ce sens que la recourante est, depuis 2008, totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. Toutefois, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, si elle présente une pleine capacité de travail du point de vue rhumatologique, sa capacité de travail n'est que de 50% pour des raisons psychiatriques depuis 2008 également.

10. Pour évaluer de degré d'invalidité de la recourante, il sied préalablement de définir quelle méthode d'évaluation il y a lieu de retenir.

En effet, tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (ATFA non publié I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative

---

litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

En l'occurrence, l'intimé a retenu un statut mixte pour la recourante, considérant que la part de l'activité professionnelle et celle des travaux habituels s'élevaient à 50% chacune, affirmant que « sans l'atteinte à la santé, [l'] assurée travaillerait par choix personnel à 50% seulement ». La chambre de céans relève toutefois que cette mention, figurant dans le calcul du degré d'invalidité fait par l'intimé le 30 avril 2010, n'est accompagnée d'aucune motivation ou explication. Par la suite, l'intimé a relevé qu'il apparaissait vraisemblable que la recourante n'aurait pas exercé d'activité lucrative à plein temps si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il se fondait sur le fait que les CI de la recourante révélaient que celle-ci n'avait jamais travaillé à temps complet, qu'elle avait indiqué dans son CV être disponible à travailler à 50%, que le contrat la liant à J\_\_\_\_\_ prévoyait une durée de travail hebdomadaire de quatre heures, qu'aucune pièce au dossier ne démontrait qu'elle avait effectué des recherches d'emploi pour augmenter son taux de travail et que le conseil de la recourante avait affirmé, en audience de comparution personnelle, que sa mandante ne contestait pas formellement le statut mixte.

Cela étant, il ressort des éléments du dossier que le CV auquel fait référence l'intimé mentionne un taux d'activité de 100% (mention manuscrite), que lors de l'enquête ménagère, la recourante a affirmé avoir fait des recherches d'emploi à plein temps, que lors de l'audience de comparution personnelle elle a expliqué avoir travaillé à 100% jusqu'à la naissance de son fils en 2000 et avoir réduit son taux d'activité par la suite à 50% pour raisons de santé, et ce, jusqu'en 2007. Elle a également déclaré qu'elle recherchait un emploi à 100% lorsqu'elle s'était inscrite au chômage, élément qui est confirmé par sa fiche de réinscription auprès de l'OCE qui fait également état d'un taux d'activité à 100%. Concernant les CI, il est vrai, comme l'indique la recourante, qu'il arrive fréquemment que les employeurs privés ne déclarent pas leur personnel de maison, ce d'autant plus quand ce dernier n'a pas de permis de séjour/travail, comme c'était son cas avant 2004. On ne peut donc pas se fier uniquement sur ces documents pour exclure une activité à plein temps de cette dernière préalablement à son atteinte à la santé. Par ailleurs, il ressort des revenus déclarés dans les CI et des contrats de travail/fiche de salaire produits que la recourante travaillait en tous les cas à plus de 50% en 2006 et 2007 (les documents précités permettent de constater qu'elle travaillait 14 heures par semaine pour J\_\_\_\_\_ et 12h30 par semaine pour I\_\_\_\_\_ en juin 2007, soit un total de 26h30, hors autres revenus figurant dans les CI). Après sa période de chômage, la recourante a dû requérir l'aide de l'Hospice général, ce qui était toujours le cas à la date du rapport d'expertise. Enfin, contrairement à ce qui ressort de l'enquête ménagère, les revenus de son compagnon n'avaient pas à être compris dans sa

propre situation financière, ce dernier n'ayant aucune obligation légale d'entretien envers elle, étant précisé au surplus qu'il était lui-même au bénéfice d'une rente AI et de l'aide de l'Hospice général. De surcroît, elle vivait une relation difficile avec son compagnon, qui était depuis longtemps infidèle et violent avec elle et la délaissait, relation qui a d'ailleurs pris fin peu après la décision litigieuse, à la fin de l'année 2011 et elle avait dû retrouver un logement.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante aurait travaillé à plein temps sans l'atteinte à sa santé, afin de subvenir à ses besoins et ceux de son fils, vu sa situation financière précaire et du fait que son fils ne nécessitait pas la même attention et présence qu'un enfant en bas âge. Partant, il convient de reconnaître à la recourante le statut de personne active.

11. Il sied à présent de procéder au calcul du degré d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne

valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

Il convient de rappeler à cet égard que la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF

---

123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

12. En l'occurrence, l'intimé s'est référé aux données statistiques ressortant des ESS (tableau TA7 pour le revenu sans invalidité, TA1 pour le revenu avec invalidité). La recourante conteste l'utilisation de ces données, estimant que l'intimé aurait dû se baser sur le salaire qu'elle avait réalisé en 2007 pour fixer le revenu sans invalidité, et sur le salaire qu'elle gagnait en travaillant neuf heures par semaine comme date de compagnie s'agissant du revenu avec invalidité.

En ce qui concerne tout d'abord ce dernier, dans la mesure où il a été admis que la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 50 % dès 2008, force est de conclure que l'activité de dame de compagnie qu'elle exerce à concurrence de neuf heures par semaine ne lui permet pas de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle. Par conséquent, le recours aux données statistiques dans ce cadre et au tableau TA1 est donc pertinent.

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, conformément aux principes jurisprudentiels cités plus haut, dans la mesure où les revenus de la recourante ont été très fluctuants avant son atteinte à la santé, qu'elle a été au chômage à compter du 7 janvier 2008, et qu'elle n'a pas repris une activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, c'est à juste titre que l'intimé a eu recours aux données statistiques pour établir le revenu avec et sans invalidité. Toutefois, l'intimé aurait dû se référer, pour l'établissement de ce revenu également au tableau TA1, et non TA7, niveau de qualification 4 (voir à ce sujet ATAS/288/2014 du 12 mars 2014 ; ATAS/257/2014 du 4 mars 2014). Par conséquent, dans la mesure où les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés sur la base de la même table statistique, le degré d'invalidité de la recourante se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique. Le moment déterminant pour procéder à la comparaison des gains est celui de l'ouverture du droit éventuel à la rente, soit en l'occurrence l'année 2009.

Le revenu à prendre en compte est le salaire mensuel que peuvent réaliser les femmes dans des activités simples et répétitives, sans formation préalable, soit CHF 4'116.- pour 40 heures de travail hebdomadaire (cf. ESS 2008 tableau TA1, niveau 4), adaptée à la durée du travail moyenne des entreprises en 2009 (41.6 heures), soit CHF 4'281.- par mois ou CHF 51'368.-. Indexé à 2009, ce montant s'élève à CHF 52'457.- (51'368 x 2552/2499). En effet, il convient d'admettre que

le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 50% et d'une réduction supplémentaire de 15% - taux retenu par l'intimé dont la chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter -, le revenu d'invalidité s'élève à CHF 22'294.-. Comparé au revenu sans invalidité, le degré d'invalidité de la recourante s'élève à 58%  $[(52'457 - 22'294) / 52'457] \times 100$ , taux ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité dès la survenance de l'invalidité, soit janvier 2009.

La recourante ayant déposé sa demande de prestations le 28 janvier 2009, la demi-rente sera versée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2009, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

13. Au vu de ce de qui précède, le recours sera partiellement admis.
14. La recourante, représentée par un conseil, obtient gain de cause, de sorte qu'une indemnité d'un montant de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03).

Quant aux frais de l'expertise judiciaire, soit CHF 6'446.-, compte tenu du fait que la chambre de céans s'est vue contrainte de l'ordonner en lieu et place de l'autorité administrative au vu des insuffisances manifestes dans l'instruction du dossier, il se justifie de les mettre à la charge de l'intimé (ATF 139 V 496 consid. 4 ; 137 V 210 consid. 4.4.2).

Pour le surplus, étant donné que depuis le 1er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, l'émolument, fixé à CHF 1'000.-, est mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 15 juillet 2011.
3. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire à hauteur de CHF 6'446.-, ainsi qu'un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le