

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3028/2011

ATAS/267/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 mars 2014**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître FAIVRE Jean-Marie

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-  
Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1958, de nationalité turque, a rejoint son mari en Suisse en 1980. Elle est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. Dès 1983, elle a effectué des travaux de nettoyage à B\_\_\_\_\_, puis a travaillé comme auxiliaire de cuisine à C\_\_\_\_\_, et enfin dans des usines. A la naissance de son troisième enfant en 1993, l'intéressée a cessé toute activité lucrative. En 1999, elle a repris une activité de nettoyeuse. Depuis le 11 juin 2001, elle a repris une activité accessoire comme employée d'entretien chez D\_\_\_\_\_ SA, à raison de deux heures par jour.
3. L'intéressée est en incapacité totale de travail depuis le 5 novembre 2001. Elle a reçu des indemnités journalières perte de gain de la Genevoise Assurances.
4. Le 24 juillet 2002, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne, a rendu un rapport d'expertise à la demande du médecin-conseil de la Genevoise Assurances. Il relève que la patiente présentait un état dépressif associé à une fibromyalgie et, depuis quinze ans, des épisodes de symptomatologie abdominale douloureuse mis sur le compte d'un colon spastique. Il existait une hernie discale centrale et para-centrale au niveau L4-L5, sans syndrome radiculaire et un discret tassement de la partie antérieure de L2. Il était d'avis que la patiente présentait également une sinistrose.
5. Elle a déposé en date du 27 septembre 2002 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), visant à l'octroi d'une rente. L'intéressée a déclaré souffrir de problèmes de dos et de hanches depuis une dizaine d'années et de problèmes psychiques depuis le 5 novembre 2001.
6. Le Dr F\_\_\_\_\_, médecin traitant, a adressé un rapport à l'OAI en date du 14 octobre 2002. Il a posé les diagnostics de suspicion de fibromyalgie, d'hernie discale L4-L5, de colon spastique et d'état dépressif. Il a expliqué que depuis son dernier accouchement en 1993, la patiente présentait des douleurs diffuses au niveau cervico-dorso-lombaire accompagnées de sensations d'enflure aux genoux et aux hanches. Elle souffre d'insomnie, de fatigue, d'irritabilité et d'anxiété. Les points de fibromyalgie sont positifs, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 5 novembre 2001, dans toute activité. Depuis six mois, l'état algique se péjorait.
7. Dans un rapport du 24 juin 2003 à l'attention de l'OAI, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics suivants : troubles de l'humeur organique F 06.3, difficultés liées à l'acculturation Z60.3 et analphabétisme. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 5 novembre 2001. Répondant au questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que les particularités comportementales de nature sociale et culturelle influençaient grandement l'affection actuelle.

8. Le 20 octobre 2003, le service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a rendu un rapport médical à la suite d'une IRM dorsolombaire et d'un ENMG en relevant que la composante dorsale de la douleur qui semble le plus gêner la patiente est probablement liée à la maladie de Scheuermann, il n'est pas exclu que la composante lombaire associée à cette douleur radiculaire à droite, puisse être liée à la discopathie L4-L5 qui pourrait engendrer une instabilité responsable des douleurs lombaires mécaniques.
9. Le 3 décembre 2003, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne rhumatologie, a attesté d'un seuil douloureux massivement abaissé avec des dorsalgies, troubles statiques et une composante lombalgique de la discopathie L4-L5.
10. Le Dr I\_\_\_\_\_, médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OAI le 22 janvier 2004. Il a indiqué que la patiente souffrait depuis plusieurs années d'un état douloureux chronique dorso-lombaire d'origine multifactorielle, de fibromyalgie et d'un état dépressif, avec aggravation depuis 4-5 ans, ces diagnostics entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Elle présente encore des troubles métaboliques, sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 5 novembre 2001, dans l'activité de femme de ménage.
11. Sur proposition du Service médical régional AI, SMR LEMAN, l'OAI a mandaté le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour expertise.
12. Du 22 mars au 8 avril 2004, l'assurée a séjourné dans la division de rhumatologie des HUG en raison de dorso-lombalgies. Il est retenu une fibromyalgie exacerbée, un état anxio-dépressif, une hypothyroïdie, une hypercholestérolémie et une probable gastrite au décours.
13. Le Dr J\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 10 mars 2004 et a établi son rapport en date du 17 mars 2004. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, de troubles dégénératifs discrets du rachis, d'une hernie discale D8-D9 et d'une discopathie L4-L5, de séquelle de maladie de Scheuermann, d'une hypothyroïdie substituée, d'hypercholestérolémie et d'obésité. Dans son appréciation du cas, il relève que l'examen clinique est parasité par de nombreux signes comportementaux alliant une exagération verbale et une projection non anatomique de la douleur; il est cependant relativement rassurant, sans limitations fonctionnelles objectivables, ni signes inflammatoires. L'examen neurologique est normal, l'EMG pratiqué chez le Dr K\_\_\_\_\_ le 23 septembre 2003 a permis d'exclure un trouble neurologique. Le neurologue a conseillé une prise en charge multidisciplinaire par la consultation de la douleur des Hôpitaux universitaires genevois (HUG). Les radiographies mettent en évidence une diminution de l'espace inter-somatique en L5-S1 avec une discrète spondylarthrose postérieure, l'IRM dorsolombaire de septembre 2003 révèle la présence d'une petite hernie discale paramédiane gauche, une plus large protrusion discale médiane L4-L5 et des séquelles de maladie de Scheuermann, découverte fortuitement. En effet, une

---

corrélation entre cette maladie et des rachialgies chroniques n'a jamais pu être clairement démontrée. L'examen clinique et para-clinique ne permettent pas d'expliquer la globalité des symptômes douloureux de l'assurée, ni leur intensité. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est de 75 % d'une pleine activité de nettoyeuse. Dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière. Le pronostic est réservé, compte tenu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse. L'expert a relevé que du point de vue psychique, l'anamnèse et l'examen clinique étaient évocateurs d'une comorbidité psychologique pour laquelle il laissait le soin à l'OAI d'apprécier s'il était nécessaire de présenter l'assurée à un spécialiste.

14. A la demande de l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie – psychothérapie, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 3 septembre 2004, l'expert relève que l'assurée se plaint de douleurs de dos liées à ses hernies discales, de gastrite associée à des nausées et des maux de ventre diffus et de dépression. Elle dit être incapable d'effectuer la plupart des activités ordinaires dans un ménage; l'ensemble de ces activités est assuré par ses belles-filles et ses fils. Son sommeil est très perturbé, elle effectue des va-et-vient entre l'intérieur et l'extérieur, accompagnée de son mari, son appétit est décrit comme mauvais. Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique, car en réalité elle n'a vu le Dr G\_\_\_\_\_ que trois à quatre fois et n'a plus voulu y retourner; elle n'y voyait plus d'utilité, car il n'a pas pu l'aider. Elle estime que sa capacité de travail est de 0 % dans toute activité. Lors des constatations cliniques, l'expert mentionne qu'un premier entretien s'est déroulé sans interprète, l'assurée lui ayant téléphoné pour dire qu'elle se débrouillait très bien elle-même. En réalité, l'assurée a montré une capacité de compréhension et d'expression dans la moyenne inférieure pour le français et en raison des renseignements très superficiels obtenus, un deuxième entretien a eu lieu en présence d'un interprète. Cependant, l'interprète doit souvent intervenir, corriger, reprendre et demander à l'assurée de revenir sur la question, de donner des précisions; l'entretien a pris une allure compliquée et à la limite du pénible. L'expert s'est dit frappé d'entrée par une coquetterie de présentation, elle vient au cabinet et en repart d'un pas énergique, tonique, sans aucun signe de handicap. La capacité d'attention, l'éveil et la concentration sont maintenus pendant les deux heures d'entretien. Elle ne présente aucune particularité susceptible d'étayer une quelconque psychopathologie, il n'y pas de problématique psychotique, ni de trouble de la personnalité, elle n'est pas dépressive. Selon l'expert, si un état dépressif avait existé auparavant, il faut déduire qu'il est compensé d'une manière très positive et il se trouvait plutôt devant une personne qui s'est fixée dans un rôle de malade, avec forte exagération et incohérences multiples. En conclusion, il a posé le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales, n'engendrant aucune limitation sur la capacité de travail.

15. Par décision du 11 janvier 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée, au motif que sa fibromyalgie sans comorbidité psychique n'est pas invalidante au sens de la loi.
16. Le 3 février 2005, FORUM SANTE a formé opposition au nom et pour le compte de l'assurée. Il a joint un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2005, mentionnant un état dépressif chronique. Dans ses conclusions complémentaires du 10 mars 2005, l'intéressée a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
17. Par courrier du 13 avril 2005, l'intéressée a remis à l'OAI un rapport établi le 25 mars 2005 par le Dr I\_\_\_\_\_, dans lequel il se réfère au rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2003 décrivant une mobilité limitée.
18. Le 25 mai 2005, une ENM montre un syndrome du canal carpien bilatéral.
19. Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2005, l'OAI a rejeté l'opposition, se référant à l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_.
20. L'assurée, représentée par Me Jean-Marie FAIVRE, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (A/2339/2005) en date du 4 juillet 2005. Relevant les divergences entre les experts et les autres médecins qu'elle a consultés, elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'au moins 50 %, conditionnée à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle ou de reclassement. Elle a sollicité un délai pour compléter son recours, mais n'a pas déposé d'autres conclusions dans le délai qui lui a été imparti.
21. Dans sa réponse du 17 février 2006, l'OAI propose le rejet du recours, se référant aux rapports et conclusions des experts.
22. Par arrêt du 7 juin 2006 (ATAS/559/2006), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours en se fondant sur les expertises des Dr M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.
23. Du 13 au 16 juin 2006, l'assurée a séjourné dans le service de psychiatrie adulte des HUG en raison d'une aggravation de sa symptomatologie dépressive avec symptômes psychotiques.
24. Du 28 juin au 21 juillet 2006, l'assurée a séjourné en entrée non volontaire au service de psychiatrie adulte secteur 2 - jonction des HUG en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode de dépression sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur F33.30; fibromyalgie; hypothyroïdie substituée.

Il s'agissait d'une décompensation psychotique sans rupture du traitement médicamenteux.

Le rapport relève que "les symptômes psychotiques dans la forme des hallucinations auditives et visuelles sont au premier plan sur un fond de perplexité, de thymie triste et fonctionnement global déficient. Pour cette raison, nous changeons Zyprexa par Risperdal, sans changement clinique. La patiente présente,

par ailleurs une labilité de l'humeur avec une impulsivité. Nous faisons l'hypothèse d'un état affectif mixte et nous introduisons de la valproate à la place du traitement antidépresseur. Suite à ce traitement la patiente se sent plus posée, moins anxieuse, les hallucinations sont toujours présentes mais de moindre intensité. Les douleurs persistent telles qu'elles sont depuis une vingtaine d'années. A plusieurs reprises, un massage avec une crème hydratante a permis de les soulager rapidement. Une des hypothèses concernant l'aggravation récente de troubles de Mme A\_\_\_\_\_".

25. Le 29 août 2006, la Dresse O\_\_\_\_\_ du service de psychiatrie adulte - CTB Jonction, a attesté que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 28 juillet 2006.
26. Le 8 septembre 2006, l'unité d'accueil et d'urgence psychiatrique a reçu la patiente en consultation. Le rapport de l'unité relève que "la patiente présente un trouble dépressif sévère avec des éléments psychotiques. Ces derniers étaient présents à la sortie du CTB il y a quelques semaines et ne montrent pas d'aggravation actuellement. La patiente critique les hallucinations et leur contenu. Elle s'engage fermement à ne pas passer à l'acte. La famille est très présente et adéquate pour réagir si l'état psychiatrique de la patiente s'aggrave. La patiente ne demande par ailleurs pas de prise en charge psychiatrique supplémentaire; elle est actuellement suivie à la consultation jonction. Dans ce contexte, il n'y a actuellement pas de nécessité de prise en charge psychiatrique en milieu hospitalier. Si la patiente en ressent le besoin, elle peut consulter pour organiser une nouvelle prise en charge CTB".
27. Le 6 octobre 2006, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en mentionnant un état douloureux chronique dorsolombaire d'origine multifactorielle, fibromyalgie, état dépressif, atteinte à sa santé psychique, notamment trouble dépressif sévère avec des éléments psychotiques, atteinte existant depuis 1982 avec une nette aggravation depuis trois-quatre mois.
28. Le 31 octobre 2006, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OAI, a estimé que le diagnostic invoqué était effectivement différent de ceux connus antérieurement.
29. Par projet de décision du 2 novembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant qu'il y avait un diagnostic différent de ceux connus antérieurement mais que le délai de carence d'un an n'était pas écoulé, une nouvelle demande devait, en cas de persistance du trouble avec incapacité de travail, être déposée en juin 2007.
30. Le 28 novembre 2006, l'assurée, représentée par son avocat, a écrit à l'OAI que le courrier du Dr I\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2006 devait être compris comme une demande de révision au sens de l'art. 87 du règlement de l'assurance-invalidité (RAI) de sorte qu'un nouveau délai de carence n'était pas applicable.
31. Le 12 avril 2007, l'OAI a confirmé son projet de décision en mentionnant qu'il ne s'agissait pas d'une aggravation de l'état de santé mais d'une nouvelle demande. Une

incapacité de travail était admise depuis juin 2006 de sorte que la demande devrait être déposée en juin 2007.

32. Le 19 avril 2007, l'OAI a rendu une nouvelle décision, annulant celle du 12 avril 2007 mais dont le contenu est identique, avec indication de voies de droit, lesquelles ne figuraient pas sur la décision initiale.
33. Le 23 mai 2007, l'assurée représentée par son avocat, a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 30 septembre 2006. L'OAI devait soit transmettre la demande de prestations d'octobre 2006 au Tribunal cantonal des assurances sociales en tant que demande de révision de son arrêt, soit reconsidérer lui-même sa propre décision. Selon l'art. 88bis RAI, la révision prenait effet dès le mois où elle était présentée. Il y avait en l'espèce matière à révision de la décision du 11 janvier 2005 confirmée par l'arrêt du 7 juin 2006.
34. Le 7 juin 2007, la Dresse Q\_\_\_\_\_ du département de psychiatrie des HUG a attesté que l'assurée était suivie à la consultation jonction depuis septembre 2006 et par elle-même depuis janvier 2007 pour un trouble dépressif récurrent, avec actuellement un épisode dépressif sévère. Elle était également connue pour une fibromyalgie et une hypothyroïdie substituée. Actuellement la patiente se plaignait de douleurs très importantes, surtout dans le dos et dans la nuque, ainsi que de migraines. Elle parlait d'une tension musculaire importante qui se répercuterait aussi sur son système digestif. La patiente se plaignait d'une fatigue importante et se disait également incapable de s'occuper des activités quotidiennes de la maison, ainsi que de travailler, en raison de ces douleurs et de cette fatigue. Mme A\_\_\_\_\_ se plaignait de troubles du sommeil importants. Elle montrait des symptômes psychotiques atypiques. Elle présentait un état de désespoir important avec une thymie triste, un ralentissement psychomoteur, des moments de perplexité difficiles à définir, ainsi que des mouvements répétitifs de frottements de ses mains, probablement en lien avec une certaine angoisse.
35. Le 18 juin 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours.
36. Par arrêt du 16 juillet 2007 (ATAS/811/2007), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours en constatant que la période de carence d'une année n'avait débuté qu'en juin 2006, date à laquelle l'assurée présentait une incapacité de travail totale, de sorte qu'elle n'était pas encore échue au moment de la décision litigieuse.
37. Le 18 octobre 2007, le service de rhumatologie des HUG a attesté d'un séjour de l'assurée du 5 au 17 octobre 2007 en raison d'exacerbation de rachialgies et lombosciatalgies. L'état dépressif semblait au premier plan pour expliquer la décompensation fibromyalgique.
38. Le 19 novembre 2007, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été hospitalisée du 5 au 17 octobre 2007 et qu'elle était suivie par la Dresse R\_\_\_\_\_ des HUG concernant l'état dépressif et par le Dr I\_\_\_\_\_.

39. Le 4 décembre 2007, la Dresse S\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de rhumatologie des HUG, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a posé les diagnostics d'état dépressif chronique, épisode actuel modéré à sévère, fibromyalgie et hypothyroïdie. L'état de santé s'aggravait. Le suivi avait débuté le 19 juillet 2007. L'assurée se plaignait de douleurs dans tout le corps. Elle présentait une décompensation de sa fibromyalgie dans le contexte d'un état dépressif chronique modéré à sévère. Un suivi psychiatrique avait été proposé et une expertise psychiatrique dans le contexte de la demande AI semblait nécessaire.
40. Le 19 décembre 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2006 entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'une dépression nerveuse et psychique et un état douloureux chronique dorsolombaire et une gonarthrose droite.
41. Le 20 décembre 2007, le Dr T\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, a attesté d'un suivi depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007, d'un diagnostic de trouble schizo-affectif, épisode actuel dépressif (F25.1), d'une incapacité de travail totale depuis 2001. Dans le courant de décembre 2006, son état de santé s'était aggravé et elle avait commencé à présenter des hallucinations auditives très importantes, un sentiment de persécution et des insomnies. Elle avait été hospitalisée trois jours en janvier 2007 et prise en charge au CTB Jonction jusqu'au 15 février 2007 et ensuite à la consultation Jonction. L'évolution clinique avait été partiellement favorable. Elle avait arrêté spontanément son suivi en juin 2007 et le suivi avait été repris en octobre 2007. L'incapacité de travail était totale en raison des symptômes dépressifs et psychotiques invalidants.
42. Le 25 mars 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR a proposé une expertise par le Dr L\_\_\_\_\_ afin qu'il compare les deux situations (2004-2008).
43. Le 28 juillet 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise concluant à l'impossibilité de répondre aux questions au vu d'une non collaboration dominante de l'assurée, à la fois pleine de contradictions et dans un registre hystérisé. Il existait une forte suspicion de démonstration, de non-authenticité, d'apprentissage de symptômes mais sans moyen de le confirmer véritablement. Il fallait mandater une observation extérieure et à l'insu de l'assurée.
44. Le 15 octobre 2008, Mme U\_\_\_\_\_, assistante sociale à l'Hospice Général, a demandé à l'OAI des nouvelles de l'expertise.
45. Le 21 octobre 2008, l'OAI a répondu qu'aucune décision n'avait été prise.
46. Par communication du 3 septembre 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il était nécessaire de procéder à une expertise auprès du Dr V\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie.
47. Celui-ci a rendu son expertise le 12 août 2010. Il a déploré le fait que tous les problèmes physiques-somatiques de l'assurée avaient été transférés par les médecins à la psychiatrie. Il avait été dit que les médecins de l'assurée avaient

exercé une certaine pression appuyée et une attitude polémique. Les nombreux examens auxquels s'était soumise l'assurée avaient été pratiqués par des généralistes et non par des spécialistes, ce qui était un manquement. L'assurée était remplie de plaintes et faisait état de multiples maux. Elle présentait un fonctionnement dépressif par le déni et la projection. L'assurée avait pu prendre connaissance des sept manifestations erronées suivantes : 1) sinistrose, 2) troubles de l'humeur organiques, 3) difficultés liées à l'acculturation et à l'analphabétisme, 4) spasmes, contractures, fatigabilité, météorisme, épuisement, insomnies, idées dépressives, thymie tristesse, dysphonie, etc, 5) incapacité de travail à 100 % depuis le 5 novembre 2001, 6) décompensation d'une fibromyalgie, état dépressif chronique, épisode actuel modéré à sévère, 7) dépression nerveuse avec symptômes psychotiques. Ces "sept cas étudiés" montraient l'absence de troubles mentaux ce qui était déjà quelque chose. Le trouble schizo-affectif (F25) impliquait plusieurs critères diagnostics et l'évaluation actuelle bien que courte montrait que l'assurée ne souffrait pas d'un trouble schizo-affectif.

Le développement des Drs W\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_ avait permis d'éliminer le trouble somatoforme douloureux persistant proposé le 17 mars 2004 par le Dr J\_\_\_\_\_. Ce n'était pas parce que la patiente n'avait pas de douleur somatique compréhensible que sa douleur était nécessairement psychogène.

L'expert a conclu ainsi : Il y a une psychose, un trouble schizo-affectif, trouble délirant, nombreux troubles de l'humeur, puis, progressivement, l'assurée a développé des complications asséurologiques avec manifestations psychopathologiques à caractère "pathomimique", comme cette catégorie de personnes qui, sans intention ni de fraude ni de lucre, réuni artificiellement des symptômes objectifs d'affections qu'ils n'ont pas. Dans le monde dans lequel vit la patiente, monde mythomane, pathomimique, pithiatique, fabulatoire et pseudo-magique, qu'en réalité nous sommes vaccinés. On peut par ailleurs dire que l'assurée ne souffre d'aucune maladie connue, elle peut vivre normalement. Une influence sur la réadaptation professionnelle est nécessaire pour une année.

48. Le 1<sup>er</sup> octobre 2010, la Dresse Y\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le Dr V\_\_\_\_\_ avait démontré l'absence d'atteinte psychique et réfuté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il convenait de demander un complément d'expertise au Dr J\_\_\_\_\_ pour qu'il se prononce sur une éventuelle aggravation somatique depuis 2004 et ses éventuelles répercussions.
49. Le 1<sup>er</sup> décembre 2010, le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de douleurs globales de la musculature et du squelette, avec prédominance de douleur à la nuque, aux membres inférieurs, au bas du dos et aux coudes.

On retrouvait à l'examen de nombreux signes de non-organicité de la douleur selon Waddell (18 point sur 18 de smythe positif à la palpation). Il a examiné les radiographies complémentaires du 29 novembre 2010 et conclu aux diagnostics de rachialgies chroniques et troubles statiques et disco-dégénératifs modérés du rachis

(avec répercussion sur la capacité de travail) et hypothyroïdie substituée et plaintes douloureuses musculo-squelettiques globales (sans répercussion sur la capacité de travail). Depuis 2004, les douleurs musculo-squelettiques globales s'étaient aggravées. Comme en 2004, l'examen clinique restait parasité par de nombreux signes comportementaux alliant exagération de la réponse verbale, projection non anatomique de la douleur, toutes les mobilisations tant du squelette axial que périphérique, actives ou passives, engendrant soupirs et des gémissements ainsi que des mouvements d'opposition active. On retrouvait toutefois des éléments discordants, l'assurée étant capable d'améliorer ses amplitudes articulaires lorsque l'on détournait son attention ou lors de l'habillage et du déshabillage sans manifester de douleurs significatives. Il n'y avait pas de syndrome irritatif des membres ni trouble neuro-déficientaire. La palpation du rachis était globalement ressentie comme douloureuse, algie intéressant pratiquement tous les éléments articulaires tant du squelette axial que périphérique et les masses musculaires s'y rattachant.

Force était donc de constater une assurée faisant état de douleurs intenses de la musculature et de son squelette comme c'était par ailleurs déjà le cas en 2004 sans que l'examen clinique ne soit déterminant, superposable à celui déjà réalisé en mars 2004. On retrouvait certes des troubles statiques et disco-dégénératifs modérés du rachis, mais ces derniers ne permettaient pas d'expliquer la globalité des symptômes. L'expert n'avait pas d'explication organique quant à la globalité des plaintes douloureuses musculo-squelettiques globales. Dans ce cadre, l'expert n'avait pas de modification à apporter quant à l'atteinte à la santé et son influence sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée par rapport à l'expertise réalisée en 2004.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est de 75 % d'une pleine activité de nettoyeuse. Dans une activité légère, excluant les ports de charge au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail était entière.

50. Le 27 janvier 2011, la Dresse Y\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical selon lequel il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le rapport SMR du 17 novembre 2004.
51. Le 13 mars 2011, une IRM lombaire a été pratiquée concluant à une anomalie transitionnelle lombosacrée avec hémisacralisation gauche L5. Discopathie L4-L5 avec débord discal circonférentiel global et protrusion médiane associée. Une infiltration lombaire sous contrôle fluoroscopique était prévue.
52. Par projet de décision du 14 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
53. Le 6 avril 2011, la Dresse Z\_\_\_\_\_, médecin interne au service de psychiatrie générale (secteur 2 - Jonction) des HUG, a écrit à l'OAI qu'il existait une nette discordance entre l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ et ses propres observations et celles de ses collègues psychiatres ayant suivi l'assurée depuis 2006. L'assurée était suivie

depuis de nombreuses années pour un trouble schizo-affectif et avait été hospitalisée à quatre reprises à la clinique de Belle-Idée, y compris une admission non volontaire en 2007, en état de décompensation sévère, avec des éléments franchement psychotiques. Elle bénéficiait actuellement d'un traitement psychotrope conséquent et présentait une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques. L'expert ne l'avait pas contactée, ni ses collègues.

54. Le 7 avril 2011, l'assurée s'est opposée au projet de décision en requérant la reconsidération de la décision sur la base de l'avis de la Dresse Z\_\_\_\_\_ du 6 avril 2011.
55. Le 10 avril 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée souffrait de fibromyalgies; état douloureux chronique dorsolombaire d'origine plurifactorielle et notamment maladie de Scheuermann, troubles de statique dorsolombaires, discopathie L4-L5, hernie discale dorsale D7-D8, hernie discale lombaire L4-L5; état dépressif chronique et réactionnel aux facteurs précités et existentiels.
56. Le 17 mai 2011, la Dresse Y\_\_\_\_\_ a estimé que l'avis de la Dresse Z\_\_\_\_\_ était une appréciation différente qui ne changeait pas les conclusions de l'avis SMR du 27 janvier 2011.
57. Par décision du 31 août 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
58. Le 3 octobre 2011, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 31 août 2011 en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.  
  
La divergence entre les médecins-traitants et ceux mandatés par l'OAI dans le cadre du COMAI n'était pas acceptable ce d'autant que ces derniers n'avaient pas jugé opportun de consulter le médecin-traitant. La constatation du Dr V\_\_\_\_\_ quant au caractère pathomimique n'était pas conciliable avec la nécessité de l'hospitaliser à réitérées reprises. Une expertise judiciaire était nécessaire.
59. Le 15 novembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que les expertises mandatées dans le cadre de la nouvelle demande de prestations n'avaient pas été élaborées dans le cadre d'un COMAI. La recourante n'avait pas fait valoir de motif de récusation à l'encontre des Drs J\_\_\_\_\_ ou V\_\_\_\_\_. L'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis la dernière décision.
60. Le 21 novembre 2011, la recourante a observé que la discrédance existant entre l'avis du Dr V\_\_\_\_\_ et celui des HUG était inadmissible et justifiait la mise en œuvre d'une contre-expertise. Elle a joint un avis de la Dresse Z\_\_\_\_\_ du 8 novembre 2011 reprenant les termes de celui du 6 avril 2011.
61. Le 6 février 2012, la Cour de céans a confié une expertise au Dr AA\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 26 avril 2012.

L'assurée se plaignait de douleurs dans toute la colonne vertébrale, de nervosité, d'insomnies, de pertes de mémoire, de honte d'elle-même, de démoralisation, de fatigue, elle prenait notamment des antipsychotiques, des somnifères (inducteurs du sommeil, des anxiolytiques et des antidouleurs). Il a posé le diagnostic de trouble schizo-affectif type dépressif (F 25.1).

L'assurée était insuffisamment structurée sur le plan de l'organisation de la pensée, elle se situait mal sur l'axe du temps, par rapport à elle-même et par rapport à son environnement. Si elle lui avait paru compensée sur le plan psychique grâce à un traitement psychotrope conséquent, il n'en restait pas moins que ce type de personnalité fruste avait pu décompenser sur un mode hystérisant, voire franchement psychotique.

L'étude du dossier et ses propres investigations le confrontaient à une personne analphabète, intellectuellement carencée, qui avait pu bien fonctionner durant une vingtaine d'années après son arrivée en Suisse. Par la suite, il était apparu un épuisement physique et probablement psychique en rapport avec une diminution progressive des ressources personnelles déjà faibles à la base. A son avis, il avait existé une décompensation de l'équilibre psychique au moment où la première demande AI avait été déposée. Les limitations de l'expertisée n'avaient à ce moment-là pas été jugées suffisantes par les deux experts rhumatologue et psychiatre. En 2006, la patiente avait présenté une décompensation plus sévère de son équilibre psychique avec apparition d'une manifestation psychotique franche. Elle était suivie depuis lors en institution, bénéficiait d'une prise en charge cohérente avec un traitement adéquat. Quatre hospitalisations en milieu psychiatrique avaient eu lieu depuis 2006.

Il existait actuellement un consensus diagnostique (trouble schizo-affectif) parmi les derniers psychiatres traitants qui avaient eu affaire à l'assurée. Dès lors, il paraissait peu compréhensible que l'expert L\_\_\_\_\_ ne puisse pas se prononcer sur le plan diagnostique, voire propose des mesures de surveillance qui, à ses yeux, renforceraient encore la symptomatologie de persécution de l'assurée. L'expertise V\_\_\_\_\_ frappait par sa structuration difficile à cerner. L'expert V\_\_\_\_\_ reconnaissait des dysfonctionnements à l'assurée mais concluait à une absence complète de psychopathologie. Etouffant son expertise de pages entières concernant le DSM-IV, il ne fournissait pas d'éléments permettant de suivre son raisonnement.

L'hétéro-anamnèse par le fils confirmait une évolution lente et progressive allant vers un appauvrissement du mode de vie de l'assurée. La famille avait de la peine à la comprendre et cherchait surtout à éviter les conflits, en rapport avec des mouvements d'humeur de la part de l'assurée sans rapport avec le contexte.

En définitive, un diagnostic de trouble schizo-affectif était retenu chez une personnalité fruste. Il existait une incapacité de travail complète au moins depuis la première hospitalisation en milieu psychiatrique où l'assurée avait présenté une symptomatologie psychotique franche.

L'évolution était celle d'une personne d'une personnalité fruste qui était amenée peu à peu à dépasser les limites de ce qu'elle pouvait supporter sur le plan émotionnel. Il en était résulté une dépression, puis une désorganisation mentale avec symptomatologie hystérisiforme, et enfin une symptomatologie psychotique franche. Ces décompensations avaient été jugulées actuellement et l'assurée paraissait stabilisée, tout en présentant une vulnérabilité psychique persistante. Il n'y avait pas de trouble somatoforme douloureux persistant. Elle était principalement limitée par son organisation mentale bancale et des décompensations psychotiques et dépressions à répétition. Il s'agissait d'une maladie chronique. L'assurée resterait dans le meilleur des cas stabilisée par le traitement. Dans l'hypothèse négative, elle présenterait de nouvelles décompensations dépressives avec ou sans symptomatologie psychotique.

Elle pouvait s'occuper de son ménage de manière partielle. Elle ne pouvait plus effectuer des travaux lourds et elle ne pouvait pas assumer des responsabilités. Il existait une incapacité de travail complète depuis l'hospitalisation du 28 juin 2006.

Il était d'accord avec l'avis du Dr T\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2007 et celui de la Dresse Z\_\_\_\_\_ du 6 avril 2011, mais pas avec les expertises des Drs L\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_, ni avec l'avis de la Dresse Y\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2011.

62. Le 21 mai 2012, la Dresse Y\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical selon lequel il était fort surprenant que le Dr AA\_\_\_\_\_ retienne un trouble schizo-affectif, invoqué par aucun autre médecin; il n'expliquait pas comment le trouble dépressif avait été diagnostiqué d'abord comme trouble dépressif avec des symptômes psychotiques, puis corrigé en trouble schizo-affectif type dépressif.
63. Le 22 mai 2012, l'assurée a observé qu'elle était d'accord avec l'expertise du Dr AA\_\_\_\_\_, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2007.
64. Le 22 mai 2012, l'OAI a conclu à ce que le Dr AA\_\_\_\_\_ se détermine sur l'avis de la Dresse Y\_\_\_\_\_.
65. A la demande de la Cour de céans, le Dr AA\_\_\_\_\_ s'est prononcé le 6 juin 2012 sur l'avis de la Dresse Y\_\_\_\_\_ du 21 mai 2012. Il a rappelé que les médecins des HUG avaient posé un diagnostic de trouble schizo-affectif depuis au moins le 20 décembre 2007 et confirmé ensuite par la Dresse Z\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le diagnostic de dépression sévère avec symptômes psychotiques diagnostiqué en 2006 aux HUG était proche de celui de trouble schizo-affectif ; il avait opté pour une organisation de personnalité fruste, sur un mode psychotique, avec un trouble de l'humeur récurrent surajouté.
66. Le 14 juin 2012, l'assurée a appuyé l'avis du Dr AA\_\_\_\_\_.
67. Le 21 juin 2012, la Dresse Y\_\_\_\_\_ a observé que le Dr AA\_\_\_\_\_ ne motivait pas le diagnostic de trouble schizo-affectif et ne présentait pas une attitude neutre mais favorable aux assurés et aux médecins traitants. Or, les deux experts précédents ne

---

retenaient pas ce diagnostic et le Dr AA\_\_\_\_\_ n'avait pas compris la mission d'expertise qui lui était demandée.

68. Le 3 juillet 2012, l'OAI a maintenu ses conclusions en estimant que l'expertise du Dr AA\_\_\_\_\_ n'avait pas de valeur probante.
69. Le 3 août 2012, AB\_\_\_\_\_ (Suisse SA) a indiqué que l'assurée avait été engagée le 1<sup>er</sup> septembre 1997 au 30 juin 1998 comme personnel d'entretien avec un horaire normal de travail de l'entreprise de 44 heures par semaines. Elle avait réalisé 220 heures en 1997 et 237 heures en 1998.
70. A la demande de la Cour de céans, l'intimé a estimé le 14 août 2012 que la recourante présentait un statut mixte de 25 % dans la sphère professionnelle et 75 % dans la sphère ménagère. Il a transmis une prise de position du service extérieur de l'OAI du 13 août 2012 selon lequel la recourante avait cessé toute activité professionnelle à la naissance de sa fille le 20 juin 1993 puis avait travaillé pour AB\_\_\_\_\_ SA et chez D\_\_\_\_\_ à raison de deux heures par jour sur cinq jours, soit un taux d'activité de 25 %.
71. Le 20 août 2012, la recourante a observé que son époux était sans activité lucrative depuis 2002, de sorte qu'elle devait nécessairement travailler à 100 % si elle avait été en bonne santé.
72. Le 10 septembre 2012, la recourante a observé qu'elle avait travaillé occasionnellement dans le domaine du nettoyage, en dernier lieu chez AB\_\_\_\_\_ SA apparemment à temps plein puis chez D\_\_\_\_\_ à temps partiel, que jusqu'à l'automne 2003 elle et son époux avaient été assistés par leurs fils et ensuite par le Service social de la Ville de Genève et que sans problème de santé elle serait dans l'obligation de travailler à 100 %.
73. Le 8 octobre 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :
- "J'ai travaillé à 100 % à la B\_\_\_\_\_ de 1983 à 1985 et également à 100 % à AC\_\_\_\_\_ de 1989 à 1993. Je ne me rappelle pas avoir été au chômage après mon emploi à la B\_\_\_\_\_. J'ai travaillé ensuite chez AD\_\_\_\_\_ SA à raison de deux heures le soir, je ne me rappelle pas mon travail chez AE\_\_\_\_\_ SA. J'ai arrêté mon travail à AC\_\_\_\_\_ après avoir accouché de ma fille. J'ai été licenciée, je ne me rappelle plus exactement pour quel motif. Je me rappelle m'être inscrite au chômage et avoir cherché un emploi à 100 % après mon accouchement. Ma santé s'est dégradée de plus en plus après mon accouchement de sorte que je n'étais plus capable de travailler. Je souffrais principalement du dos. J'ai travaillé chez AF\_\_\_\_\_ à 100 %. Par la suite j'ai cherché un travail à 100 % mais je n'ai trouvé que deux heures de nettoyage par jour chez D\_\_\_\_\_. Je ne me rappelle pas très bien avoir travaillé chez AB\_\_\_\_\_. Mes douleurs au dos se sont empirées avec les années. Mon mari a eu un accident en 1995, il n'a plus travaillé depuis hormis une tentative qui a échoué. Il a demandé une rente AI mais son dossier est toujours à l'instruction. Si je n'avais pas eu de problèmes de santé, notamment au dos, j'aurais

---

recherché un travail à 100 %. Actuellement, seule ma fille vit avec moi. Mon fils AG\_\_\_\_\_ a vécu à notre domicile jusqu'à il y a environ cinq ans avec sa femme et son premier enfant. Mon deuxième fils a vécu également à notre domicile jusqu'à il y a environ sept ans, sans enfant et pour une courte période avec sa femme. Mes fils nous aidaient financièrement lorsqu'ils vivaient avec nous. Actuellement, nous sommes aidés par l'Hospice général depuis 2004".

74. Le 22 octobre 2012, l'OAI a observé que le dernier emploi exercé par l'assurée l'était à un taux de 25 % alors qu'aucune atteinte à la santé n'était objectivement attestée, que l'assurée n'avait effectué aucune démarche pour exercer une activité professionnelle à 100 %, qu'aucun justificatif n'attestait du soutien financier du fils de l'assurée jusqu'en 2008, que celle-ci percevait une aide de l'Hospice général depuis 2004, qu'enfin la situation financière n'ayant pas changé de manière notable on pouvait considérer que la recourante s'était accommodée de sa situation financière.
75. Le 14 novembre 2012, l'assurée a observé qu'en 2001 lorsqu'elle avait cessé toute activité lucrative ses fils et belles-filles vivaient avec elle et son époux et les assistaient, que l'enquête économique concluait contre toute logique au maintien de la situation existant en 2001, qu'il était absurde de prétendre qu'elle s'était accommodée de sa situation financière alors qu'elle préférait travailler que dépendre des services sociaux, qu'elle serait, vu sa situation, contrainte de travailler à 100 % sans ses problèmes de santé et que la tenue du ménage pouvait être effectuée par sa fille et ses belles-filles.
76. Le 20 novembre 2012, l'assurée a transmis une copie de l'arrêt du Tribunal fédéral du 15 novembre 2011 concernant son époux.
77. Par arrêt du 7 janvier 2013 (ATAS/11/2013), la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision litigieuse et dit que l'assurée avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007. Elle a écarté l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ jugée sans valeur probante et retenu les conclusions de l'expert AA\_\_\_\_\_ en reconnaissant à l'assurée une incapacité de travail totale depuis le 28 juin 2006. Elle a considéré que l'assurée avait un statut d'active à 100 %.
78. Par arrêt du 22 juillet 2013 (9C 137/2013), le Tribunal fédéral a annulé le jugement précité et renvoyé la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire et nouveau jugement. Il a considéré que le diagnostic et les conclusions de l'expertise ne reposaient effectivement pas sur des observations cliniques approfondies, mais semblaient bien plutôt résulter d'une appréciation fondée pour l'essentiel sur les plaintes de l'intimée et sur une analyse descriptive des documents médicaux versés au dossier. Les observations cliniques récoltées par le docteur AA\_\_\_\_\_ faisaient, en tout et pour tout, six lignes d'un document de vingt-quatre pages, observations que l'on pouvait opposer aux trois pages rapportées par le docteur L\_\_\_\_\_ dans le cadre de sa seconde expertise. Sauf à correspondre au diagnostic retenu par les médecins traitants de l'intimée, le diagnostic de trouble schizo-affectif n'était pas

étayé par des explications personnelles de l'expert fondées sur des symptômes cliniques concrets appartenant au registre de la dépression et de la schizophrénie. D'un point de vue plus global, l'expert ne cherchait pas à expliquer de manière précise le processus psycho-pathologique qui avait conduit une personne pleinement compensée à développer des symptômes de la lignée schizophrénique. Les explications données par le docteur AA\_\_\_\_\_ ne permettaient pas davantage de comprendre pourquoi il estimait que l'intimée présentait une incapacité totale de travailler et pourquoi la retenue exprimée par le docteur L\_\_\_\_\_ n'avait pas lieu d'être. En définitive, les conclusions auxquelles aboutissait l'expert ne procédaient pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. La lecture de cette expertise donnait bien plutôt l'impression que l'expert s'était écarté de la mission d'expertise pour se fixer comme seul objectif de trancher la querelle opposant l'office recourant et les médecins traitants de l'intimée en faveur de ces derniers.

Enfin, le Tribunal fédéral a confirmé que l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ devait être disqualifiée et que le statut de l'assurée était celui d'active à 100 %.

79. Le 20 août 2013, la procédure a été reprise par devant la Cour de céans.
80. Le 3 septembre 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr AH\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
81. Le 12 septembre 2013, le SMR a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir et précisé que l'expert ne pourra pas se prononcer sur l'existence d'une fibromyalgie, ni sur des aspects somatiques. La recourante n'a pas fait d'observation.
82. Le 7 janvier 2014, le Dr AH\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur un examen clinique des 8 novembre et 3 décembre 2013, un dosage de l'antidépresseur et un contact téléphonique avec les Drs Z\_\_\_\_\_ et AI\_\_\_\_\_.

L'assurée se plaignait de fatigue, de douleurs diffuses, de variation de l'appétit, d'un moral bas, de fluctuation de l'intérêt et du plaisir, de peurs sans raison, d'inquiétude, de phénomènes psycho-sensoriels (voix).

Le taux plasmatique du Surmotil indiquait un manque d'observance du traitement.

Il a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) et d'anxiété généralisée (F41.1).

L'assurée avait développé un épisode dépressif sévère avec symptôme psychotique en 2006-2007 avec des phénomènes dissociatifs. Le trouble dépressif était resté sévère jusqu'en septembre 2009 et avait diminué jusqu'en avril 2012 de sorte que depuis mai 2012 on retrouvait seulement une dysthymie. Il n'y avait pas de syndrome douloureux somatoforme persistant mais plutôt une fibromyalgie, comme relevé par les HUG en 2004 et 2007.

Dès juin 2006, l'incapacité de travail avait été totale, jusqu'en septembre 2009. D'octobre 2009 à avril 2012, la dépression avait été moins sévère tout en étant accompagnée de symptômes anxieux et dissociatifs entraînant une incapacité de travail de 50 %. L'assurée avait récupéré une pleine capacité de travail dès mai 2012. Il n'y avait actuellement pas de comorbidité psychiatrique, une légère perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, mais on constatait l'échec des traitements entrepris et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années. Il était peu probable qu'une meilleure observance du traitement par antidépresseur amène une amélioration significative de la thymie. Il existait une comorbidité psychique modérée. Le trouble dépressif entre 2006 et 2012 avait été suffisamment sévère pour qu'on puisse le considérer comme autonome par rapport à la fibromyalgie pendant ce laps de temps.

L'assurée disposait de ressources physiques lui permettant de surmonter ses douleurs afin d'exercer une activité lucrative.

83. Le 24 janvier 2014, la Dresse Y\_\_\_\_\_ a observé qu'elle pouvait retenir une incapacité de travail totale de juin 2006 à septembre 2009 mais pas une incapacité de travail de 50 % d'octobre 2009 à avril 2012 car le trouble dépressif modéré avec phénomène dissociatif n'avait pas valeur de comorbidité psychiatrique grave ; par ailleurs les autres critères jurisprudentiels n'étaient pas donnés pour admettre une invalidité.
84. Le 3 février 2014, l'intimé a transmis l'avis du SMR du 27 janvier 2014.
85. A la demande de la Cour de céans, l'OAI a précisé le 14 février 2014 qu'il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2007 au 31 décembre 2009.
86. Le 21 février 2014, l'assurée a observé que l'incapacité de travail de 50 % d'octobre 2009 à avril 2012 devait être confirmée, que la Dresse Y\_\_\_\_\_ n'était pas spécialisée en psychiatrie, qu'elle contestait les conclusions de l'expert sans motifs suffisants, qu'il était erroné de retenir que l'état dépressif s'inscrivait dans le cadre de la fibromyalgie, qu'un état dépressif sévère ne pouvait s'effacer d'un jour à l'autre comme le prétendait l'OAI et, qu'il convenait de suivre les conclusions de l'expert.
87. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a) Par arrêt du 22 juillet 2013, le Tribunal fédéral a annulé le jugement de la Cour de céans du 7 janvier 2013 (ATAS/11/2013) et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouveau jugement. Le 12 août 2013, la procédure A/3022/2011 a ainsi été rouverte.

---

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 6 octobre 2006, laquelle invoque une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis juin 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour les faits qui lui sont postérieurs.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.  
b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 14 mars 2011, qui a été confirmé par la décision du 31 août 2011, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice.  
c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:  
a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

---

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. Selon la teneur de cet article en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie (al. 2).

d) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir

l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant

---

(arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait

---

allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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

---

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

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou

---

stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

9. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent

---

généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des

amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

10. a) En l'espèce, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 22 juillet 2013 (9C 137/2013), annulé le jugement de la Cour de céans du 7 janvier 2013 et renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouveau jugement.

Le Tribunal fédéral a confirmé la disqualification de l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ du 12 août 2010, la Cour de céans ayant constaté que ledit rapport ne remplissait pas les critères jurisprudentiels nécessaires pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Le Tribunal fédéral a considéré en outre que l'expertise du Dr AA\_\_\_\_\_ n'était pas probante.

Il a relevé que le diagnostic et les conclusions de l'expertise ne reposent effectivement pas sur des observations cliniques approfondies, mais semblent bien plutôt résulter d'une appréciation fondée pour l'essentiel sur les plaintes de l'intimée et sur une analyse descriptive des documents médicaux versés au dossier. Les observations cliniques récoltées par le docteur AA\_\_\_\_\_ font, en tout et pour tout, six lignes d'un document de vingt-quatre pages, observations que l'on peut opposer aux trois pages rapportées par le docteur L\_\_\_\_\_ dans le cadre de sa seconde expertise. Sauf à correspondre au diagnostic retenu par les médecins traitants de l'intimée, le diagnostic de trouble schizo-affectif n'est pas étayé par des explications personnelles de l'expert fondées sur des symptômes cliniques concrets appartenant au registre de la dépression et de la schizophrénie. D'un point de vue plus global, l'expert ne cherche pas à expliquer de manière précise le processus psychopathologique qui a conduit une personne pleinement compensée à développer des symptômes de la lignée schizophrénique. Les explications données par le docteur AA\_\_\_\_\_ ne permettent pas davantage de comprendre pourquoi il estime que l'intimée présente une incapacité totale de travailler et pourquoi la retenue exprimée par le docteur L\_\_\_\_\_ n'avait pas lieu d'être. En définitive, les conclusions auxquelles aboutit l'expert ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. La lecture de cette expertise donne bien plutôt l'impression que l'expert s'est écarté de la

mission d'expertise pour se fixer comme seul objectif de trancher la querelle opposant l'office recourant et les médecins traitants de l'intimée en faveur de ces derniers.

b) Conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral précité, la Cour de céans a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire, confiée au Dr AH\_\_\_\_\_, FMH spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport d'expertise le 7 janvier 2014.

Les parties admettent la valeur probante de cette expertise. La Cour de céans constate également qu'elle répond aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a conclu à la présence d'un épisode dépressif sévère avec symptôme psychotique et phénomènes dissociatifs apparus en juin 2006 jusqu'en septembre 2009, dont la gravité avait diminué entre octobre 2009 et avril 2012 pour ne retrouver, dès mai 2012, qu'une dysthymie.

L'incapacité de travail était totale de juin 2006 à septembre 2009 et de 50 % d'octobre 2009 à avril 2012.

L'intimé reconnaît l'incapacité de travail totale mais non pas celle de 50 % au motif qu'elle ne saurait être qualifiée de comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral et que les critères pour reconnaître une fibromyalgie comme invalidante ne sont pas non plus remplis. Quant à la recourante, elle estime que les conclusions de l'expert quant à l'évaluation de la capacité de travail doivent être suivies dans leur intégralité et conclut à l'octroi, pour la période litigieuse d'octobre 2009 à mai 2012, d'une demi-rente d'invalidité.

A cet égard, il convient de constater que l'incapacité de travail totale attestée par l'expert de juin 2006 à septembre 2009, selon les diagnostics posés par celui-ci est admise par les parties ; par ailleurs, contrairement à l'avis de l'intimé, il n'y a aucun motif permettant de s'écarter de la constatation de l'expert quant à une incapacité de travail de la recourante de 50 % entre octobre 2009 et avril 2012.

En effet, l'expert a relevé que, durant cette période, la dépression avait été moins sévère tout en étant accompagnée de symptômes anxieux et occasionnellement dissociatifs, que l'assurée avait arrêté seulement en mai 2012 son suivi aux HUG et les neuroleptiques et que l'on pouvait dire qu'il s'agissait d'une comorbidité psychiatrique autonome et non pas une manifestation réactive à la fibromyalgie.

En particulier, il a relevé que le trouble dépressif pendant toute la période de juin 2006 à avril 2012 avait été suffisamment sévère pour qu'on puisse le considérer comme autonome par rapport à la fibromyalgie.

Aucun motif ne permet de s'écarter de l'appréciation précise et bien étayée de l'expert de sorte que les conclusions de celui-ci doivent être suivies. En particulier, l'avis succinct de la Dresse Y\_\_\_\_\_, laquelle n'est pas psychiatre, se limitant à dire que le trouble dépressif modéré s'inscrit dans le cadre de la fibromyalgie,

---

n'emporte pas la conviction. Si la jurisprudence a en effet considéré qu'un état dépressif de degré moyen est généralement une manifestation réactive d'accompagnement d'un trouble somatoforme douloureux (ou d'une fibromyalgie) et ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé, tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce, dès lors qu'il s'agit, depuis octobre 2009, d'un état dépressif résultant d'une légère amélioration d'un épisode dépressif sévère avec symptôme psychotique et phénomène dissociatif, apparu en juin 2006, soit plus de trois ans auparavant et dont il n'est pas contesté qu'il constituait une comorbidité psychiatrique clairement autonome de la fibromyalgie. Au surplus, l'expert a indiqué que la dépression, jugée moins sévère depuis octobre 2009, était aussi accompagnée de symptômes anxieux et, occasionnellement, dissociatifs, aggravant l'état dépressif. On ne se trouve donc pas dans le cas de figure précité d'un trouble modéré apparu en réaction à un état douloureux.

11. a) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel; ATF 130 V 138 consid. 2.1 p. 140).
- b) En l'espèce, la décision litigieuse est datée du 31 août 2011 de sorte que l'amélioration de l'état de santé, constatée par l'expert dès le 1<sup>er</sup> mai 2012, est postérieure et sort en conséquence de l'objet du litige.

---

Il convient néanmoins, par un élargissement du procès, les conditions en étant remplies, de se prononcer sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 31 août 2011, étant constaté que la recourante a conclu à l'octroi d'une demi-rente limitée dans le temps pour la période d'octobre 2009 à mai 2012, prenant de la sorte en compte la modification de son état de santé survenue en mai 2012 et l'intimé a conclu, en toute hypothèse, à une rente limitée dans le temps, soit jusqu'au 31 décembre 2009.

Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 31 décembre 2009 et à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 juillet 2012.

c) Pour que les frais d'une expertise judiciaire puissent être mis à la charge de l'autorité administrative, il faut que celle-ci ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265). Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469; voir également ATF 139 V 225 consid. 4 p. 226 et arrêt 8C\_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496).

En l'espèce, les frais de l'expertise du Dr AH\_\_\_\_\_, au montant de 4'916 fr. 60, seront mis à la charge de l'intimé ; celui-ci a en effet procédé à une instruction présentant des insuffisances caractérisées en retenant comme probante l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_, laquelle ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relative à la valeur probante d'une expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 8 avril 2013 9C 137/2013), de sorte qu'une expertise judiciaire a dû être ordonnée.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée ; il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 31 décembre 2009 et à une demi-rente du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 juillet 2012.

Une indemnité de 3'500 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé.

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI), ainsi que les frais d'expertise de 4'916 fr. 60.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 31 août 2011.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 31 décembre 2009 et à une demi-rente du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 juillet 2012.
5. Alloue à la recourante à charge de l'intimé une indemnité de 3'500 fr.
6. Condamne l'intimé à rembourser à la Cour de céans les frais d'expertise du Dr AH\_\_\_\_\_ au montant de 4'916 fr. 60.
7. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
8. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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