

GE_GERICHTE ATAS/1097/2011 vom 22. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1097_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1097/2011 du 22 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1097/2011 del 22 novembre 2011

Erwägungen

E. 29

Le 27 janvier 2010, l'intimé a rendu une décision confirmant sa proposition du 27 octobre 2009.

E. 30

Par courrier du 5 février 2010, le Dr V_____ a maintenu les termes de son courrier du 25 novembre 2009 et a rappelé que sa patiente ne s'était jamais plainte au premier plan de symptômes physiques, insistant pour effectuer des investigations médicales.

A/656/2010 - 8/26 -

E. 31

Le 11 février 2010, Madame G_____ et Monsieur H_____, docteurs en psychologie, ont établi un compte rendu de thérapie, selon lequel la symptomatologie dépressive de l'assurée était sévère.

E. 32

Par recours du 22 février 2010, l'assurée a contesté la décision précitée. A l'appui de sa position, elle a fait valoir que l'expertise du Dr A_____ ne disposait d'aucune valeur probante, l'expert posant un jugement hésitant, et se détachant des avis de quatre spécialistes sans donner d'explications. La recourante a ainsi conclu à l'audition du Dr V_____ et à la réalisation d'une expertise judiciaire. Cela fait, elle a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

E. 33

Dans sa réponse du 1er avril 2010, l'intimé a considéré que les divers avis médicaux ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave telle que requise par le jurisprudence pour admettre la présence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant. Pour l'OAI, les médecins traitants avaient procédé à une évaluation différente d'une même situation stable sans réelle détérioration objective de l'état de santé de la recourante.

E. 34

Par courrier du 23 juillet 2010, le TCAS, alors compétent, a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et leur a soumis la mission d'expertise. Il leur a octroyé un délai afin qu'elles puissent faire part des questions supplémentaires qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert psychiatre.

E. 35

Les parties ont fait valoir leurs observations par courrier des 3 août 2010

E. 36

Par ordonnance du 31 août 2010, le TCAS a ordonné la réalisation d'une expertise psychiatrique et a nommé le Dr B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour la réaliser. A l'appui de sa décision, le TCAS a considéré que l'expertise du Dr A _____ ne disposait d'aucune valeur probante. Il se contredisait tout d'abord sur un point important, la date à laquelle le premier épisode dépressif était apparu. En outre, elle était lacunaire, ne tenant notamment pas compte du séjour de la recourante à la Clinique genevoise de Montana du 16 janvier au 5 février 2007 et n'expliquant pas les raisons pour lesquelles il retenait une incapacité de travailler de 30% dans l'activité habituelle de la recourante. Enfin, l'expert mandaté par l'intimé retenait un diagnostic non prévu par la CIM-10, soit celui de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme, sans expliquer les raisons qui le poussaient à se distancier des diagnostics de quatre spécialistes (les Drs W _____, S _____, T _____ et V _____), qui retenaient tous un épisode sévère. De plus, le Dr A _____ retenait un syndrome somatoforme et non une fibromyalgie, alors que ce dernier diagnostic avait été posé par le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne et en affections rhumatologiques et par le SMR dans son rapport du 23 mars 2006, auquel une pleine valeur probante a été reconnue (ATAS/1026/2006).

A/656/2010 - 9/26 -

E. 37

La recourante a été examinée par le Dr B _____ en date des 20 décembre 2010 et 14 janvier 2011, à raison de quatre heures à chaque fois. Selon le rapport d'expertise établi le 17 février 2011, l'expert-psychiatre s'était entretenu avec les Drs M _____, V _____, T _____ et C _____, ce dernier praticien étant le psychiatre assurant le suivi de la recourante. Il a en outre procédé à des tests psychométriques (selon les échelles de Hamilton, BDI et MADRS). De l'anamnèse psychiatrique, il ressort notamment que le Dr V _____ a retenu, le 2 février 2011, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et qu'il a détaillé les différentes tentatives de traitement pharmacologiques avec des approches destinées à traiter des dépressions considérées comme résistantes. Il a été mis fin au traitement aux HUG le 16 novembre 2010 et depuis cette date, la recourante est suivie par la Dresse Pascaline C _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui la voyait une à deux fois par mois. Un important traitement médicamenteux (Wellbutrin 450 mg/j, Trittico 150 mg le soir et Temesta Expidet 1mg en réserve) était prescrit. L'expert a résumé de la manière suivante ses entretiens téléphoniques avec les médecins de la recourante : – Le Dr V _____ a suivi la recourante suite au départ de la Dresse S _____, soit dès la fin octobre 2008 et ce jusqu'au mois de novembre 2010. Initialement, la prise en charge ne devait durer que quatre à six mois mais dans les faits, elle avait été étendue et a duré près de quatre ans, en raison de la réponse peu satisfaisante de la recourante aux différents traitements proposés. Pour ce médecin, il ne faisait aucun doute que sa patiente présentait un trouble dépressif désormais chronicisé, sévère, devant être considéré comme une pathologie indépendante, ne faisant en tout cas pas partie du trouble somatoforme comme le disait le Dr A _____ dans son expertise. Entre mars 2007 et décembre 2010, la recourante n'a jamais été asymptomatique, l'intensité de sa dépression fluctuant entre les stades moyen et sévère. – Quant au Dr T _____, il n'a pas directement suivi la recourante mais en a supervisé les soins. « Pour lui, il s'agit de l'évolution négative, qui

existe dans un certains nombre de cas, de troubles dépressifs récurrents qui prennent une forme chronique et résistante au traitement ». – Enfin, la Dresse C _____, psychiatre traitant de la recourante depuis la fin du mois de novembre 2010, a expliqué qu'après une dizaine de séances, elle avait constaté que sa patiente était « éteinte » et pleurait beaucoup durant les entretiens. Son mode de vie était devenu extrêmement pauvre. De plus, elle était complètement inhibée. La recourante n'arrivait désormais même pas à s'occuper de sa petite fille. Enfin, la vie de couple était inexistante, la

A/656/2010 - 10/26 - recourante n'ayant de contacts qu'avec ses enfants et une amie, souffrant d'un cancer, dont elle s'occupait alors. Après avoir détaillé les plaintes subjectives de la recourante et procédé à des constatations objectives, le Dr B _____ a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). L'expert a précisé qu'il avait notamment retenu ce diagnostic car la recourante présentait « un abaissement de l'humeur important et stable dans le temps, une absence de plaisir, une réduction de l'énergie vitale, une diminution de l'attention, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil, une inhibition psychomotrice, une perte complète de la libido, des troubles du sommeil ». Par ailleurs, les résultats des tests psychométriques, passés en date du 14 janvier 2011, étaient les suivants : – Echelle de Hamilton : 32, ce qui indiquait une dépression sévère (de 26 à 52) ; – Echelle de BECK (BDI-II) : 56, ce qui correspondait une dépression particulièrement sévère (supérieur à 30) ; et – MADRS : 29, ce qui indiquait une dépression sévère. S'agissant des résultats des tests, l'expert a considéré qu'ils correspondaient en substance aux valeurs retrouvées dans les tests pratiqués par la consultation de dépression des HUG (MADRS à 29 en 2008 et BDI à 41 en juillet 2009). A l'échelle d'anxiété de Hamilton, la recourante cotait à 10 (évaluation par le Dr B _____), ce qui indiquait une anxiété mineure (de 6 à 14). L'expert a également constaté un désaccord majeur entre les différents intervenants, soit essentiellement les soignants d'un côté, et les experts ou médecins de l'AI de l'autre. Du point de vue conceptuel, il a également relevé une différence entre, d'une part, les experts mandatés par l'AI et les médecins du SMR et, d'autre part, les soignants, les premiers privilégiant l'idée que la dépression était une comorbidité « naturelle » de la fibromyalgie alors que les seconds estimaient qu'il s'agissait d'une pathologie indépendante. S'agissant du diagnostic posé par le Dr A _____ (trouble somatoforme douloureux avec un état dépressif propre à l'évolution du trouble somatoforme), qui illustre le désaccord précité, il n'existait ni dans la CIM-10 ni dans la DSM-IV et n'appartenait par conséquent à aucune classification reconnue. Pour le Dr B _____, un tel diagnostic ne devrait pas être utilisé selon les règles prévalant dans le domaine de l'expertise, même s'il s'agissait de la traduction d'un

A/656/2010 - 11/26 - point de vue dominant, soit celui selon lequel la dépression serait une conséquence évolutive du trouble douloureux chronique. Le Dr B _____ a encore précisé que durant les quatre années qu'a duré le suivi au programme de dépression des HUG, les soignants ont, selon les propos recueillis au téléphone et tenus dans les différents rapports, clairement mis en évidence la présence et la persistance d'un état dépressif « d'une intensité moyenne à sévère » résistant aux nombreux traitements proposés. S'agissant du tableau douloureux, il restait présent au second plan, même s'il n'était effectivement pas ou plus signalé spontanément par la recourante. Dans ce contexte, l'expertise précisait encore que selon les critères de la CIM-10, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme

persistant devait être écarté lorsqu'un diagnostic de fibromyalgie avait été retenu, la fibromyalgie, qui était un trouble rhumatologique, étant censée expliquer les plaintes du patient. Dès lors qu'un tel diagnostic a été posé en 2002 par le Dr M _____ puis confirmé par les Drs Q _____ et P _____ dans leur évaluation bidisciplinaire de décembre 2005 [recte : mars 2006], le diagnostic de fibromyalgie devait logiquement et historiquement être retenu. Répondant aux questions posées par la Juridiction de céans, le Dr B _____ a considéré qu'il lui était difficile de déterminer avec précision la date exacte de l'apparition du trouble de l'humeur. De manière fiable, sa présence a été objectivée dans le courant de l'année 2003 mais selon le rapport du Dr L _____, son antériorité remonterait à 1997. La symptomatologie a fluctué dans le temps, en termes de brèves périodes de rémission et d'intensité. Le trouble de l'humeur était cependant chroniquement présent avec une intensité oscillant entre moyenne (constatée également dans l'expertise du Dr A _____) à sévère, selon les rapports du programme de dépression des HUG, de sorte que l'incapacité de travail fluctuait entre 50% (dépression moyenne) et 100% (dépression sévère). Cela étant, au jour de l'évaluation, la recourante présentait une incapacité de travail de 100%. La survenue, sur une période de 7 à 8 ans (ou 14 ans en retenant l'existence d'une première dépression en 1997), d'épisodes dépressifs répétés implique le diagnostic de trouble dépressif récurrent. En ce qui concernait la fibromyalgie, le Dr B _____ a considéré qu'il existait une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un trouble dépressif récurrent, actuellement grave, des affections corporelles chroniques sous forme d'un trouble douloureux. Quant au processus maladif, il s'était étendu sur plusieurs années, sans rémission durable, soit depuis 2003, (voire 1997) en ce qui concernait le trouble de l'humeur et depuis 2000 s'agissant de la fibromyalgie. Cela étant, il n'y avait pas de perte d'intégration quasi-totale et dans tous les domaines, même si les contacts et activités sociales avaient dramatiquement diminué. La recourante entretenait actuellement des liens réguliers avec certains membres de sa famille (ses enfants),

A/656/2010 - 12/26 - la relation avec son époux étant conflictuelle et quasi inexistante. De plus, elle s'occupait d'une amie souffrant d'un cancer en phase terminale, venant la solliciter chez elle. Son état psychique était cristallisé, étant stablement installé de longue date et n'évoluant probablement plus à l'avenir. La recourante suivait actuellement un traitement adéquat. En annexe à l'expertise figuraient la première page du bilan de sortie établi par le Dr V _____ à une date non précisée, les réponses de la recourante aux questionnaires des tests psychologiques ainsi que le compte-rendu de thérapie cognitivo-comportementale établi le 11 février 2010 par Madame I _____ et Monsieur H _____, docteurs en psychologie.

E. 38

L'expertise du Dr B _____ a été soumise aux parties qui se sont prononcées de la manière suivante.

E. 39

Par écriture du 24 mars 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions tendant à la reconnaissance d'une invalidité à 100%, ouvrant le droit à une rente entière, considérant que l'expertise précitée venait confirmer le diagnostic de dépression chronique d'intensité sévère, dont l'état était, après échec de tous les traitements entrepris, cristallisé, entraînant une incapacité de travail totale. Elle a rappelé que ledit diagnostic avait été posé

successivement par les Drs S _____, R _____, T _____ et V _____ ainsi que par Messieurs I _____ et H _____, docteurs en psychologie.

E. 40

Le 28 mars 2010, l'intimé a adhéré aux conclusions du Dr B _____, dans la mesure où celui-ci faisait état d'une incapacité actuelle de travail de 100%. Cependant, pour le passé, l'OAI a maintenu ses conclusions, considérant que l'intensité du trouble dépressif avait varié au cours du temps, passant de moyenne à sévère. Dès lors qu'un trouble dépressif d'intensité moyenne n'engendrait pas d'atteinte à la santé invalidante, l'intimé demandait que l'expert fût réinterrogé afin qu'il précisât les périodes au cours desquelles l'épisode dépressif avait pu être qualifié de sévère. L'avis du SMR du 16 mars 2011 était joint aux conclusions de l'intimé. Sous la plume de la Dresse J _____, le SMR a considéré que le Dr B _____ « essaie de mettre en avant sa position qui va à l'encontre de la position du Tribunal Fédéral (TF) en matière de trouble somatoforme douloureux. Il conteste l'expertise du Dr A _____ qui a été faite pourtant selon les règles de l'art et en toute connaissance de la jurisprudence. Pour l'expert, l'état dépressif n'est pas la conséquence du trouble somatoforme douloureux contrairement à ce qu'ont admis les juges du TF. Or, nous ne sommes pas là pour nous déterminer concernant la jurisprudence du TF, mais bien pour nous déterminer sur l'intensité d'une atteinte psychique qui pourrait avoir des conséquences sur la capacité de travail. L'expert se met du côté de l'avis des soignants et cette opinion est forcément plus favorable à

A/656/2010 - 13/26 - l'assurée que la position du TF qui prévoit qu'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne peut faire partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. Dès lors, cette expertise ne change rien aux conclusions qui ont suivi l'expertise du Dr A _____ et les conclusions du SMR restent parfaitement valables ».

E. 41

Interrogé par la Cour de céans, le Dr V _____ a, le 25 mai 2011, confirmé que la patiente avait été suivie au programme dépression du Département de psychiatrie universitaire des HUG entre mars 2007 et novembre 2010. Il a précisé que "La patiente a été suivie au programme dépression du département de psychiatrie universitaire de Genève entre mars 2007 et novembre 2010. Lors de ce suivi, la patiente a bénéficié de plusieurs médecins. Moi-même, j'ai suivi la patiente entre avril 2009 et novembre 2010. Auparavant elle a été suivie par le Dr K _____ et la Dresse S _____. L'évolution de la dépression est examinée du point de vue clinique et à travers plusieurs échelles psychométriques. Nous utilisons en particulier l'échelle MADRS. L'algorithme de cette échelle est 0 à 13pts = euthymie, 14 à 18pts = dépression légère, 19 à 25pts = dépression moyenne, et plus de 25pts = dépression sévère. MADRS: Le 20.03.2007 est à 40/60, le 08.05.2007 à 40/60, le 05.07.2007 à 41/60, le 12.10.2007 à 35/60, le 11.12.2007 à 38/60. Le 20.05.2008 à 27/60, le 12.08.2008 à 20/60, le 25.09.2008 à 35/60. Le 24.02.2009 à 28/60, le 16.07.2009 à 23/60, le 08.09.2009 à 24/60, le 21.10.2009 à 27/60, le 12.11.2009 à 26/60. Le 13.01.2010 à 23/60, le 29.04.2010 à 23/60, le 25.06.2010 à 25/60." Il a indiqué que tout au long de ce suivi, la patiente avait présenté une symptomatologie dépressive marquée par de la tristesse, un ralentissement psychomoteur, une mimique triste, un contenu du discours dépressif de dévalorisation, de la culpabilité, du pessimisme, de la diminution de la capacité de concentration, de l'anhédonie, de la fatigue et quelques idées noires, voire suicidaires passagères. Aucune symptomatologie psychotique n'a été en revanche constatée. L'intensité

de la dépression aux examens cliniques était globalement correspondante à l'évolution des MADRS. La patiente a relaté avoir eu un épisode dépressif en 1997 qui a été traité par un antidépresseur. Le facteur déclenchant de cet épisode semble avoir été le décès du père.

E. 42

Cet avis médical a été communiqué aux parties.

E. 43

L'assurée a considéré, par courrier du 20 juin 2011, que le degré essentiellement sévère de la dépression devait se voir reconnaître pour toute la période considérée, puisque seuls des épisodes de dépression de degré moyen étaient constatés en 2009

A/656/2010 - 14/26 - et 2010, étant précisé que selon l'échelle MADRS, l'évaluation était alors à l'extrême limite du degré sévère.

E. 44

L'OAI, quant à lui, s'est fondé sur l'avis de la Dresse J _____ du SMR pour conclure que les renseignements fournis par le Dr V _____ ne permettaient pas de dater l'aggravation de l'état de santé de la recourante et de compléter sur ce point l'expertise du Dr B _____. Selon l'OAI, il conviendrait que l'expert se détermine précisément à cet égard. Il conclut en l'état au rejet du recours. La Dresse J _____ a constaté que "pour répondre, le Dr V _____ mentionne que l'évaluation de l'intensité a été faite selon l'échelle du MADRS. Comme nous pouvons le voir, les médecins traitants se basent sur des échelles subjectives, utilisées par l'industrie pharmaceutique dans le but de dépister des troubles dépressifs et d'évaluer le suivi lors de traitement antidépresseur. Ces éléments ne sont donc pas les seuls à prendre en compte lors de l'évaluation de l'intensité d'un état dépressif puisqu'ils doivent être corrélés avec les symptômes objectifs cliniques. Selon ces deux échelles, et contrairement à ce qu'a dit le Dr B _____, l'assurée avait toujours une dépression sévère, hormis le 16 juillet 2009 et le 8 septembre 2009. En janvier 2010, la dépression était moyenne tout comme en avril 2010, alors qu'en juin 2010 la dépression est sévère. Il est évoqué que, tout au long du suivi, la patiente a présenté une symptomatologie dépressive marquée par de la tristesse, un ralentissement psychomoteur, une mimique triste, un contenu du discours dépressif de dévalorisation, culpabilité, pessimisme, diminution de la capacité de concentration, anhédonie, fatigue et quelques idées noires voire suicidaires passagères. Ils font correspondre l'intensité clinique à l'intensité mesurée par le MADRS". La Dresse J _____ constate par ailleurs qu'il est difficile de se prononcer quant à l'épisode dépressif survenu en 1997, les informations fournies par le Dr V _____ étant uniquement anamnestiques. La Dresse J _____ admet ainsi qu'il y a eu aggravation objective de l'état de santé, mais relève qu'il n'est pas possible de dater cette aggravation, l'expertise du Dr B _____ n'étant au demeurant pas convaincante sur le plan médical, ne donnant pas de réponse à ses interrogations, et n'expliquant pas "pourquoi nous devrions nous écarter de l'expertise du Dr A _____ du 28 septembre 2009". EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

A/656/2010 - 15/26 - Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La question de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinée dans l'ordonnance d'expertise du Tribunal cantonal des assurances sociales du 31 août 2010, il n'y a pas lieu d'y revenir ici. 3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité. 4. A titre liminaire, la Cour de céans rappelle que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248, consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 6 mai 2008, 8C_441/2007 consid. 4.2 et du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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). 6. Il y a lieu de préciser que dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes

A/656/2010 - 16/26 - développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Il convient également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans

toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). 7. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques

A/656/2010 - 17/26 - ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). 8. 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 psychique 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

A/656/2010 - 18/26 - 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). 9. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108, consid. 5.3.1). Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid.

3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que

A/656/2010 - 19/26 - dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt non publié 9C_412/2010 du 22 février 2011. b) Le point de savoir si un changement notable des circonstances 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 qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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 régissant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

A/656/2010 - 20/26 - 10. a) 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à

A/656/2010 - 21/26 - l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) 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). 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28

consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 11. En l'espèce, il s'agit donc de déterminer, dans un premier temps, si la recourante présente une aggravation de son état de santé suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente. Étant donné que la présente cause s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, il convient de comparer la situation prédominant au jour de la décision sur opposition du 15 juin 2006, confirmée par le TCAS dans son arrêt du 14 novembre 2006 (ATAS/1026/2006), et celle existant le 27 janvier 2010, date à laquelle la décision querellée a été rendue. 12. Lors de la décision sur opposition du 15 juin 2006, les médecins de la recourante avaient notamment diagnostiqué, sur le plan physique, une fibromyalgie (rapport du Dr M_____ du 17 octobre 2002 [14 points douloureux sur 18], rapport bidisciplinaire du SMR du 23 mars 2006 [18 points douloureux sur 18] et rapport du Dr R_____ du 18 mai 2006 [18 points douloureux sur 18]) et, sur le plan psychique, une dépression majeure, résistant au traitement depuis 1997 (rapport du Dr L_____ du 9 janvier 2004), un épisode dépressif moyen en rémission (rapport du Dr N_____ du 22 janvier 2004), une exagération de la part subjective des sensations douloureuses (rapport d'expertise du Dr O_____ du 26 mai 2004) et un trouble anxieux mixte et dépressif en rémission partielle (rapport de l'examen bidisciplinaire du SMR du 23 mars 2006).

A/656/2010 - 22/26 - Dans son arrêt du 14 novembre 2006, entré en force, le TCAS avait considéré que le rapport bidisciplinaire du SMR avait pleine valeur probante et qu'en l'absence d'une comorbidité psychiatrique ou d'un état psychique cristallisé, la fibromyalgie dont souffrait la recourante n'était pas invalidante. 13. Depuis le dépôt de la nouvelle demande, le 8 février 2008, les documents médicaux suivants ont été rassemblés : – Un certificat des Drs T_____ et S_____ du 7 avril 2008, à teneur duquel la recourante souffrait d'une dépression sévère et persistante ; – Un rapport du Dr R_____ du 23 mai 2008, dans lequel il mentionnait une fibromyalgie avec 16 points douloureux sur 18 et l'apparition de douleurs, depuis trois mois, surtout en abduction au niveau de l'épaule droite. – Un certificat des Drs T_____ et S_____ du 30 juin 2008, selon lequel la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux, son état de santé ne s'étant pas amélioré avec les traitements médicamenteux. – Un courrier de la Dresse S_____ du 3 juillet 2008, confirmant les diagnostics précités. – Un rapport du Dr V_____ du 5 mars 2009, dans lequel ce praticien posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et de troubles somatoforme douloureux. – Un courrier du Dr W_____ du 28 mai 2009, à teneur duquel la recourante présentait un trouble dépressif assez sévère depuis le début du traitement. – Un rapport d'expertise du Dr A_____ du 14 novembre 2009, dans lequel ce praticien posait le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme. A noter que dans son ordonnance d'expertise du 31 août 2010, le TCAS n'a pas reconnu une valeur probante suffisante à l'expertise du Dr A_____, notamment en raison du diagnostic retenu, ne correspondant à aucune classification internationale reconnue. – Un rapport d'expertise du Dr B_____ du 17 février 2011, dont il ressort que la recourante souffrait d'un état dépressif d'intensité sévère. 14. A titre liminaire, la Cour de céans constate que même si la fibromyalgie dont souffrait la recourante n'a plus fait l'objet d'investigations médicales approfondies, son existence ou du moins celle de douleurs diffuses, a été confirmée par plusieurs médecins (voir le rapport du Dr R_____ qui mentionne 16 points de

A/656/2010 - 23/26 - fibromyalgie sur 18 le 23 mai 2008, les rapports des Drs T _____ et S _____ des 30 juin et 3 juillet 2008, ainsi que du Dr V _____ du 5 mars 2009, dans lesquels il est fait état de trouble somatoforme douloureux). Par ailleurs, même si aucune valeur probante n'a été reconnue à l'expertise du Dr A _____, il n'en demeure pas moins que ce praticien fait état de trouble somatoforme douloureux, ce qui constitue tout de même un indice en faveur de l'existence de douleurs diffuses. Enfin, dans son rapport du 17 février 2011, le Dr B _____ a mentionné un tableau douloureux, étant passé au second plan, et a considéré que le diagnostic de fibromyalgie devait logiquement et historiquement être retenu. Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que la recourante souffrait bien d'une fibromyalgie au jour de la décision querellée. 15. Reste donc à examiner si la recourante présente une aggravation de son trouble psychique suffisamment importante pour l'empêcher désormais de surmonter ses douleurs et de réintégrer le monde du travail. 16. Dans ce contexte, il s'agit essentiellement de déterminer la valeur probante de l'expertise du Dr B _____. A cet égard, la Cour de céans constate d'emblée qu'aucune des parties ne conteste la valeur probante de l'expertise précitée, même si la Dresse J _____ considère qu'elle n'est pas convaincante. Elle répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351, consid. 3a), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cet aspect de manière plus détaillée. La Cour de céans relève en outre que, contrairement aux allégations du SMR, le Dr B _____ ne se prononce pas sur la controverse existant entre les médecins mandatés par l'intimé et les soignants ; il en fait simplement état. De plus, c'est à juste titre qu'il constate que le diagnostic posé par le Dr A _____ ne ressort d'aucune classification reconnue, ce que le TCAS avait également relevé dans son ordonnance d'expertise du 31 août 2010. 17. Sur le fond, après s'être entretenu avec les Drs V _____, T _____ et C _____, avoir procédé à un examen clinique et effectué des tests psychométriques, le Dr B _____ a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. S'agissant de la période antérieure à son expertise, et notamment celle au cours de laquelle la décision querellée a été rendue, l'expert mandaté par la Cour de céans a simplement considéré que le trouble dépressif récurrent avait oscillé entre une intensité moyenne et sévère, conformément aux avis des médecins traitants et du Dr A _____. Cela étant, force est de constater que l'expertise du Dr B _____ ne se prononce pas précisément sur l'état psychique de la recourante au jour de la décision querellée, raison pour laquelle la Cour de céans a sollicité des informations

A/656/2010 - 24/26 - complémentaires du Dr V _____ afin de déterminer l'évolution de l'intensité du trouble dépressif pour la période antérieure à la décision querellée. En effet, l'on ne saurait se fonder sans autre sur le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'un degré moyen retenu par le Dr A _____, aucune valeur probante n'ayant été reconnue à son expertise, de sorte que son appréciation de l'état de santé de la recourante constitue tout au plus un indice, au même titre que les avis des médecins traitants. La Cour de céans a estimé qu'il n'était pas utile d'intervenir auprès du Dr B _____ pour un complément d'expertise dans la mesure où n'ayant pas suivi l'assurée durant la période concernée, il n'aurait vraisemblablement pas été à même d'apporter des précisions à ses conclusions. Le Dr V _____, interrogé plus particulièrement sur l'évolution de l'intensité de l'état dépressif de mars 2007 à novembre 2010, a préalablement expliqué que pour évaluer celle-ci, il s'était fondé sur l'échelle du MADRS, dont les chiffres obtenus correspondaient à ce qu'il avait pu constater cliniquement. Il a ainsi relevé la présence d'un

état dépressif sévère de mars 2007 à juin 2010, sauf en août 2008, en juillet 2009, en janvier et avril 2010, où il est moyen. Il y a lieu de considérer, au vu de ce qui précède, que l'état dépressif dont souffre l'assurée est d'une intensité sévère depuis mars 2007. Il y a eu certes quelques épisodes durant lesquels l'intensité a passé de sévère à moyenne. Les épisodes d'intensité moyenne sont toutefois très peu nombreux sur un peu plus de trois ans, ils ne durent qu'un mois à peine pour les deux premiers et de cinq mois pour les deux derniers réunis, et se situent tous à la limite du degré sévère. On ne saurait dès lors en conclure que l'état de santé de l'assurée ait connu de véritables rémissions, suffisantes pour exercer une influence positive sur la capacité de travail. Il convient en conséquence de retenir que l'assurée présente une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, ce qui permet de conclure au caractère invalidant de la fibromyalgie dont elle souffre au demeurant et de considérer qu'il y a eu aggravation de l'état de santé justifiant l'ouverture d'un droit à une rente. Le Dr B_____ a évalué l'incapacité de travail de l'assurée à 100% lors de son évaluation, soit en décembre 2010 - janvier 2011. Eu égard aux remarques qui précèdent, le tribunal est d'avis qu'il n'existe pas, en l'occurrence, d'éléments permettant de s'écarter des conclusions de l'expert. En conséquence, l'assurée doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 100%, lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois de mars 2008 - après écoulement du délai de carence. En effet, l'incapacité de travail se confond ici avec le degré d'invalidité dans la mesure où aucune autre profession n'a été retenue comme étant mieux adaptée au handicap de l'assurée.

A/656/2010 - 25/26 - Aussi le recours est-il admis.

A/656/2010 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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