

GE_GERICHTE ATAS/1113/2013 vom 8. November 2013

GE Cour de justice, 2013-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1113_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1113/2013 du 8 novembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1113/2013 del 8 novembre 2013

Erwägungen

E. 22

Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMed de Nyon du 5 octobre 2009, les Dr L _____, rhumatologue, et Dr O _____, psychiatre et psychothérapeute, ont exposé les documents médicaux analysés, les données subjectives (anamnèse médicale, plaintes), les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles, ainsi que les données objectives (status somatique et psychique), avant de ne retenir aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, et de diagnostiquer, sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, un syndrome douloureux du compartiment antérieur du genou gauche sur chondromalacie rotulienne débutante, une discopathie lombaire débutante, un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis décembre 2007 (F45.4) et une dysthymie depuis 2008 (F34.1).

E. 23

Dans le rapport médical du SMR du 23 octobre 2009, le Dr L _____ indiqué que, sur le plan physique, les critères diagnostics d'une fibromyalgie étaient remplis et qu'il existait une discopathie lombaire ne pouvant être considérée comme maladie invalidante en raison de l'absence de douleur à caractère mécanique reproductible et cohérent. Si le status post-constitutionnel de l'épaule gauche s'associait à des douleurs persistantes avec immobilité du bras gauche, les examens radiologiques n'avaient cependant découvert aucune lésion et il n'existait pas d'insuffisance fonctionnelle dans la mesure où l'observation à l'hôpital avait constaté une mobilité normale. Sur le plan psychique, il était possible qu'en fonction du nombre de symptômes, les critères d'épisode dépressif sévère aient été

A/278/2010 - 8/25 - remplis vers la fin 2007 et au printemps 2008. Cependant, entre les deux épisodes dépressifs, les symptômes avaient vraisemblablement diminué sans disparaître. Il existait une discordance entre les plaintes de l'assurée et son manque de compliance qui laissait supposer que la symptomatologie n'était pas aussi importante que ce qui était allégué. Il était donc nécessaire d'évaluer ce syndrome douloureux somatoforme selon les critères de Meyer-Blaser. Il n'existait pas d'affection corporelle chronique incapacitante, comme l'avaient montré l'expertise orthopédique et l'évaluation rhumatologiques récentes. Il n'existait pas de comorbidité psychiatrique grave, ni de perte de l'intégration psychosociale, l'assurée étant entouré par sa famille. Il n'était pas possible de parler d'un échec des traitements conformes aux règles de l'art, dans la mesure où la compliance était mauvaise. Le Dr L _____ en a conclu que la majorité des critères de Meyer-Blaser ne permettait pas de conclure que le syndrome somatoforme était exceptionnellement invalidant.

E. 24

Par décision du 2 décembre 2009, envoyée par pli simple, l'Office AI a refusé des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'une rente, pour le motif que, selon les experts, il n'existait pas d'affection corporelle chronique incapacitante et qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique grave ni de perte de l'intégration psychosociale.

E. 25

Dans un courrier à l'avocate de la recourante du 2 janvier 2010, le Dr K_____ a commenté l'expertise du CEMed du 5 octobre 2009 (cf. ch. 22 supra). Il a estimé que le diagnostic retenu de dysthymie en lieu et place de celui de dépression devait être sérieusement réexaminé. Il a également mis en doute l'appréciation des experts selon laquelle l'exigibilité du travail de la recourante en tant que femme de ménage d'hôtel serait devenue exigible à 100% dès juin 2008, tout comme il a contesté les appréciations du Dr L_____ (cf. ch. 23 supra) selon lesquelles il n'existait pas de perte de l'intégration psychosociale ni d'échec des traitements conformes aux règles de l'art. En conclusion, le Dr K_____ a estimé qu'une nouvelle expertise se justifiait.

E. 26

Par acte de son avocate du 25 janvier 2010, l'assurée a recouru contre la décision susmentionnée, en concluant à l'annulation de cette dernière et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Contestant le rapport du CEMed, la recourante a indiqué toujours souffrir sur le plan physique de ses deux accidents de 2007, en ajoutant que le problème principal se situait au niveau de son état de santé psychiatrique (tentamen, idées suicidaires, perte d'intégration sociale) qui, selon son psychiatre traitant, ne s'améliorait pas, voire s'aggravait. Une évaluation complémentaire de son état de santé était en cours auprès des HUG.

E. 27

Dans un rapport du 18 février 2010, les Dr P_____ et Dr Q_____, du Département des neurosciences cliniques des HUG, ont exposé les antécédents et comorbidités de l'assurée, son anamnèse, son status neurologique et les examens complémentaires effectués, avant de diagnostiquer, avec une répercussion sur la capacité de travail, (1) un syndrome régional douloureux chronique de l'hémicorps

A/278/2010 - 9/25 - gauche, modérément invalidant, possiblement avec composante dysautonomique, (2) des douleurs hémicorporelles gauches, entraînant des troubles neurologiques et neuropsychologiques fonctionnels de type dissociatif (syndrome de Ganzer), (3) un status post deux embolisations d'une fistule durale artérioveineuse du sinus transverse gauche en octobre 2001, (4) des troubles lombaires dégénératifs étagés sous forme de discopathie avec hernie en L4-L5 de localisation médiane droite, foraminale et extra-foraminale, avec une petite hernie discale sous-ligamentaire médiane en L5-S1, et une arthrose hypertrophiante de la charnière lombosacrée avec petits resserrés des récessus latéraux gauches, et, sans répercussion sur la capacité de travail, (5) un contexte anxio-dépressif avec éléments récurrents et parfois idées suicidaires avec symptômes dissociatifs, (6) de possibles douleurs articulaires du genou et de l'épaule gauches, (7) une probable fibromyalgie et (8) des troubles dégénératifs articulaires et lombaires débutants avec discopathie. Les médecins précités ont considéré que, sur le plan physique et neurologique, la limitation liée aux douleurs chroniques pouvait être évaluée à 25%. Le reste des troubles était fonctionnel. Au niveau mental, la recourante ne pouvait pas pour le moment reprendre son activité antérieure. Ils estimaient que les troubles étaient, pour une

grande partie, dissociatifs et que les douleurs, directement liées à l'accident, altéraient le rendement cognitif de 15%. Ils ont donc retenu que le rendement était limité par la composante neurologique et neuropsychologique de 40%; s'agissant de la composante psychiatrique, elle devait être redéfinie par le psychiatre, étant précisé qu'un tableau tellement théâtral ne permettait pas à des non-spécialistes de se prononcer.

E. 28

Par lettre de son avocate du 25 mars 2010, la recourante s'est référée au rapport des Dr P_____ et Dr Q_____ et a persisté dans ses conclusions, en sollicitant un complément d'instruction (audition du Dr K_____ et ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire).

E. 29

Dans un avis (non signé) du SMR du 15 avril 2010, le Dr L_____, spécialiste FMH ne médecine interne, a estimé que le diagnostic de syndrome de Ganser semblait correct, en précisant que, selon la littérature consultée, ce syndrome se résolvait spontanément en l'absence de traitement spécifique et ne pouvait dès lors être retenu comme justifiant une incapacité de travail durable. S'agissant des atteintes du nerf médian et du nerf cubital, devant encore faire l'objet d'une électromyographie, elles étaient probablement en rapport avec un tunnel carpien ou un canal de Guyon, soit des affections ne représentant pas une cause d'incapacité de travail durable. Le médecin précité a également relevé la discordance entre le refus des experts de préciser la capacité résiduelle de travail et leur avis selon lequel une diminution rendement de 40% (sans même préciser le taux d'activité) était justifiée par la composante neurologique et neuropsychologique. Dans cette appréciation, les experts avaient également pris en compte les aspect rhumatologiques et psychiatriques, de sorte que, selon le Dr L_____, les experts ne s'étaient pas

A/278/2010 - 10/25 - prononcé sur les compétences neurologiques, et qu'il fallait se distancer de leur avis.

E. 30

Par lettre du 26 avril 2010, l'Office AI a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR du 15 avril 2010.

E. 31

Par courrier du 23 janvier 2010, la recourante a sollicité l'audition des Dr P_____ et K_____, après avoir communiqué les documents médicaux suivants : a) une lettre du Dr F_____ du 12 juillet 2010, qui estime que, dans son avis du 15 avril 2010, le SMR a procédé une appréciation théorique du syndrome de Ganser, sans tenir compte de la situation particulière de la recourante. Il a par ailleurs estimé l'incapacité de travail de cette dernière à plus de 90%; b) un rapport du Dr AD_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 6 juillet 2010, dans lequel il a diagnostiqué des douleurs des deux avant-pieds dans le contexte de troubles statiques, de troubles dégénératifs et d'un status après nécrose aseptique de la tête du 2ème métatarsien à gauche. Il a préconisé une réduction de l'importante obésité et a prescrit de nouveaux supports plantaires et un traitement médicamenteux; c) la 1ère page du rapport du SMR du 15 avril 2010, sur laquelle des annotations manuscrites ont été apposées, manifestant en particulier le désaccord avec l'évolution théoriquement favorable du syndrome de Ganzer.

E. 32

Lors de son audition par le Tribunal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 23 septembre 2010, le Dr P_____ a confirmé son rapport du 18 février 2010, notamment s'agissant de l'invalidité de 40% composée de 25% par l'aspect physique et neurologique et de 15% par l'aspect neuropsychologique. Par rapport au syndrome de Ganzer, il a déclaré que, selon la littérature, ce trouble se résolvait généralement spontanément. Toutefois, tel n'était pas le cas concernant la recourante, en justifiant cet avis sur la base des cas mentionnés comme exceptions dans la littérature; il y avait effectivement une concordance entre le tableau présenté par la recourante et les cas exceptionnels mentionnés dans la littérature. Il a précisé que vu la difficulté à cerner ce syndrome, il lui avait accordé peu d'importance dans l'évaluation des limitations fonctionnelles de l'assurée et n'en avait pas tenu compte dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Il a maintenu les diagnostics – non retenus par le CEMed – de syndrome régional douloureux de l'hémicorps gauche et de status post embolisations, estimant que ce dernier avait représenté une première agression du système nerveux de l'assurée qui pouvait potentialiser un problème neurologique successif. S'agissant des vertiges dont se plaignait l'assurée, il les avait rattachés au syndrome douloureux de l'hémicorps gauche. S'agissant de la fibromyalgie diagnostiquée par le CEMed, le Dr R_____ a indiqué ne pas

A/278/2010 - 11/25 - s'opposer à ce diagnostic, dans la mesure où il n'avait pas examiné la recourante dans ce sens, étant précisé que c'était les rhumatologues qui étaient en mesure de le faire. Par rapport au côté théâtral de l'assurée, il a estimé que la constance du problème rencontré par cette dernière parlait contre une simulation consciente.

E. 33

Egalement entendu par le 23 septembre 2010, le Dr K_____ a confirmé son rapport du 10 novembre 2008 et son courrier du 2 janvier 2010. Il a estimé que la capacité résiduelle de travail de la recourante était nulle et incompatible avec son isolement, son renfermement sur elle-même, son angoisse au point de ne pas pouvoir sortir non accompagnée et ses surdoses occasionnelles de médicaments l'empêchant de se déplacer seule. Il a persisté à considérer que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif même sévère, qui existait déjà lorsqu'elle travaillait encore à 100%, et non d'une dysthymie, d'un isolement social et d'une sorte de rejet au sein de sa famille, et d'une personnalité anankastique.

E. 34

Lors de son audition du même jour, la recourante a décrit le déroulement de sa journée comme suit : «je me réveille vers 05h.30 afin de pouvoir prendre mon café et mon petit-déjeuner sans qu'il y ait de bruit dans la maison, je prépare ensuite les médicaments que je dois prendre et je les prends, je vais ensuite dans ma chambre pour être seule et ne pas entendre le son de la télévision lorsque les autres membres de ma famille se réveillent, je m'y assieds et parfois lis, le plus souvent je m'endors. J'essaie de me lever mais n'y arrive pas, car je n'ai pas de forces. Je demeure dans ma chambre jusqu'à 11h.00-11h.30. Parfois je m'habille, parfois pas. Ma belle-fille (épouse de mon fils) vient à la maison et prépare le repas. Après le repas, je reste dans l'appartement et m'assieds sur le balcon. Parfois, je vais me promener avec mon mari, mais j'aime bien la solitude. Je précise que mon mari est également toute la journée à la maison, car il ne travaille pas. Il est très difficile pour moi de me laver et je dois être aidée par mon fils. J'ai trois garçons; dont un seul qui réside avec

moi et mon mari. Les autres garçons viennent régulièrement m'aider. Je fais ma toilette plutôt dans le courant de la matinée. En raison de mes vertiges quand je marche, je préfère rester à la maison. Je précise que le fils qui habite avec nous suit actuellement un stage. Je précise qu'il est autonome malgré sa grave maladie mentale. Pour le repas du soir, c'est parfois mes enfants ou ma belle-fille qui nous l'amène à la maison. Personnellement, je n'ai pas la force de préparer un repas. Après le repas, les membres de ma famille regardent la télévision alors que je bois un café qui a été préparé par mon fils. Après avoir pris mes médicaments, je vais me coucher vers 21h.00. Je m'endors mais me réveille souvent durant la nuit. Je rêve beaucoup». Elle a ajouté que ce n'était pas elle mais sa belle-fille qui faisait la lessive et le ménage, qu'elle n'avait pas de loisirs notamment parce qu'elle ne savait pas lire, ne pouvait faire de la marche en raison de son état de santé et n'aimait pas la musique, et qu'elle n'avait pas d'amie qui lui rendait visite.

E. 35

Le 19 janvier 2011, la recourante a été hospitalisée aux HUG en raison d'une thrombose, puis a séjourné du 19 au 18 février 2011 au Département de réhabilitation et gériatrie.

A/278/2010 - 12/25 - Dans un rapport du 26 janvier 2011, les Dr S_____, chef de clinique, et Dresse T_____ ont diagnostiqué principalement un phlegmasia coerulea dolens sur thrombose veineuse profonde ilio-fémoro-poplitée gauche s'étendant dans la veine cave inférieure et, secondairement, une embolie pulmonaire centrale-paracentrale concernant le lobe supérieur droit, lobe moyen et lobe inférieur droit, une mutation du facteur II hétérozygote, un sepsis avec bactériémie de la racine de la cuisse gauche médiale, des crachats hémoptoïques d'origine indéterminée, une prise pondérale d'origine indéterminée, un état dépressif et des troubles anxieux et un herpès labial. Dans une lettre de sortie du 22 février 2011, les Dr U_____ (seul signataire), Dr V_____ et Dresse W_____ ont posé les diagnostics principaux de thrombose veineuse profonde ilio-fémoro-poplitée gauche s'étendant dans la veine cave inférieure et des embolies pulmonaires centrales para-centrales concernant le lobe supérieur droit, le lobe moyen et le lobe inférieur droit, et le diagnostic secondaire de mutation du facteur 2 hétérozygote. Ils ont également relevé, à titre de complications, une probable surinfection bactérienne de la thrombose veineuse profonde ilio-fémoro-poplitée gauche à *Streptococcus anginosus*, et, comme comorbidités actives, un syndrome douloureux chronique, une discopathie et une hernie discale, une lombosciatalgie gauche chronique, des troubles anxio-dépressifs et, comme comorbidité inactive, une obésité morbide.

E. 36

Par courrier du 12 décembre 2011, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise pluri-disciplinaire et de la confier à la Dresse AA_____ (pour le volet rhumatologique), à la Dresse AB_____ (pour le volet psychiatrique) et au Dr AC_____ (pour le volet neurologique) du Bureau Romand d'Expertises Médicales (ci-après : BREM), en leur communiquant la mission d'expertise.

E. 37

Par courrier de son conseil du 15 décembre 2011, la recourante a déclaré n'avoir pas de questions complémentaires à poser aux experts et, par lettre du 12 janvier 2012, l'intimé s'est référé à un avis médical du SMR du 6 janvier 2012 joint en annexe.

E. 38

Par ordonnance du 7 mai 2012, la Chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluri-disciplinaire qu'elle a confiée aux Dresse AA_____, Dresse AB_____ et Dr AC_____.

E. 39

Dans un volumineux rapport d'expertise du 9 décembre 2012, après avoir exposé les données subjectives de l'expertisée (anamnèse et plaintes) et les constatations objectives (status rhumatologique, status neurologique, status psychiatrique, examens complémentaires), les Drs AA_____, AB_____ et AC_____ ont diagnostiqué (1) un syndrome somatoforme persistant (F45.4), (2) un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), (3) une incontinence urinaire mixte discrète (N39.4), (4) un status après embolisation de fistule durale artério-veineuse du sinus latéral gauche (2001) (Q28.2), (5) une

A/278/2010 - 13/25 - méniscope et une chondromalacie débutante rotulienne du genou gauche (M23.2 et M22.4), (6) une spondylodiscarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8), (7) des lésions dégénératives plantaires sur troubles statiques et après ostéonécrose aseptique du 2ème métatarsien à gauche (M19.8), (8) une obésité (E66.9), (9) une polyneuropathie modérée axonale essentiellement sensitive (G62.9), (10) un déconditionnement (Z72.3), (11) un status après thrombose veineuse profonde proximale étendue du membre inférieur gauche compliqué d'embolie pulmonaire et de septicémie sur surinfection locale du thrombus (janvier 2011) (I82.) et (12) une mutation hétérozygote facteur II (D68.9). Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu qu'en janvier 2008, l'examen ostéo-articulaire était resté normal mis à part quelques points d'allodynie, en nombre insuffisant pour retenir formellement une fibromyalgie, que tous les examens paracliniques pratiqués étaient dans les normes au plan sanguin, au plan radiologique, au plan neurologique et électroneurologique, qu'il avait été observé des éléments discordants et un comportement passif avec même un refus de traitements en physiothérapie active et qu'aucun argument pour une origine somatique des douleurs n'était retenu. Ces observations avaient été confirmées par l'expertise du Dr E_____, les examens effectués à la demande du Dr F_____ - qui, toutefois, reconnaissait une incapacité totale de travail au plan somatique -, l'expertise du Dr I_____, celle du Dr J_____, qui évoquait un contexte de trouble somatoforme douloureux persistant, et l'expertise du Dr L_____, qui avait retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. L'expertise du Dr P_____ avait évoqué un syndrome de Ganser, à l'origine des discordances, équivalent d'un syndrome dissociatif, avec suspicion d'une atteinte pyramidale gauche cervicale ou cérébrale, des neuropathies d'enclavement des membres supérieurs (nerf médian à gauche et nerf cubital à droite) ainsi qu'une polyneuropathie; il pensait que parmi les douleurs, celles du genou gauche étaient en relation avec l'imagerie montrant un début d'arthrose mais l'expert précité sortait de son champ de spécialisation concernant ce dernier diagnostic ; il n'y avait pas vraiment d'explication à l'étendue hémicorporelle gauche des douleurs. Les experts ont finalement retenu que s'il existait des points d'allodynie répondant aux critères de fibromyalgie ainsi que des manifestations extra-articulaires reconnues de cette affection dans la nouvelle classification 2010, l'assurée présentait une allodynie plus étendue, avec des points contrôle positifs. Le tableau clinique correspondait à celui d'un trouble somatoforme déjà identifié par le Dr J_____ en 2008. Les signes de Waddell étaient tous positifs et les critères d'amplification de Matheson étaient présents. Il n'y avait pas d'élément pour suspecter des

phénomènes algodystrophiques de l'hémicorps gauche tels qu'évoqués dans l'expertise P_____. Les critères de Harden étaient négatifs. La recourante se montrait souple dans sa gestuelle. Elle ne présentait toutefois pas les critères de Beighton pour une hypermobilité articulaire et ne signalait pas les avoir eus dans sa jeunesse. Un point d'inflexion était survenu dans l'état de santé de l'expertisée en janvier 2011 par la survenue d'une thrombose veineuse proximale du membre inférieur gauche, au niveau ilio-fémoro-poplitée, compliquée d'embolie pulmonaire, d'une surinfection locale par lésions de grattage.

A/278/2010 - 14/25 - Sur le plan neurologique, les experts ont indiqué que la discordance entre les plaintes et l'examen objectif avait toujours été relevée au cours des différentes évaluations et expertises, qu'ils avaient constaté des manifestations somatiques dépassant clairement l'expression d'une affection neurologique centrale et/ou périphérique, qui étaient extériorisées de manière très théâtrale et s'inscrivaient dans un discours centré sur la douleur et exprimant de manière vive la souffrance psychique et physique, et entraient dans le diagnostic du trouble somatoforme. Les experts ont conclu qu'au plan somatique, il n'y avait pas d'altération de l'état de santé significative et qu'ils se trouvaient face à une situation stationnaire par rapport aux expertises du Dr E_____, du Dr I_____, du Dr J_____, et du Dr L_____, jusqu'en janvier 2011, date où était survenue une thrombose veineuse profonde proximale du membre inférieur gauche compliquée d'embolie pulmonaire. Sur le plan psychique, la recourante a été examinée à deux reprises par l'expert et, la seconde fois, a décrit le déroulement de sa journée comme suit : elle se lève entre 7 heures et 7 heures 30, puis se prépare un café. Alors que le reste de la famille dort, elle s'habille seule. Elle sort à l'extérieur muni de deux béquilles et va marcher environ 20 minutes dans le parc. Lorsqu'elle rentre, elle essaye de préparer le repas et de passer l'aspirateur, sans succès en raison de douleurs. Une dame vient faire le ménage. La douche est effectuée par le mari est le fils matin et soir, elle-même disant ne pas être en mesure de le faire. L'après-midi, elle sort soit seule, soit souvent avec son mari qui joue tous les après-midi au bowling. Elle reste un moment au bowling mais, supportant mal le bruit, elle rentre, accompagnée de son fils aîné qui vient la chercher après son travail. Elle se couche vers 21 heures. Elle dort et, durant la nuit, se réveille à trois reprises mais peut facilement se rendormir. Les experts ont retenu que, dès fin décembre 2002, la recourante présentait un état dépressif persistant. En octobre 2003, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique a été diagnostiqué. En 2004, il y a eu une péjoration de la thymie, tout comme à fin 2005, où le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'un probable trouble de personnalité est posé; selon les experts, les symptômes dépressifs décrits correspondaient à un épisode dépressif moyen. Au courant du premier trimestre 2006, les diagnostics retenus à l'époque étaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques; ici aussi, les experts ont estimé que les symptômes décrits correspondaient à un épisode dépressif moyen. Dès octobre 2007, l'expertisée a été suivie par le Dr K_____ en raison d'une péjoration de la thymie; le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère a été évoqué. L'épisode dépressif a perduré sans rémission. En mai 2008, la recourante avait été hospitalisée quelques jours aux HUG à la suite d'une tentative de suicide médicamenteuse. En novembre 2008, le Dr J_____, spécialiste FMH médecine interne, a conclu à un trouble somatoforme douloureux persistant (douleurs chroniques de l'hémicorps gauche) et un trouble dépressif sévère avec

A/278/2010 - 15/25 - somatisations multiples. Une incapacité de travail totale a été retenue en raison d'un processus maladif durable, d'une perte d'intégration sociale et d'un handicap dans toutes les manifestations de la vie, à un trouble psychique cristallisé et à l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art. Selon les experts, bien que le Dr J _____ ait conclu à un trouble dépressif sévère, aucun status psychique n'était décrit; par ailleurs, le médecin précité faisait état de facteurs psychosociaux, dont la méconnaissance de la langue française; en l'absence de status et d'une description claire des symptômes dépressifs, les experts n'ont pu ni infirmer, ni confirmer le diagnostic de trouble dépressif sévère. En février 2009, le Dr K _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et une personnalité anankastique, en évoquant des difficultés évidentes de concentration, une mimique triste, peu mobile, un ralentissement psychomoteur modéré, une anxiété modérée, une culpabilité, des antécédents d'idéation suicidaire, non présente à ce moment, une alexithymie et une prise pondérale aggravant sa mauvaise image d'elle-même. Selon les experts, ces symptômes correspondaient, selon la définition de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM 10, à un épisode dépressif moyen. En mai 2009, le Dr O _____ a conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant et à une dysthymie, en précisant qu'il était vraisemblable qu'en fonction du nombre de symptômes, les critères d'épisode dépressif sévère aient été remplis vers la fin 2007 et au printemps 2008, en raison notamment de l'intensité possible de la tristesse, la baisse d'espoir, les idées suicidaires et la tentative de suicide en mai 2008; entre ces deux épisodes dépressifs, les symptômes avaient vraisemblablement diminué sans disparaître, mais il n'y avait pas de certitude, un diagnostic de trouble dépressif récurrent étant théoriquement possible, mais pas démontré. Selon les experts, au status, n'étaient pas objectivés d'effondrement de l'humeur, d'idée suicidaire, de troubles cognitifs; en fonction du status décrit, ceci correspondait en effet à une dysthymie. Du 24 mai 2012 au 8 juin 2012, l'expertisée a été hospitalisée à Belle-Idée; dans la lettre de sortie du 26 juin 2012, il est conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, étant précisé, dans le status, que la patiente était calme, collaborante, et qu'il y avait un ralentissement psychomoteur, une humeur dépressive, une aboulie, une perte d'appétit, un réveil matinal précoce, une idée de dévalorisation, de culpabilité et d'incurabilité, une perte d'espoir, pas d'idée suicidaire active mais présente dans les semaines ayant précédé, des idées délirantes de persécution avec hallucinations auditives et visuelles, et une anxiété majeure. Selon les experts, ces symptômes correspondaient en effet à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Lors de leurs examens, les experts ont objectivé dans les éléments dépressifs une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de la confiance en soi, une vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir et un sentiment de dévalorisation. Ces cinq symptômes correspondaient selon la CIM-10 à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique associé. Aucun symptôme compatible avec un syndrome de Ganser n'a

A/278/2010 - 16/25 - été objectivé, raison pour laquelle ce diagnostic a été exclu. Bien que la recourante ait signalé une sociabilité diminuée avec l'extérieur, la sociabilité avec la famille était bien maintenue; en été, elle s'était rendue dans son pays d'origine, en voiture, avec son mari, pour rendre visite à sa belle-famille. L'évocation de plaintes intenses et persistantes, malgré un substrat organique peu clair, permettait de retenir selon la CIM-10, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Celui-ci s'accompagnait

d'une comorbidité psychiatrique d'intensité légère, soit une dépression; l'intensité de cette dernière avait fluctué depuis septembre 2007 jusqu'au jour de l'examen sous forme d'épisodes dépressifs léger, moyen à rarement sévère; actuellement, l'intensité de cette dépression était légère. La recourante ne présentait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisqu'elle maintenait des contacts réguliers avec ses enfants, belle-fille et petits- enfants, et avait également pu se rendre en vacances dans son pays d'origine l'été. Bien qu'elle ait dit nécessiter l'aide de son mari et de son fils cadet pour s'habiller et faire sa toilette, la recourante avait indiqué se lever tôt le matin, s'habiller seule pour aller marcher une vingtaine de minutes dans le parc situé à proximité de son domicile. Plusieurs après-midi par semaine, elle accompagnait son mari au bowling. En fin d'après-midi, elle rentrait à domicile avec son fils cadet lorsqu'il avait terminé son activité professionnelle. L'état psychique paraissait cristallisé. Toutefois, des bénéfices secondaires étaient présents (évitement d'un rôle à jouer et arrêt des violences conjugales). On ne pouvait parler d'échec des traitements; la recourante avait reçu diverses médications psychotropes avec des taux sériques faibles d'antidépresseur, ceci malgré les doses prescrites; d'autre part, les taux d'olanzapine (Zyprexa), effectués respectivement les 28 juin 2012 et 30 août 2012, malgré une même dose, montraient des valeurs doublées à la 2ème prise de sang; ceci est difficilement explicable sur le plan clinique. Le traitement antidépresseur devait être augmenté ou potentialisé et des taux sériques effectués régulièrement en fonction de la clinique. Les symptômes dépressifs devaient s'améliorer et permettre une augmentation de la capacité de travail. Des affections corporelles chroniques étaient présentes, détaillées par les Dresse AA_____ et Dr AC_____. Le processus maladif s'étendait sur plusieurs années, sans rémission durable, depuis septembre 2007. Une exagération des symptômes avec une attitude démonstrative et théâtrale était présente avec cependant une demande de soins et un environnement psychosocial précaire. Au vu de certaines activités (promenades seule les matins, voyage en voiture cet été pour se rendre en Bosnie pour des vacances), l'expertisée était manifestement en mesure de surmonter ses douleurs. Le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, entraînaient les limitations suivantes : un abaissement du seuil à la douleur, une humeur chroniquement déprimée avec des fluctuations, une anhédonie, une vision négative pour le futur et un manque d'estime de soi. Ces limitations interféraient de 30% dans toutes activités, depuis septembre 2007. Ponctuellement, sur de courtes durées et lors d'épisodes dépressifs sévères, l'incapacité de travail avait été entière.

A/278/2010 - 17/25 - Une activité adaptée aux limitations indiquées ci-dessus, dans une activité simple, était exigible, à 70% avec rendement entier, depuis septembre 2007. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont estimé que, sur les plans somatique et psychiatrique, une diminution de la capacité de travail de 30% dans toutes les activités existait depuis septembre 2007 pour des raisons psychiatriques. Depuis janvier 2011, existait une diminution de la capacité de travail à 100% dans toute activité pendant 3 mois en tenant compte de la thrombose et de ses complications. Depuis avril 2011, dans l'ancienne profession, il persistait une diminution de 50% de la capacité de travail tant que durait l'anticoagulation. Dans une activité de substitution, depuis avril 2011, une capacité de travail de 100% était retrouvée sur le plan physique, réduite à 70% pour des raisons psychiatriques. Du point de vue des limitations fonctionnelles, les experts ont indiqué qu'au plan somatique, depuis janvier 2011, la recourante devait éviter de monter sur une échelle, un escabeau, éviter les sols glissants, les terrains instables, l'utilisation d'engins tranchants

et ceci tant que durerait l'anticoagulation. Au plan psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique entraînaient un abaissement du seuil à la douleur, une humeur chroniquement déprimée avec des fluctuations, une anhédonie, une vision négative pour le futur et un manque d'estime de soi, qui interféraient de 30% dans toutes activités. S'agissant des mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail de la recourante, les experts ont indiqué que, sur le plan somatique, les mesures suivantes étaient suggérées : modifier le traitement antalgique au profit de substances sans effet central pouvant potentialiser les effets des antidépresseurs, encourager la poursuite de la perte de poids et la pratique de la marche. Toutefois, une reprise professionnelle était entravée par la kinésiophobie de la recourante et son absence de motivation à reprendre un travail quel qu'il soit. De plus, des éléments sortant du champ médical interféraient et ne seraient nullement touchés par de telles mesures. Sur le plan psychiatrique, le traitement antidépresseur devait être augmenté ou potentialisé et des taux sériques devaient être effectués régulièrement en fonction de la clinique. Les symptômes dépressifs devaient s'améliorer et permettre une augmentation de la capacité de travail. Toutefois, la présence de facteurs extra-médicaux jouait un rôle défavorable, quel que soit le traitement prescrit. Enfin, les experts ont indiqué que les chances de succès d'une réadaptation professionnelle étaient nulles.

E. 40

Par lettre du 18 janvier 2013, l'Office AI s'est référé à l'avis du SMR du 20 décembre 2012, en soutenant que les critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux permettant de reconnaître une atteinte à la santé comme invalidante n'étaient pas remplis; il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique grave, ni de perte d'intégration dans tous les domaines de la vie

A/278/2010 - 18/25 - sociale, pas plus qu'un échec des traitements conformes aux règles de l'art. L'intimé a dès lors indiqué qu'il ne pouvait pas suivre les conclusions du rapport d'expertise tendant à la reconnaissance d'une diminution de rendement de 30% pour des raisons psychiatriques.

E. 41

Par courrier de son avocate du 10 janvier 2013, la recourante a persisté à conclure à l'octroi d'une rente d'invalidité, avec suite de dépens, en exposant que les experts avaient conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée de 70% depuis septembre 2007, sous réserve de périodes d'incapacité de travail entière, et que les mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec, et qu'il appartenait dès lors à l'Office AI d'indiquer quelles seraient les possibilités de travail concrètes entrant en considération en fonction de ses limitations et qu'il y aurait ensuite lieu de procéder à une comparaison des salaires avec et sans invalidité, compte tenu d'une réduction sur le salaire statistiques de 25%.

E. 42

Après échange des écritures des parties, la cause a été gardée à juger.

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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en la forme et dans le délai prescrits, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA). 3. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente, depuis septembre 2007 (survenance de son incapacité totale de travail), une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente. 4. a) 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 normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1b ; ATF 131 V 242, consid. 2.1).

A/278/2010 - 19/25 - b) En l'espèce, seuls les faits survenus jusqu'en décembre 2009 (date de la décision attaquée) devront être pris en compte, étant précisé qu'un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (cf. ATF 99 V 98, consid. 4 p. 102; ATF 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2 ; ATF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012). 5. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). b) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). c) 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. 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

A/278/2010 - 20/25 - 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). b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

A/278/2010 - 21/25 - c) 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) En l'espèce, la Chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire, qui a été réalisée par des spécialistes reconnus, soit les Dresse AA_____, rhumatologue, Dresse AB_____, psychiatre, et Dr AC_____, neurologue, du Bureau Romand d'Expertises Médicales. Ces derniers ont procédé à une étude circonstanciée des points litigieux, se sont fondés sur des examens complets, ont pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, ont établi leur rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, ont décrit le contexte médical et ont apprécié la situation médicale de manière claire, et, finalement, ont pris des conclusions qui sont convaincantes et dûment motivées, sous réserve de leur conclusion quant à la capacité résiduelle de travail, qui se heurte à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux (consid. 7 infra). Sous cette seule réserve, la Chambre de céans considère dès lors que le rapport d'expertise, singulièrement la partie psychiatrique, remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. 7. a) En l'espèce, l'Office AI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité à la recourante pour le motif il n'existait pas d'affection corporelle chronique

A/278/2010 - 22/25 - incapacitante et qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique grave ni de perte de l'intégration psychosociale. Il ressort effectivement du dossier, singulièrement de l'expertise judiciaire, que la recourante souffre essentiellement d'une symptomatologie dépressive associée à un trouble somatoforme douloureux. b) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois 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 130 V 354 et ATF 131 V 50). A cet égard, 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 (ATF 130 V 358 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 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 132 V 65, consid. 4.2). c) Il convient ainsi d'examiner si les différents critères jurisprudentiels permettant de retenir le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux dont souffre la recourante ont été remplis dès septembre 2007. S'agissant de l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, les experts ont examiné l'ensemble des rapports médicaux contenus dans le dossier, pour retenir que, dès fin décembre 2002, la recourante a présenté un état dépressif persistant, qui a varié en intensité (épisode moyen avec syndrome somatique en octobre 2003, à fin 2005 et au courant du premier trimestre 2006, épisode sévère en octobre 2007 et en novembre 2008, épisode moyen en février 2009, dysthymie en mai 2009, épisode sévère avec symptômes psychotiques, en mai-juin 2012, et épisode dépressif léger sans syndrome somatique associé lors de

A/278/2010 - 23/25 - leur examen). Ils en ont conclu que le syndrome douloureux somatoforme persistant s'accompagnait d'une comorbidité psychiatrique d'une intensité, qu'ils ont qualifiée de légère, qui avait fluctué depuis septembre 2007 jusqu'au jour de l'examen sous forme d'épisodes dépressifs léger, moyen à rarement sévère. La Chambre de céans considère dès lors que le critère de l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, de septembre 2007 à décembre 2009 n'a pas été réalisé. En ce qui concerne un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, les experts ont confirmé son existence depuis septembre 2007. Quant aux affections corporelles chroniques, les experts ont retenu qu'elles étaient présentes. Or, la jurisprudence exige qu'elles induisent une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (arrêt du TF I 317/05 du 12 juin 2006 consid. 5.2) ce qui n'est pas le cas en l'espèce. S'agissant d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, les experts ont retenus que ce critère n'était pas réalisé, puisque la recourante maintenait des contacts réguliers avec ses enfants, belle-fille et petits-enfants, et avait également pu se rendre en vacances dans son pays d'origine l'été auprès de sa belle-famille, qu'elle allait marcher le matin tôt durant une vingtaine de minutes dans le parc situé à proximité de son domicile, que plusieurs après-midi par semaine, elle accompagnait son mari au bowling, et qu'en fin d'après-midi, elle rentrait à domicile avec son fils cadet lorsqu'il avait terminé son activité professionnelle. Dans ces conditions, la Chambre de céans fait sienne la conclusion des experts au sujet de l'absence de perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Quant au critère de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, les experts ont indiqué que la recourante avait reçu diverses médications psychotropes avec des taux sériques faibles d'antidépresseur, ceci malgré les doses prescrites; d'autre part, les taux d'olanzapine (Zyprexa), effectués respectivement les 28 juin

2012 et 30 août 2012, malgré une même dose, montraient des valeurs doublées à la 2ème prise de sang; ceci était difficilement explicable sur le plan clinique. Le traitement antidépresseur devrait être augmenté ou potentialisé et des taux sériques effectués régulièrement en fonction de la clinique. Les symptômes dépressifs devraient s'améliorer et permettre une augmentation de la capacité de travail. A l'instar des experts, la Chambre de céans considère que ce critère n'est pas rempli non plus. Enfin, les experts ont retenu qu'une exagération des symptômes avec une attitude démonstrative et théâtrale était présente avec cependant une demande de soins et un environnement psychosocial précaire. Au vu de certaines activités (promenades seule les matins, voyage en voiture cet été pour se rendre en Bosnie pour des vacances), l'expertise était manifestement en mesure de surmonter ses douleurs.

A/278/2010 - 24/25 - c) Il ressort ainsi de l'examen des divers critères jurisprudentiels permettant de retenir le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux dont souffre la recourante que l'absence de comorbidité psychiatrique significative, l'absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'absence d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, l'absence d'affections corporelles chroniques et l'exagération des symptômes conduisent à exclure le caractère invalidant de cette pathologie. En retenant qu'en définitive, la recourante disposait d'une capacité de travail résiduelle de 70% et non de 100%, les experts n'ont pas pris en considération les différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. C'est dans cette seule mesure que la Chambre de céans s'écartera du rapport d'expertise, pour conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. 8. Au bénéfice de ce qui précède, la Chambre de céans considère que la recourante n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période de septembre 2007 à décembre 2009. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée. 9. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

A/278/2010 - 25/25 - 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.