

GE_GERICHTE ATAS/1145/2010 vom 10. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1145_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1145/2010 du 10 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1145/2010 del 10 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au jour de sa modification et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6 b). b) En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit à une rente d'invalidité à compter de septembre 2006. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Quant aux modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), et les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont également applicables pour l'appréciation du droit aux prestations à partir de leurs entrées en vigueur.

E. 3

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

E. 5

a) 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). Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les

A/920/2010 - 12/22 - mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27 al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer

A/920/2010 - 13/22 - sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une

mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04). c) Lors de l'examen du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse,

A/920/2010 - 14/22 - encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). f) Selon l'art. 28 al. 2ter LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

E. 6

D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base

suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung

A/920/2010 - 15/22 - in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). Selon le Tribunal fédéral des assurances, il existe par ailleurs des caractéristiques communes entre la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifient, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

E. 7

a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière. b) Aux

termes de l'art. 29 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable en l'espèce, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA; let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA; let. b).

E. 8

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. 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

A/920/2010 - 16/22 - 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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'écartier 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).

A/920/2010 - 17/22 - 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) 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). d) 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 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). 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).

E. 9

En l'occurrence, il convient d'abord de déterminer le statut de la recourante. Celle-ci travaillait avant la survenance de l'invalidité à 50%. Par ailleurs, elle a déclaré le 20 décembre 2007 qu'elle aurait travaillé à ce pourcentage sans atteinte à la santé. Partant, il y a lieu de constater qu'elle présente un statut mixte, de sorte que sa capacité de travail doit être évaluée dans une activité lucrative à 50% et dans les travaux habituels du ménage au même taux.

E. 10

La recourante a fait l'objet de deux expertises par le Dr C_____, ainsi que d'une expertise judiciaire par le Dr J_____. Toutefois, comme relevé dans l'ordonnance d'expertise, les expertises du Dr C_____ n'ont pas convaincu le Tribunal de céans. Une valeur probante n'ayant pu être attribuée à celles-ci, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire était dès lors

A/920/2010 - 18/22 - nécessaire. En effet, les expertises du Dr C_____ paraissent superficielles et contradictoires. En premier lieu, il sied de relever que ce médecin n'a pas mentionné dans ses rapports que les "malaises" sont accompagnés d'une perte de connaissance. Il n'a pas non plus indiqué les épisodes dépressifs majeurs dont a souffert la recourante. Il a procédé en outre à de nombreux tests psychologiques, pour ne pas en tenir compte par la suite, sous prétexte que la recourante aurait majoré ses plaintes et présenterait des limitations linguistiques. Néanmoins, il a relevé que la recourante s'exprimait avec aisance en français. De surcroît, un des tests était en portugais. Il est à souligner également que, sur cinq tests, un seul donne un score pour une dépression légère, alors que les autres

tests témoignent d'une dépression sévère, ainsi que d'une anxiété élevée à très élevée. Il paraît dès lors arbitraire d'avoir écarté les résultats de ces tests. Par ailleurs, il a retenu à tort que la recourante avait conservé une activité de conciergerie jusqu'en 2006. Il ressort en effet du rapport du Dr D _____ du 12 mars 2008 que cette activité a toujours été effectuée par son mari. Cet expert s'est également trompé en ce qu'il a constaté qu'elle n'observait pas le traitement de Lamictal, dès lors que cela est dû à d'autres raisons, comme il ressort du rapport du CTB du 13 juin 2008. L'expertise du Dr C _____ du 10 janvier 2008 est aussi contradictoire, en ce qu'il est mentionné, à l'examen clinique (p. 15), que la recourante n'est pas particulièrement émotive, alors qu'il est indiqué à la fin de l'examen clinique (p. 16) qu'il s'agit d'une femme assez émotive. A cela s'ajoute que le Dr C _____ n'a pas pris contact avec les médecins traitants, ce qui était en l'espèce indispensable, en raison de son appréciation très divergente de celle de ces médecins et du soupçon d'un trouble bipolaire. S'agissant du complément d'expertise du 31 juillet 2009, cet expert fait état d'une hospitalisation à Belle-Idée, alors que la prise en charge de la recourante au CTB était ambulatoire. Quant à l'expertise judiciaire, elle paraît particulièrement complète et fouillée (58 pages). Elle a notamment été rendue en connaissance du dossier médical complet de la recourante et repose sur un entretien psychologique et un examen psychiatrique d'au moins quatre heures. Elle prend en considération les plaintes de la recourante et les conclusions de l'expert sont très étayées. Par ailleurs, celles-ci sont en larges parties confirmées par les médecins traitants. La Dresse K _____ fait toutefois grief au Dr J _____ que ses diagnostics reposent seulement sur des tests subjectifs et non pas sur un status clinique clair et objectif. Cela est inexact, dès lors que l'expert mentionne ses constatations objectives sur une page et demi (p. 30 et 31). Il est par ailleurs le propre d'une expertise psychiatrique de se fonder largement sur des éléments subjectifs ressortant du ressenti de la personne expertisée, tant qu'il n'y a pas d'indices de simulation ou de majoration. De surcroît, il est expressément exigé par la jurisprudence en la matière que l'expert prenne en considération les plaintes de l'expertisé. Il est également inexact que le Dr J _____ n'ait pas expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions du Dr C _____, comme l'affirme la

A/920/2010 - 19/22 - Dresse K _____. Au contraire, il a exposé dans les détails pour quelles raisons il retenait les diagnostics et écartait certains de ceux du Dr C _____. En tout état de cause, comme relevé ci-dessus, l'expertise de ce dernier n'est pas convaincante. Cela étant, une pleine valeur probante peut être attribuée à l'expertise judiciaire. L'expert judiciaire a retenu un trouble dysthymique à début précoce, et un épisode dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle, épisode actuel léger. Selon lui, il s'agit d'une "double dépression" dont le pronostic est mauvais. La recourante souffre en outre d'un trouble de conversion avec présentation mixte. Ce diagnostic est fondé sur les pertes de connaissance de la recourante qui ont débuté durant l'adolescence et ont persisté tout le long de sa vie, actuellement environ deux fois par an. Ces crises ont motivé plusieurs passages aux urgences des hôpitaux. Une crise de cette nature était survenue également sur le lieu travail fin 2005. Selon l'expert, il s'agit d'une coupure psychogène brusque du lien avec la réalité, signe d'un épuisement total des ressources adaptatives de la recourante. A cela s'ajoutent des symptômes moteurs (une jambe qui se dérobo, faiblesse musculaire, troubles visuels, bruits entendus paraissant appartenir au registre des pseudo-hallucinations dissociatives). L'expert estime aussi que les critères sont remplis pour un trouble panique avec agoraphobie, ainsi qu'une phobie spécifique sous forme de claustrophobie, et une phobie sociale. L'assurée est également atteinte d'un trouble obsessionnel-compulsif avec des

rituels de rangement. Ce trouble a déjà réduit rendement dans l'emploi occupé précédemment, selon les renseignements donnés par la Dresse B_____. Enfin, la recourante est atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. Dans l'axe II des classifications des maladies psychiatriques, l'expert judiciaire a mentionné un trouble de la personnalité non spécifié. Ce trouble était à la base de la décompensation psychique durable de la recourante. Il le qualifie d'important. L'étendue de l'atteinte sur plusieurs classes de personnalité morbide est confirmée par les tests psychologiques de la personnalité effectués par le Dr C_____. Si ce dernier n'a néanmoins pas retenu un trouble de la personnalité, c'est qu'il a attribué les hauts scores réalisés par la recourante dans ces tests tantôt à une certaine limitation linguistique, tantôt à une tendance à la dramatisation, constatations que l'expert judiciaire a écartées. Selon celui-ci, la recourante est totalement incapable de travailler. Il est vrai que la Dresse B_____ a considéré, dans son rapport du 15 décembre 2008, que la capacité de travail était au moins de 60 %. Cependant, lors du consilium de l'expert judiciaire avec ce médecin, en date du 3 septembre 2010, elle a évalué l'incapacité de travail à 100%. Si elle a indiqué dans le rapport précité que celle-ci était d'environ 40 %, cela ne correspondait plus à la réalité clinique actuelle. Sa précédente appréciation était basée sur la forte motivation de l'expertisée à regagner une certaine capacité de travail et une place dans le monde professionnel, mais ne correspondait pas, même à l'époque, à une réelle capacité de travail immédiate.

A/920/2010 - 20/22 - Il ressort par ailleurs de l'expertise que l'incapacité de travail de la recourante est la conséquence d'une multitude d'atteintes psychiatriques autres qu'un trouble somatoforme douloureux. Cela est également l'avis de la Dresse B_____ qui a considéré que le trouble somatoforme douloureux n'est pas la cause principale de l'handicap de sa patiente. Aussi, il ne s'avère pas nécessaire d'examiner la capacité de travail de la recourante sous l'angle des critères élaborés par notre Haute Cour pour apprécier le caractère invalidant d'un tel trouble ou d'une fibromyalgie. Certes, la Dresse K_____ a estimé que l'ensemble des atteintes psychiatriques mentionnées par l'expert judiciaire peut être résumé sous le diagnostic du trouble somatoforme douloureux avec une dysthymie et un épisode dépressif léger. Cependant, ce faisant, elle fait abstraction du trouble de la personnalité diagnostiqué par l'expert judiciaire, du trouble de conversion mixte, du trouble panique avec agoraphobie et des autres phobies, ainsi que du trouble obsessionnel-compulsif. En tout état de cause, il y aurait lieu de considérer qu'au vu de ces atteintes multiples, le trouble somatoforme douloureux est accompagné en l'espèce d'une comorbidité grave, de sorte qu'un caractère invalidant doit lui être reconnu. Cela étant, le Tribunal de céans admet, sur la base de l'expertise judiciaire, que la recourante présente une incapacité de travail totale pour l'exercice d'une activité lucrative depuis septembre 2005.

E. 11

S'agissant de sa capacité de travail dans le ménage, il ressort des rapports médicaux qu'elle parvient encore à effectuer bon nombre de tâches ménagères et qu'avec l'aide de son mari, l'ensemble de ces tâches peut être assuré. L'aide apportée par celui-ci dans le ménage (faire la vaisselle, passer l'aspirateur une fois par semaine, amener la lessive à la machine à laver, courses, occasionnellement laver les rideaux et les vitres), ne paraît en outre pas dépasser ce qui peut être exigé de la part d'un membre de la famille en pareilles circonstances. Aussi, par appréciation anticipée des preuves, le Tribunal de céans n'admettra pas d'invalidité dans le ménage.

E. 12

L'incapacité de la recourante étant totale dans l'activité lucrative exercée à 50%, il y a dès lors lieu de lui reconnaître un degré d'invalidité de ce taux, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. Sa demande ayant été déposée en mai 2006, il convient de lui octroyer cette rente à partir du 1er septembre 2006, soit une année après le début de son incapacité de travail.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la recourante mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1er septembre 2006.

A/920/2010 - 21/22 -

E. 14

La recourante obtenant partiellement gain de cause, il y a lieu de lui attribuer une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

E. 15

L'intimé qui succombe en large partie sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

A/920/2010 - 22/22 -

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