

## **GE\_GERICHTE ATAS/607/2020 vom 23. Juli 2020**

GE Cour de justice, 2020-07-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_607\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_607_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/607/2020 du 23 juillet 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/607/2020 del 23 luglio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

Par arrêt du 21 mars 2016 (ATAS/233/2016), la chambre de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assurée le 16 mars 2015 et annulé la décision du

#### **E. 13**

Suite à cet arrêt, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire et a mandaté les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

#### **E. 14**

Dans son rapport du 13 mars 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'avait par ailleurs pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile évoqué par les Drs F\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ car, pendant l'entretien et du point de vue anamnestique, il n'avait pas pu déceler des signes ou des symptômes d'un tel diagnostic selon les critères de la CIM-10. Au cours de l'entretien, du point de vue anamnestique, il n'avait pas non plus pu retenir de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique qui

A/4281/2017 - 6/40 - empêcheraient l'assurée de travailler à 100 %, le principal problème étant selon elle la douleur et la fatigue, ce qui faisait partie du trouble somatoforme.

L'expert a considéré qu'il n'y avait pas d'exagération des symptômes à proprement parler, mais une attitude de victimisation de l'assurée, avec une envie que sa fibromyalgie soit reconnue par l'assurance-invalidité. En l'absence d'une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique à caractère handicapant, l'assurée avait toujours été capable de travailler à 100 % du point de vue psychiatrique. Sa capacité de travail était donc de 100 % et l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. Intelligente et bien scolarisée, elle présentait des ressources personnelles pour faire face à la douleur et aux difficultés de la vie quotidienne.

#### **E. 15**

Le Dr L\_\_\_\_\_ a pour sa part rendu son rapport le 4 avril 2017, après un entretien interdisciplinaire avec le Dr K\_\_\_\_\_ le 3 avril 2017. Le rhumatologue n'a reconnu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans effet sur cette dernière, il a retenu un syndrome cervico-dorso-lombaire récurrent chronique sans signe radiculaire, irritatif, déficitaire ou de discopathie, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur, un syndrome de fatigue chronique, des omalgies bilatérales sans signes de conflits ou de tendinopathie, des gonalgies sans signes méniscaux ou tendineux. L'expert a relevé

une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrivait dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle, dans l'examen clinique et paraclinique effectué jusqu'à ce jour. Seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu, et qui de l'avis de l'expert étaient imputables à une diminution du seuil de déclenchement de la douleur avec des douleurs polyinsertionnelles de type fibromyalgique qui s'étaient cristallisées et étendues, constituaient une limitation fonctionnelle. Les répercussions de l'atteinte dans les domaines divers de la vie quotidienne étaient médico-théoriquement estimées à 0 % au niveau professionnel, 10 % au niveau des tâches ménagères, 0 % dans les loisirs et 0 % dans les activités sociales. Sur le plan purement rhumatologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle de secrétaire était estimée à 100 %. Du point de vue bidisciplinaire, après discussion avec l'expert psychiatre, en tenant compte des aspects rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail dans l'activité habituelle et antérieure était estimée à 100 %. En effet, en l'absence d'une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique à caractère handicapant, l'assurée avait toujours été capable de travailler à 100 % sur le plan psychiatrique. L'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, à 100 %, sans diminution de rendement. Suite à l'accident de 2010, l'assurée avait présenté une incapacité de travail de

#### **E. 20**

Par acte du 25 octobre 2017, l'assurée (ci-après : la recourante), représentée par son nouveau conseil, a interjeté recours contre cette décision. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à celle du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Au fond, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière à compter du 20 avril 2011. Dans un premier grief, la recourante a reproché à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue, la décision entreprise ayant été rendue sans attendre ses arguments. La recourante a ensuite fait grief à l'intimé de n'avoir procédé à aucune instruction pour déterminer le choix de la méthode de calcul alors qu'il importait de déterminer si, sans atteinte à la santé, elle aurait repris une activité professionnelle à temps plein. Ce défaut d'instruction devait également conduire à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause pour instruction. Dans un troisième moyen, elle a contesté les conclusions des expertises des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ et relevé que leurs rapports respectifs ne tenaient pas compte de son état de santé et des expertises précédemment rendues. En outre, ces expertises aboutissaient à une péjoration de sa situation juridique par rapport au premier arrêt rendu par la chambre de céans, alors même que son recours avait été partiellement admis et la décision de l'intimé annulée. Compte tenu du caractère

A/4281/2017 - 8/40 - lacunaire et des conclusions pour le moins surprenantes de ces médecins, elle avait sollicité l'avis d'un nouveau psychiatre, soit le Dr N\_\_\_\_\_, consulté en qualité d'expert, et non de médecin traitant, lequel considérait que sa capacité de travail était nulle, de manière permanente. À l'appui de son écriture, la recourante a produit un rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2017. Il en ressort que le médecin précité était intervenu à la demande du conseil de la recourante, pour avis sur le rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_. Après avoir rencontré l'intéressée à trois reprises, le Dr N\_\_\_\_\_ avait retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) d'intensité modérée existant depuis l'adolescence, d'épisode dépressif récurrent moyen ou sévère (F33) ou de dysthymie (F34.1) existant depuis l'adolescence, de syndrome douloureux somatoforme persistant ou chronique (F45.4) existant depuis novembre 2010,

de fibromyalgie (M79.7), troubles qui avaient été reconnus précédemment par d'autres experts. La fatigue limitait significativement ses activités et la recourante vivait dans une souffrance permanente. Le travail qu'elle assumait actuellement était réalisé avec grande difficulté, souffrance et sacrifice. Il considérait que la capacité de travail de la recourante était nulle, et cela de manière permanente, essentiellement à cause de la souffrance psychique et physique et des troubles cognitifs associés. Le Dr N\_\_\_\_\_ a ensuite critiqué le rapport d'expertise des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.

#### **E. 21**

Dans sa réponse du 30 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a considéré que l'expertise bidisciplinaire menée suite au renvoi du dossier par la chambre de céans avait été réalisée conformément aux indicateurs posés par la nouvelle jurisprudence. Le fait que le nouveau médecin, sollicité par la recourante sur les conseils de son avocat, ait une vision différente n'était nullement déterminant. La recourante n'avait plus de suivi spécialisé de longue date et les trois consultations auprès du Dr N\_\_\_\_\_ n'avaient pas d'autre but que de pouvoir fournir à ce spécialiste les renseignements nécessaires pour qu'il puisse rédiger un rapport à l'intention du mandataire de la recourante. Le Dr N\_\_\_\_\_ n'attestait d'aucune atteinte psychiatrique grave et invalidante puisqu'il mentionnait simplement un trouble de la personnalité émotionnellement labile d'intensité modérée et un trouble de l'humeur dépressive sans précision quant à sa gravité. Son rapport n'apportait donc aucun élément médical nouveau et objectif susceptible de jeter le doute sur la pleine valeur probante des rapports d'expertise sur lesquels l'intimé s'était fondé pour rendre la décision entreprise. S'agissant du statut déterminant, l'intimé avait pris en compte un statut mixte (50 % active), conformément au rapport d'enquête ménagère du 10 septembre 2013. En effet, au moment de la survenance de l'atteinte à la santé, la recourante travaillait à ce taux et rien n'indiquait qu'un changement serait intervenu depuis lors sans atteinte à la santé. L'intimé a joint un avis du 20 novembre 2017 du docteur O\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, lequel a relevé que le Dr N\_\_\_\_\_ considérait comme nulle la capacité de

A/4281/2017 - 9/40 - travail dans toute activité, au motif que la recourante vivait dans une souffrance permanente et que son travail était accompli avec grande difficulté. Or, il s'agissait de facteurs non objectifs, ne pouvant justifier l'incapacité de travail. Le Dr N\_\_\_\_\_ considérait que la capacité de travail de la recourante était nulle essentiellement à cause de sa souffrance physique et psychique; mais il confirmait l'absence d'éléments cliniquement objectivables, ne permettant pas de retenir de douleurs physiques. La différence d'évaluation entre l'expert et le nouveau psychiatre traitant était liée au fait que le Dr N\_\_\_\_\_ intégrait les facteurs psycho- sociaux dans son évaluation. À l'évidence, la recourante ne présentait pas d'atteinte psychique suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail, de sorte que les précédentes conclusions du SMR étaient maintenues.

#### **E. 22**

Par réplique du 31 janvier 2018, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle a produit un rapport complémentaire du 1er janvier 2018 du Dr N\_\_\_\_\_ dans lequel ce médecin a notamment confirmé que les troubles qu'il avait retenus étaient graves et invalidants à 100 %. Il y a également admis ne pas avoir insisté sur les arguments cliniques pour justifier l'incapacité de travail, car il avait pensé qu'avec un peu d'empathie, on pouvait « imaginer qu'une personne qui vit en grande souffrance permanente serait en incapacité de travailler ». Il a ainsi complété son précédent rapport en exposant que l'aspect

le plus important qui expliquait le lien entre l'état dépressif et l'incapacité de travail venait de l'affaiblissement des fonctions cognitives lors des états affectifs chroniques. La douleur causée par le syndrome douloureux somatoforme persistant et la fibromyalgie entraînait un état d'anxiété et de vigilance qui consommait d'une manière permanente beaucoup d'énergie. Si la douleur était aiguë et significative, ou si elle durait trop longtemps, comme cela était le cas chez la recourante, l'organisme se fatiguait et s'épuisait. Le cerveau, concentré sur la douleur et sur les manœuvres antalgiques possibles, diminuait ses performances pour les activités d'adaptation. L'hypothèse qu'une personne avec des douleurs chroniques puisse travailler comme une personne sans douleur était insoutenable. Les fonctions cognitives de la patiente étaient profondément affaiblies par la douleur; la mémoire de travail était occupée par les sensations physiques, cela se réalisait d'une manière involontaire. Ces limitations avaient aussi leur origine dans le trouble dépressif, qui agissait encore plus comme un perturbateur général de fond. Cela influençait profondément son fonctionnement et le rendement professionnel, par la perte d'un élan vital, une démobilisation et un ralentissement. Les fonctions émotives étaient perturbées simplement par la difficulté de maintenir l'homéostasie psychique, à cause d'une humeur dépressive et cela limitait le fonctionnement et l'engagement professionnel. Ces troubles généraient une souffrance sous forme d'anxiété, d'angoisse, de peur, de troubles cognitifs et de difficultés dans les relations sociales. Certains troubles n'avaient pas une présentation permanente, mais une évolution fluctuante ou épisodique. Cela signifiait que l'humeur, l'anxiété et la douleur pouvaient fluctuer, ce qui permettait

A/4281/2017 - 10/40 - à la patiente d'avoir des moments d'apaisement, des jours sans douleur ou sans dépression. Ceci ne signifiait toutefois pas qu'elle n'avait pas de problème de santé.

#### **E. 23**

L'intimé a dupliqué par courrier du 6 mars 2018 et relevé que la différence d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant était clairement explicable par la différence d'approche entre ces deux praticiens. À titre d'exemple, le Dr N\_\_\_\_\_ mentionnait les douleurs ressenties par la recourante et en tirait des conclusions générales par rapport à la capacité de travail. Or, la notion de douleur était par définition abstraite et subjective, de sorte qu'elle avait été écartée au profit d'indicateurs plus objectifs. De plus, le médecin traitant n'avait pas évalué la situation en faisant abstraction des facteurs psychosociaux. Son appréciation était celle d'un médecin agissant en tant que thérapeute et non celle d'un médecin expert neutre se positionnant sur une situation médicale en application des critères juridiques et asséurologiques posés en la matière. Ainsi, le Dr N\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'élément objectif nouveau permettant de s'écarter des conclusions formulées à l'occasion de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr K\_\_\_\_\_. L'intimé a produit un nouvel avis du Dr O\_\_\_\_\_, daté du 6 mars 2018. Celui-ci a notamment souligné que le Dr N\_\_\_\_\_ avait confirmé une incapacité de travail totale permanente, tout en faisant état de périodes d'apaisement et du caractère fluctuant de l'atteinte présentée par la recourante. Il justifiait une totale incapacité de travail par les seules conséquences douloureuses de la symptomatologie, sans tenir compte des critères développés par la jurisprudence. S'agissant des facteurs psychosociaux, il était indispensable que l'expert en tienne compte pour les écarter dans son évaluation. Le psychiatre traitant avait fait part d'une évaluation médicale sans écarter les facteurs ne pouvant être pris en compte par l'assurance-invalidité.

#### **E. 24**

Le 7 mai 2018, la chambre de céans a entendu les parties. À cette occasion, la recourante a déclaré être inscrite au chômage, depuis le mois de juin 2017, et être à la recherche d'un emploi à 50 %. Dans ce contexte, elle suivait un stage en qualité de secrétaire depuis le mois de mars 2018, jusqu'à la fin du mois de mai 2018. Après avoir rappelé son parcours professionnel, la recourante a précisé que lorsqu'elle avait travaillé à 50 % chez B\_\_\_\_\_ SA, elle ne pouvait déjà plus travailler à temps complet en raison des douleurs. Elle avait ensuite été employée par l'entreprise I\_\_\_\_\_ comme secrétaire à 50 %, jusqu'à son inscription au chômage en juin 2017. Si elle avait continué à travailler à 50 %, c'était au prix de gros efforts personnels, dès lors que, dès qu'elle se levait le matin, elle ressentait une très grosse fatigue. Elle consacrait néanmoins l'énergie nécessaire à conserver une activité pour se bouger, voir du monde et tenter de se sentir mieux. En effet, avec cette maladie, lorsque l'on ne bougeait pas ou ne faisait rien, les douleurs augmentaient. Lorsque l'on bougeait trop, les douleurs augmentaient aussi, de sorte qu'il fallait pouvoir trouver un juste équilibre. Au début du chômage, et sans pouvoir travailler, ses douleurs avaient augmenté. Elle en ressentait partout et

A/4281/2017 - 11/40 - n'arrivait rien à faire de toute la journée, restant en pyjama du matin au soir. Depuis qu'elle était en stage, elle bougeait et sortait, sans que les douleurs s'atténuent nécessairement, mais elle avait le sentiment d'être un peu moins centrée sur ses douleurs, et cela lui évitait d'être envahie par un sentiment d'isolement. Son fils était à l'école de S\_\_\_\_\_. Il était pris en charge le matin par un bus de l'institution vers 7h15, et était ramené à 16h15 environ. Il avait développé des petites angoisses, mais elle avait l'impression qu'il avançait. Elle s'occupait de le faire se lever, lui préparait son lait, mais il se débrouillait tout seul pour le reste. Son mari travaillait comme gardien dans un centre sportif. Elle n'était actuellement pas suivie par un psychiatre, mais avait été suivie entre 2011 et 2012 par le Dr E\_\_\_\_\_, lequel avait mis un terme à la thérapie car il ne pouvait plus rien faire pour elle. Depuis lors, elle était uniquement suivie par son médecin de famille, le Dr C\_\_\_\_\_, seul médecin en qui elle avait véritablement confiance. Elle avait consulté le Dr N\_\_\_\_\_ pour qu'il puisse émettre un avis sur les expertises. Il ne la suivait donc pas sur le plan d'une thérapie psychiatrique. La relation avec lui avait été assez difficile, car d'une façon générale, elle avait consulté tellement de médecins qu'elle éprouvait une grosse difficulté à entrer dans une relation de confiance avec un thérapeute. Il y a plusieurs années, le Dr C\_\_\_\_\_ lui avait prescrit du Cymbalta, qu'elle avait pris pendant une année, mais ce médicament s'était avéré peu efficace en raison d'effets secondaires, sans pour autant soulager les douleurs. Actuellement, elle n'était soignée que pour ses migraines. Elle avait essayé l'hypnose, de la physiothérapie en piscine chaude et de la physiothérapie plus traditionnelle. Elle s'interrogeait sur le but du port d'une ceinture lombaire car ses douleurs étaient à l'intérieur. Elle avait pris par le passé des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques qui n'avaient eu aucun effet.

## **E. 25**

Le 2 juillet 2018, la chambre de céans a entendu le Dr N\_\_\_\_\_. Le témoin a confirmé ses rapports des 22 octobre 2017 et 1er janvier 2018. La recourante n'avait pas été sa patiente et il ne lui avait jamais dispensé de thérapies. Il souhaitait se faire une idée personnelle de son état avant de se prononcer sur les documents médicaux, notamment sur la dernière expertise. Les choses s'étaient à peu près bien passées lors du premier entretien, mais la relation avait été difficile et s'était très mal terminée. Il n'avait pas eu le sentiment que la patiente ait eu conscience qu'il était là pour l'aider, mais elle le considérait plutôt comme

un des psychiatres qu'elle avait croisés jusque-là et qu'elle détestait. Sur question, le Dr N\_\_\_\_\_ a défini les termes d'épisode dépressif, de dysthymie et de trouble de l'humeur qu'il avait employés dans son rapport du 22 octobre 2017. Il a également précisé ce qu'il entendait par trouble somatoforme douloureux et fibromyalgie. Pour lui, ces deux derniers diagnostics étaient en réalité des comorbidités de l'atteinte psychique principale dont souffrait la recourante, à savoir le trouble de la personnalité borderline. Ce dernier trouble, le plus grave, faisait

A/4281/2017 - 12/40 - partie des diagnostics de premier axe, soit celui qui touchait la personnalité et qui allait donc avoir des influences sur la vie, de sorte qu'en cas de trouble de la personnalité, les conséquences pouvaient être très sévères. Du moment que la notion de borderline évoquait une instabilité, cela impliquait des fluctuations difficiles à réguler qui pouvaient déboucher sur des troubles de l'humeur ou sur d'autres comorbidités comme la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux. Répondant aux questions du mandataire de la recourante, le Dr N\_\_\_\_\_ a notamment confirmé que pour lui, le trouble de la personnalité borderline et l'épisode dépressif étaient à eux seuls invalidants, sans même parler de comorbidités faisant l'objet d'un autre diagnostic, en raison du fait que le trouble de la personnalité était toujours associé à un trouble de l'humeur, ceci ayant un double effet sur la personne et donc sur sa capacité de travailler, puisqu'étaient associées d'une part l'humeur de la personne, et d'autre part la nature de la personnalité. S'agissant de déterminer s'il existait chez la recourante des limitations sur le plan social ou par rapport à ses activités personnelles, l'intéressée avait décrit une vie sociale pauvre et ses activités personnelles variaient en fonction de son humeur. En outre, elle avait perdu confiance dans les psychiatres. Le Dr N\_\_\_\_\_ confirmait par ailleurs que la recourante était intelligente et disposait de ressources personnelles, la question étant de savoir si ses atteintes, notamment le trouble de l'humeur, lui permettraient d'utiliser ces ressources. Le Dr N\_\_\_\_\_ ne pouvait se prononcer sur les limitations fonctionnelles de la recourante, dans la mesure où il ne l'avait pas vue dans son environnement. Il avait toutefois évoqué ce qu'il avait constaté, soit une humeur basse et une instabilité de cette humeur, avec souvent les larmes dans les yeux, de sorte qu'il se demandait si une personne se trouvant dans un tel état était vraiment capable de mobiliser ses ressources, notamment dans une activité de travail. C'était alors poser le problème de l'influence d'une humeur fluctuante sur l'environnement de travail. Dans ce contexte, c'était l'ensemble des difficultés d'ordre cognitif (concentration, attention, mémoire, etc.) qui apparaissaient comme délétères. Il n'avait pas fait passer de tests psychométriques à la patiente.

## **E. 26**

Par écriture du 2 août 2018, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a soutenu que mis à part un bref stage effectué récemment au prix de gros efforts personnels, elle n'était plus en mesure de travailler. Elle souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et d'un état dépressif récurrent ou dysthymie qui étaient à eux seuls invalidants. La totalité des critères permettant d'évaluer l'incapacité de travail était réalisée, de sorte qu'il y avait lieu de conclure à une incapacité de gain totale et permanente, depuis le 13 avril 2011. En outre, elle souffrait d'un trouble somatoforme douloureux et d'une fibromyalgie, pathologies qui étaient constitutives de comorbidités de l'atteinte psychique principale. Ces troubles étaient eux aussi invalidants et les critères jurisprudentiels étaient intégralement remplis. Elle a nié toute valeur probante aux rapports des

A/4281/2017 - 13/40 - Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ pour divers motifs. En revanche, l'analyse du Dr N\_\_\_\_\_ se basait sur les critères jurisprudentiels et chacun des diagnostics retenus était dûment justifié et motivé par des observations approfondies, une investigation complète et par les plaintes et antécédents. Ses rapports revêtaient une pleine valeur probante.

#### **E. 27**

En date du 2 août 2018, l'intimé a également maintenu ses conclusions. En substance, il a contesté toute valeur probante aux rapports du Dr N\_\_\_\_\_, lequel ne s'était pas déterminé sur la base des nouveaux indicateurs posés par la jurisprudence en matière d'atteintes psychiques, n'avait pas pris connaissance du dossier de la recourante avant de la rencontrer, n'avait pas décrit les limitations fonctionnelles constatées. En outre, le diagnostic de dysthymie n'était, de jurisprudence constante, pas une atteinte invalidante, faute de gravité suffisante. La vie sociale de la recourante, qualifiée de pauvre, n'était pas inexistante. Ses activités personnelles étaient variables et non absentes. Ainsi, le critère d'une éventuelle convergence ne pouvait être retenu en l'occurrence s'agissant des répercussions sur la vie quotidienne et sur la capacité de travail. Le fait que la recourante n'ait ni suivi spécialisé ni traitement médicamenteux n'avait pas été pris en compte dans la gravité du trouble en application des indicateurs jurisprudentiels.

#### **E. 28**

Le 15 août 2018, la recourante a produit des observations spontanées. Elle a fait valoir que la dysthymie pouvait être invalidante lorsqu'elle était accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait expliqué que l'état dépressif récurrent, ou la dysthymie, dont elle souffrait, étaient associés à un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, tout en précisant que ce dernier était le plus grave de la psychiatrie. Dans ces circonstances, il avait attesté que ses troubles psychiques étaient à eux seuls invalidants. S'agissant de la vie sociale, une absence totale de toute activité n'était pas exigée par la jurisprudence. Il s'agissait au contraire de se demander si le retrait social limitait les ressources de l'assurée et sa capacité à se mobiliser. En l'occurrence, il ressortait des rapports du Dr N\_\_\_\_\_ qu'elle n'avait goût à rien, était apathique, sa motivation était faible, elle avait des difficultés à se mobiliser, son niveau d'activité était réduit et elle évitait de sortir. Elle se repliait souvent sur elle-même et son contact social était diminué. Elle avait peu d'activités agréables. Par ailleurs, ce médecin avait indiqué qu'elle disposait de faibles ressources personnelles et que leur mise en œuvre s'avérait difficile en raison de son état dépressif récurrent. Ainsi, contrairement à ce que prétendait l'intimé, le critère de la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie était bel et bien rempli. Elle avait suivi diverses thérapies et sa coopération avait été bonne. C'était à force d'échecs et de résultats insuffisants à ces traitements qu'elle rencontrait désormais des difficultés à nouer une relation de confiance avec un thérapeute, de telle sorte que le sentiment de repli et de résignation propre à sa maladie avait pris le dessus. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait bien pris en compte les options thérapeutiques conformément aux nouveaux critères jurisprudentiels, lesquels avaient démontré son

A/4281/2017 - 14/40 - comportement cohérent et le poids effectif de ses lourdes souffrances. Ce médecin avait par ailleurs lu son dossier médical avant les deux derniers rendez-vous, étant relevé qu'aucun moment n'était imposé à l'expert pour prendre

connaissance du dossier.

### **E. 29**

Niant toute valeur probante aux rapports des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ainsi qu'à ceux du Dr N\_\_\_\_\_, la chambre de céans a mandaté les docteurs P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychotérapie, et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, pour expertise (cf. ordonnance d'expertise du 13 février 2019; ATAS/105/2019).

### **E. 30**

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 13 octobre 2019 après un entretien avec la recourante d'une durée de 2h30. Lors de l'examen, la recourante se plaignait essentiellement de douleurs dans tout le corps, limitant toutes ses activités de la vie quotidienne, ainsi que d'un sommeil non réparateur avec une fatigue intense dès le lever. Après avoir procédé à un examen clinique de la recourante, le Dr Q\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies basses (M54.5), forme chronique avec répercussion fonctionnelle, cervicalgies chroniques (M54.2), forme récidivante, fibromyalgie (M79.0) et migraines (G43). Les lombalgies et les cervicalgies étaient objectivées par la visualisation, à l'examen clinique, d'un syndrome vertébral (contracture de divers muscles entraînant une limitation ou une perturbation de la réalisation de mouvements). Il était en revanche plus difficile, voire impossible, d'objectiver la fibromyalgie étant donné que les éléments cardinaux, soit les douleurs diffuses, la fatigue et les troubles cognitifs, étaient éminemment subjectifs. Les atteintes entraînaient des répercussions sur les activités de la vie quotidienne, en particulier la tenue du ménage. Dès que la tâche entraînait une stimulation plus importante du rachis (aspirateur, port de charges, piétinement), la recourante ressentait des limitations, lesquelles étaient cohérentes avec le diagnostic. Il n'y avait pas de répercussions sur les soins personnels. Du point de vue professionnel, elle avait également quelques difficultés à rester assise sans se lever. Cela ne posait cependant pas de problème étant donné qu'elle pouvait se lever suffisamment pour ne pas provoquer d'exacerbation. Il n'y avait pas non plus de charges lourdes ou de port répété de charges dans son activité professionnelle. Cela étant, elle relatait un effet de la fatigue sur le déroulement de la journée, avec une aggravation progressive des douleurs et des limitations au fil de la journée, une influence tout à fait cohérente du stress sur les douleurs et des difficultés cognitives lorsqu'il y avait trop de dossiers à gérer. L'anamnèse et l'examen clinique étaient en cohérence avec les diagnostics posés. Il en allait de même de l'attitude de la recourante pendant les entretiens, laquelle avait été cohérente avec l'intensité du syndrome vertébral constaté, n'ayant en particulier montré aucun signe ou comportement d'exagération ou démonstratif laissant

A/4281/2017 - 15/40 - indifférent l'expert. La vie sociale de l'assurée était pauvre mais cela ne semblait pas être dû aux atteintes médicales. L'expert a également décrit les limitations fonctionnelles et a considéré que l'activité professionnelle actuelle était adaptée aux restrictions engendrées par les lombalgies et les cervicalgies. En revanche, en raison de la fibromyalgie, le rendement était diminué de 20 à 30 % au vu de l'intensité des douleurs, de la fatigue et de la fatigabilité.

### **E. 31**

Quant à la Dresse P\_\_\_\_\_, elle a examiné la recourante à quatre reprises, en date des 27 mars, 4 et 13 avril ainsi que 11 juillet 2019. Elle a également adressé la recourante à Madame R\_\_\_\_\_, neuropsychologue, laquelle l'a reçue à trois reprises, les 29 mai ainsi

que 7 et 13 juin 2019, et a établi un rapport le 22 juin 2019. En préambule de son rapport non daté mais vraisemblablement établi au mois d'octobre 2019, la Dresse P\_\_\_\_\_ a décrit les conditions dans lesquelles s'était déroulée l'expertise, expliquant plus particulièrement que la collaboration de la recourante n'était pas optimale, voire mauvaise par moments. Après avoir établi, tant bien que mal compte tenu de la mauvaise collaboration de la recourante, l'anamnèse de cette dernière et procédé à un examen clinique, la Dresse P\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (F61.0) et trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10), décrivant de manière détaillée quels critères étaient réalisés dans le cas de la recourante et lesquels ne l'étaient pas. S'agissant du diagnostic de dysthymie, il ne pouvait plus être posé étant donné que les critères d'un trouble dépressif étaient réunis. Quant au trouble somatoforme douloureux, il ne pouvait être retenu en présence d'un trouble dépressif. L'état dépressif entraînait des limitations fonctionnelles sous la forme de troubles de la concentration, de troubles de l'attention, d'une vitesse de travail ralentie et d'une baisse de confiance en soi. Quant au trouble de la personnalité, il n'entraînait pas de limitations fonctionnelles mais des aménagements dans la vie quotidienne et dans la vie professionnelle. En particulier, la recourante ne s'exposait pas et vivait sans réseau social étendu, ce qui lui convenait. Aucun désir de changement n'était mentionné à ce propos. L'aspect évitant, présent dans le trouble mixte de la personnalité, était susceptible d'expliquer, en partie, les motifs pour lesquels la recourante ne cherchait pas plus de soins pour ses troubles. Cette attitude relevait toutefois également d'une croyance personnelle qu'un travail psychothérapeutique ne lui amènerait rien, ce qui ne pouvait être attribué à aucune maladie psychiatrique. L'experte a également relevé que la recourante travaillait à 50 % mais que ce taux ne tenait pas compte du travail quotidien considérable qu'elle effectuait pour son fils atteint d'un trouble du spectre autistique.

A/4281/2017 - 16/40 - La fatigue alléguée n'avait pas été objectivée cliniquement. L'aspect extérieur de la recourante était extrêmement soigné. Or, une fatigue extrême poussait souvent les patients à délaissé les soins quotidiens, ce qui n'était pas le cas de la recourante. En revanche, la tristesse, les troubles de la concentration et de l'attention, le ralentissement psychomoteur, la baisse de plaisir et d'entrain avaient, quant à eux, été objectivés en entretien. L'experte n'avait pas constaté de simulation mais la recourante n'était pas complètement collaborante, éludant certaines questions. Cette attitude, qui ne pouvait être mise complètement sur le compte ni des diagnostics ni des troubles mnésiques objectivés à l'examen neuropsychologique, ne suffisait toutefois pas à exclure une atteinte à la santé significative. S'agissant du traitement, la Dresse P\_\_\_\_\_ a relevé qu'un suivi psychothérapeutique avait été initié, mais qu'il avait été arrêté après quelques séances par le médecin-psychiatre. Par la suite, la recourante n'avait pas recherché d'autre soutien psychothérapeutique. Un traitement antidépresseur avait également été mis en place mais il avait été arrêté par l'expertisée, vu l'absence d'effet favorable sur sa symptomatologie. La compliance n'était pas optimale, la recourante ne désirant pas entreprendre une psychothérapie ou du moins un travail sur elle pour aller mieux. Il n'y avait pas de suivi spécialisé pour les troubles psychiques alors qu'il aurait pu être utile d'essayer un autre antidépresseur. Les limitations étaient présentes tant dans la vie privée que professionnelle mais il y avait certaines incongruences. Le niveau d'activité sociale était bas depuis que la recourante avait 19 ans mais cela ne la dérangeait pas. Seul le trouble dépressif entraînait une diminution de la capacité de travail de 50 %, avec une amélioration entre 2013 et 2016. S'agissant des indicateurs jurisprudentiels, la Dresse P\_\_\_\_\_ a expliqué que l'empathie, la

capacité de tenir compte de l'autre et le sens des réalités étaient conservés. La recourante disposait de ressources dont elle n'avait pas conscience. En effet, elle avait pu s'occuper de son fils atteint d'un trouble du spectre autistique de façon dévouée, dans un contexte de conflits de couple et de troubles psychiques. Un travail psychothérapeutique était susceptible de l'aider à prendre connaissance de ses propres ressources et d'améliorer la confiance en elle.

### **E. 32**

Selon le rapport que Mme R\_\_\_\_\_ a adressé à la Dresse P\_\_\_\_\_ en date du 22 juin 2019, la recourante présentait des difficultés en mémoire visio-spatiale, une perte limite en mémoire verbale différée, un empan verbal limite et un ralentissement parfois important mais inégal avec des problèmes de concentration. Toutes les autres fonctions ainsi que le QI étaient dans les normes. Ces ralentissements et difficultés de concentration pouvaient être importants et très inégaux. La recourante lui avait indiqué qu'elle présentait une dépression et de tels ralentissements étaient souvent documentés dans un tel contexte. Chez la A/4281/2017 - 17/40 - recourante, toutefois, ils semblaient également dépendre de la confiance qu'elle donnait à la performance qui lui était donnée.

### **E. 33**

Selon le consilium, les experts émettaient des doutes sur la pleine collaboration de la recourante, celle-ci ayant déjà été informée par le passé de la nécessité d'un suivi psychiatrique, sans que celui-ci ne soit mis en place. Ce manque de compliance ne pouvait toutefois être complètement expliqué par les troubles psychiques ou somatiques de la recourante. Les experts avaient également constaté des incohérences entre l'attitude de la recourante lors de l'examen rhumatologique (bouge à plusieurs reprises) et celle observée lors des entretiens psychiatriques (reste assise plus d'une heure trente tranquillement sur son siège, sans adopter de position algique). Après avoir rappelé les diagnostics tant psychiatriques que rhumatologiques et les limitations fonctionnelles entraînées, les experts ont précisé que l'existence d'une fibromyalgie était un facteur d'échec de traitement pour toute autre affection rhumatologique, comme par exemple les lombalgies et les cervicalgies communes, quand bien même la base du traitement était la même. Les facteurs psychologiques (anxiété, thymie basse) et les affections psychiatriques (dépression récurrente) étaient des facteurs de mauvais pronostic même en cas de traitement bien conduit, dès lors qu'ils diminuaient l'efficacité des traitements proposés. À l'inverse, la prise en charge concomitante, voire préliminaire s'ils étaient trop marqués, de ces problèmes était un facteur d'amélioration important. Dans le cas de la recourante, les experts étaient d'avis qu'une prise en charge psychothérapeutique était un prérequis nécessaire à toute prise en charge rhumatologique. Cela fait, une prise en charge multidisciplinaire, par exemple au centre de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), était susceptible de consolider les acquis et d'entraîner une amélioration. S'agissant enfin de la capacité de travail, elle était de 50 %, la diminution de rendement en raison des atteintes rhumatologiques étant incluse dans les 50 % d'incapacité de travail sur le plan psychique.

### **E. 34**

Les rapports précités ont été soumis aux parties.

### **E. 35**

Par écriture du 5 décembre 2019, l'intimé a considéré que l'incapacité de travail de la recourante était de 50 % dans toute activité et ce depuis le mois d'octobre 2017. Toutefois, dans la mesure où la recourante travaillait à 50 % au moment déterminant, elle bénéficiait d'un statut d'active à 50 %. Les empêchements dans la sphère ménagère étant de 4 %, le degré d'invalidité total était de 27 %. En annexe figuraient les documents suivants : ■ un avis du SMR du 28 novembre 2019, dont il ressort que le service médical précité retenait les conclusions de l'expertise, à savoir une incapacité de travail de 50 % dans toute activité dès le mois d'octobre 2017. ■ Une fiche d'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, énonçant les calculs suivants :

A/4281/2017 - 18/40 - Revenu exigible avec invalidité (ESS ou effectif après réadaptation)

Ou CT exigible dans l'activité habituelle 50 % Empêchements dans le ménage 4 %

Calcul de la perte de gain dans la sphère professionnelle (ancien et nouveau calcul)

Taux d'activité Revenu sans invalidité Revenu d'invalidité exigible Perte de gain Activité adaptée Activité habituelle Ancien calcul 50 % CHF 50'000.-

CHF 50'000.- 0 % Nouveau calcul 100 % CHF 100'000.-

CHF 50'000.- 50 %

Pondération et calcul de l'invalidité totale (ancien et nouveau calcul) Activités Part en %

Ancien calcul Nouveau calcul Perte économique / empêchements en % Invalidité Perte

économique / empêchements en % Invalidité Professionnelle 50 % 0 % 0 % 50 % 25 %

Travaux habituels 50 % 4 % 2 % 4 % 2 % Invalidité totale

2 %

27 %

### **E. 36**

Quant à la recourante, elle s'est prononcée par écriture du 9 décembre 2019 et a contesté les conclusions des experts et notamment l'absence de diagnostic de trouble somatoforme douloureux et de personnalité émotionnellement labile de type borderline. Elle a en outre considéré que les experts et notamment l'expert rhumatologue, n'avaient pas suivi les critères jurisprudentiels. Dans de telles conditions, une rente entière devait lui être octroyée. En tout état, le fait qu'elle travaille à 50 % était irrelevante, dès lors que c'était au prix de très gros efforts personnels qu'elle persistait à exercer son activité.

A/4281/2017 - 19/40 - En annexe figurait un rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2019, dans lequel ce médecin a considéré que l'expertise évoquait et faisait référence à des critères diagnostiques « sans pratiquer avec rigueur une analyse correcte. L'expertise [prenait] des positions qui [n'étaient] pas soutenues par des arguments cliniques ou biomédicaux. Ces manquements " scientifiques " la [disqualifiaient et la discréditaient] quant à l'analyse des limitations fonctionnelles, basés sur des diagnostics et des conclusions incorrects concernant sa capacité de travail. Ainsi, l'expertise, d'une manière justifiée, [présentait] aujourd'hui une incapacité de travail de 100 % ».

### **E. 37**

Le 23 décembre 2019, la recourante a encore contesté les calculs de l'intimé, relevant que l'incapacité retenue par les experts l'était par rapport à un temps plein.

## E. 38

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la demande de prestations de la recourante. Concrètement, le litige porte sur le statut de la recourante et le caractère invalidant des atteintes dont elle souffre. 4. La recourante invoque, tout d'abord, une violation de son droit d'être entendue dans la mesure où la décision querellée a été rendue avant qu'elle n'ait pu faire valoir ses arguments sur le préavis. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment). a. À teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA.

A/4281/2017 - 20/40 - L'art. 73ter al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prévoit, quant à lui, que les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de trente jours (al. 1). Une fois l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (art. 74 al. 1 RAI). L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). En lien avec l'art. 73ter RAI, le Tribunal fédéral a notamment considéré que le droit d'être entendu était violé lorsque l'office AI rendait sa décision avant que le délai imparti à l'assuré pour formuler les observations s'agissant du préavis soit échu (arrêt du Tribunal fédéral I 658/04 du 27 janvier 2006, consid. 5). Une violation du droit d'être entendu est toutefois considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). b. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé d'avoir rendu la décision querellée avant qu'elle n'ait pu faire valoir ses arguments sur le préavis, ce qui porte atteinte à son droit d'être entendue. Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors qu'une telle violation aurait quoi qu'il en soit été réparée, dans la mesure où la présente procédure a fait l'objet d'un échange d'écritures au cours duquel la recourante a pu fournir toutes les explications utiles à l'appui de sa position

et produire les pièces qu'elle estimait pertinentes. Cela est d'autant plus vrai qu'une expertise judiciaire a eu lieu. 5. Les parties s'opposent ensuite sur le statut de la recourante et, par conséquent, la méthode de calcul applicable. a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

A/4281/2017 - 21/40 - Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral I.693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid.

## 2a). Activité

A/4281/2017 - 22/40 - lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100 % et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2). 6. a. En l'espèce, selon le dossier soumis à la chambre de céans, la recourante est mère d'un garçon né en septembre 2005. Alors qu'il était âgé de deux ans, les pédiatres ont diagnostiqué un trouble envahissant du développement (trouble du spectre autistique). Au Portugal, la recourante a travaillé, à 100 %, en qualité de secrétaire, entre 2003 et 2004. Suite à son retour en Suisse, elle a fait une formation de secrétaire. Entre septembre 2006 et décembre 2008, elle a travaillé à 100 % en tant que gérante d'un tabac/journaux. Elle a cessé de travailler afin de pouvoir s'occuper de son fils, chez qui un trouble envahissant du développement venait d'être diagnostiqué (cf. rapports du Dr F\_\_\_\_\_ du 30 juin 2011 et du Dr J\_\_\_\_\_ du 20 mars 2013; rapport d'enquête ménagère du 27 août 2013). En effet, elle pouvait ainsi l'accompagner aux nombreuses thérapies que son état de santé impliquait (cf. rapport d'enquête ménagère du 27 août 2013). Après avoir été mère au foyer durant l'année 2009, la recourante a repris une activité à 50 % de janvier 2010 à janvier 2011, étant précisé qu'elle est en arrêt de travail depuis le 6 décembre 2010. Le motif pour lequel elle a repris, en 2010, une activité à 50 % uniquement n'est pas clair. En effet, elle a expliqué, d'une part, que c'était en raison de ses douleurs (cf. courriers de la recourante des 13 et 28 janvier 2015) et, d'autre part, que c'était par choix, pour pouvoir s'occuper de son fils, lequel était alors placé en crèche avec un éducateur spécialisé (cf. rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 20 mars 2013, rapport d'enquête ménagère du 27 août 2013). Le 1er août 2011, la recourante s'est inscrite à l'OCE afin de rechercher une activité à 50 %, étant précisé que ce pourcentage correspondait à celui alors retenu par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 juin 2011. Interrogée à ce propos, la recourante a expliqué que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à 100 %. En effet, son fils était désormais scolarisé dans une école spécialisée, l'école « S\_\_\_\_\_ », quatre jours et demi par semaine et toutes les thérapies y étaient effectuées. Par ailleurs, il était gardé par sa grand-mère

A/4281/2017 - 23/40 - le mercredi ainsi que toutes les fins de journées (cf. rapport d'enquête ménagère du 27 août 2013). Pour sa part, l'intimé considère que c'est par convenance personnelle que la recourante a diminué son activité professionnelle à 50 % et que c'est par conséquent un statut mixte qu'il convient de retenir (cf. rapport d'enquête ménagère du 27 août 2013). b. Certes, comme le soulève l'intimé, la recourante travaillait à 50 % lors de la survenance de l'atteinte incapacitante, en décembre 2010. Cela ne suffit toutefois pas pour considérer qu'elle entendait définitivement réduire son activité par convenance personnelle. En effet, il paraît plausible que la recourante ait interrompu toute activité professionnelle suite au diagnostic concernant son fils afin de s'en occuper et de l'accompagner aux nombreux rendez-vous médicaux que son état de santé impliquait. Il

paraît également plausible que la recourante ait repris une activité à temps partiel une fois son fils admis en crèche, pour pouvoir continuer à l'accompagner aux différentes thérapies. Enfin, il est tout aussi vraisemblable que la recourante aurait augmenté son temps de travail une fois son fils admis à l'école spécialisée, étant rappelé que les thérapies se déroulaient dans l'école en question. De plus, le taux d'activité de 50 % correspondait à l'exigibilité retenue par les différents médecins consultés. Il paraît ainsi hautement vraisemblable que la recourante n'ait pas repris une activité à un taux supérieur compte tenu des conclusions des divers médecins. Dans de telles circonstances, on ne saurait ainsi retenir l'absence de preuve d'un désir de travailler à un taux plus important. On peut donc légitimement se poser la question du statut d'actif de la recourante. Cette question peut toutefois rester ouverte en l'état, le recours devant quoi qu'il en soit être rejeté, les atteintes de la recourante, si elles sont certes incapacitantes, n'étant pas invalidantes au sens des assurances sociales, comme cela ressort des considérations qui suivent. 7. 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. 7 LPGA, 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 (al. 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est

A/4281/2017 - 24/40 - plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 8. a. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10 : M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3). b. En cas de syndrome douloureux somatoforme persistant ou trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5 CIM-10), la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble

selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Le syndrome douloureux somatoforme persistant nécessite un examen psychiatrique, après que le somaticien ait exclu une cause organique (doctoresse Isabelle GABELLON, La totalgie et ses répercussions fonctionnelles, in Revue médicale suisse 2014, vol. 10, p. 290). c. En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de

A/4281/2017 - 25/40 - la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). d. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques 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 - 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. On peut réserver 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. 4.2). 9. a. Les troubles d'ordre psychosomatique ou syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tels que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux, sont difficilement objectivables et il n'est pas évident d'identifier ce qui est raisonnablement exigible de l'assuré et s'il a les ressources nécessaires pour fournir l'effort requis (Susana MESTRE CARVALHO, op. cit., p. 61). b. Entre 2004 (ATF 130 V 354), voire 2006 (ATF 132 V 65) en ce qui concerne la fibromyalgie, et 2015, la jurisprudence fédérale posait la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux n'entraînaient 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 existait une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V

50). Pour les raisons qui viennent d'être exposées ci-dessus, il y avait lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne

A/4281/2017 - 26/40 - incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il était légitime d'admettre que ces circonstances étaient également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2). c. Dans son ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique, en abandonnant la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Le point de départ de l'évaluation précitée est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

A/4281/2017 - 27/40 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). d. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoforme douloureux à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Désormais, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure

structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Dans ce contexte, la résistance à un traitement du trouble dépressif ne permet pas à lui seul d'exclure l'existence d'une invalidité. Il s'agit désormais de déterminer les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée en fonction des facteurs considérés dans leur globalité conformément à la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281, une telle évaluation n'étant superflue que lorsque l'incapacité de travail doit d'emblée être niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes ou parce que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons. Cela étant, la personne assurée conserve le fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible comment un trouble dépressif léger ou moyen, malgré - en principe - une

A/4281/2017 - 28/40 - bonne accessibilité au traitement, entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée (cf. ATF 143 V 409). 10. a. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas

pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

A/4281/2017 - 29/40 - l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3). 11. 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 LPG), 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/4281/2017 - 30/40 - Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/cc. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 13. a. En l'espèce, par ordonnance du 11 février 2019, la chambre de céans a mandaté les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ pour expertise. En octobre 2019, les médecins précités

A/4281/2017 - 31/40 - ont établi leurs rapports respectifs ainsi qu'un consilium. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de ces documents. Force est de constater que les rapports précités remplissent sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Ils contiennent le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées. Sur le fond, la Dresse P\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, non invalidants, et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans syndrome somatique, limitant de 50 % la capacité de travail de la recourante. Quant au Dr Q\_\_\_\_\_, il a posé, dans son rapport du 13 octobre 2019, les diagnostics de lombalgies basses (M54.5), forme chronique avec répercussion fonctionnelle, cervicalgies chroniques (M54.2), forme récidivante, de fibromyalgie (M79.0) et migraines (G43). Les lombalgies et cervicalgies communes chroniques entraînaient uniquement des limitations fonctionnelles. En revanche, la fibromyalgie avait pour corollaire une diminution de rendement de 20 à 30 %. L'activité professionnelle habituelle était adaptée, mais avec la diminution de rendement précitée en raison des conséquences liées à la fibromyalgie. Dans son rapport, le Dr Q\_\_\_\_\_ a expliqué que le diagnostic de fibromyalgie était équivalent à celui de syndrome douloureux chronique diffus posé par le médecin traitant ou de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique retenu par le Dr L\_\_\_\_\_. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il s'était aligné sur le diagnostic psychiatrique de troubles somatoformes douloureux persistants. Les frontières entre ces deux entités étaient floues et semblaient être la conséquence d'un point de vue de spécialiste (rhumatologue versus psychiatre). Les médecins précités ont également procédé à une appréciation consensuelle (p. 33 et 34 du rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_ d'octobre 2019). Ils ont notamment relevé que les différentes atteintes entraînaient des interactions. Ainsi, la présence d'une fibromyalgie était un facteur d'échec de traitement pour toute autre affection rhumatologique, dont notamment les lombalgies et cervicalgies communes. Les affections psychiatriques étaient des facteurs de mauvais pronostic même lors de traitements bien conduits, en diminuant l'efficacité de ceux-ci. À l'inverse, la prise en charge concomitante, ou préliminaire lorsqu'ils étaient trop marqués, de ces problèmes psychiques, était un facteur d'amélioration important. Dans ces circonstances, les experts ont donc estimé qu'une prise en charge psychothérapeutique, bien conduite, était un prérequis nécessaire à toute autre prise en charge rhumatologique. Une fois ce premier pas accompli, une prise en charge multidisciplinaire des HUG était susceptible de consolider les acquis et entraîner une amélioration.

A/4281/2017 - 32/40 - b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). La recourante considère, en se fondant sur les rapports du Dr N\_\_\_\_\_ des 22 octobre 2017, 1er janvier 2018 et 26 novembre 2019, qu'elle est totalement incapable de travailler. En effet, après avoir reproché à la Dresse P\_\_\_\_\_ de ne pas avoir procédé à une analyse rigoureuse du trouble de la personnalité de type borderline et de ne pas avoir retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, le Dr N\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité

de travail de la recourante était en réalité nulle. Les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ quant à une incapacité de travail entière sont toutefois fort surprenantes lorsque l'on sait que la recourante a repris, d'elle-même, une activité professionnelle à 50 % dès le 1er juin 2018 (cf. rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2019). Elle a, en outre, admis, lors de son audition par la chambre de céans le 7 mai 2018, qu'une activité professionnelle était bénéfique pour elle. En effet, au début de sa période de chômage et sans pouvoir travailler, ses douleurs avaient augmenté et elle n'arrivait plus à rien faire de la journée. Toutefois, depuis qu'elle était en stage et qu'elle bougeait et sortait, elle avait le sentiment d'être moins centrée sur ses douleurs. L'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Dr N\_\_\_\_\_ fait ainsi fi du ressenti de la recourante. Enfin, si le médecin précité a considéré, à plusieurs reprises, que c'était au prix de gros efforts que la recourante continuait son activité professionnelle à 50 %, il n'a jamais décrit la nature des efforts en question et les raisons pour lesquelles ces efforts ne seraient pas exigibles, ce qui justifierait une incapacité de travail totale. Pour toutes ces raisons, le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ ne permet pas de remettre en question les conclusions de l'expertise judiciaire, ce d'autant plus que celles-ci confirment la capacité de travail actuelle de la recourante. Dans de telles conditions, les critiques formulées à l'encontre des conclusions de la Dresse P\_\_\_\_\_ n'ont pas à être examinées plus en détail. 14. a. Reste à examiner si l'atteinte à la santé - incapacitante - est également invalidante. En effet, conformément à la jurisprudence, il appartient au médecin de retenir - ou non - un diagnostic en fonction de critères médicaux et non jurisprudentiels et de se prononcer sur l'incidence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail et au juge d'en évaluer le caractère invalidant au regard des indicateurs développés par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et arrêt du Tribunal fédéral

A/4281/2017 - 33/40 - 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2) et décrits ci-dessus. Il peut ainsi arriver que le juge se distancie de l'évaluation médicale de la capacité de travail lorsque celle-ci s'écarte du cadre fixé par les indicateurs évoqués (voir dans ce sens notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 4.3). À titre liminaire, il y a lieu de rappeler qu'au travers de l'art. 7 al. 2 LPGA, le principe de l'exigibilité est expressément inclus dans la définition de l'invalidité. Il n'est en effet pas évident d'identifier ce qui est raisonnablement exigible d'une personne souffrant d'une fibromyalgie et/ou de troubles psychiques et si elle a les ressources nécessaires pour fournir l'effort requis pour compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une activité lucrative. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a instauré une procédure probatoire, laquelle doit permettre, au moyen d'indicateurs, de déterminer les ressources dont dispose la personne assurée. En effet, les ressources peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action. Ainsi, plus les ressources sont prononcées, plus on peut s'attendre à ce que les facteurs de stress soient surmontés (cf. consid. 9a supra). b. Toutefois, selon la jurisprudence, avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés précédemment, l'organe chargé de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge, doit analyser si les troubles dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Dans le cas d'espèce, la Dresse P\_\_\_\_\_ a exclu un acte de simulation même si la recourante n'était pas complètement collaborante, en éludant certaines questions. Le médecin précité a encore précisé que si cette attitude ne pouvait être mise

complètement sur le compte ni des diagnostics ni des troubles mnésiques objectivés à l'examen neuropsychologique, cela ne suffisait toutefois pas à exclure une atteinte à la santé significative. Du point de vue rhumatologique, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé que l'anamnèse et l'examen clinique étaient en cohérence avec les diagnostics posés. L'attitude de la recourante pendant les entretiens avait été cohérente avec l'intensité du syndrome vertébral constaté et elle n'avait montré aucun signe ou comportement d'exagération ou démonstratif laissant indifférent l'expert. Toutefois, une certaine incohérence a été décelée par les médecins s'agissant de l'attitude de la recourante lors des deux types d'entretiens. En effet, alors que lors de l'examen rhumatologique de 2h30, la recourante a dû bouger à plusieurs reprises, elle a pu rester assise pendant plus d'une heure trente, tranquillement, sans adopter de position algique lors des entretiens psychiatriques. Ces éléments ne sont toutefois pas suffisants pour retenir un motif d'exclusion. 15. Il convient donc d'examiner les diagnostics retenus à l'aune des indicateurs développés par le Tribunal fédéral.

A/4281/2017 - 34/40 - À titre liminaire, la chambre de céans précise que personne ne remet en doute les douleurs et l'état dépressif dont souffre la recourante. Toutefois, en tant qu'atteintes non objectivables, celles-ci ne sont invalidantes que si la recourante ne dispose pas ou plus des ressources suffisantes pour les surmonter. Les indicateurs jurisprudentiels suivants permettent justement de déterminer l'existence - ou non - de telles ressources. A. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » aa. Caractère prononcé des éléments pertinents pour les diagnostics et des symptômes : Avec le premier indicateur, il convient de s'assurer que les limitations fonctionnelles sont bien dues aux atteintes retenues et non à des facteurs non assurés. Dans le cas d'espèce, cet indicateur ne prête pas à la discussion. En effet, les experts ont détaillé les motifs pour lesquels ils avaient posé les diagnostics et retenu les limitations fonctionnelles, au demeurant traditionnellement constatées avec ce type d'atteintes. Ainsi, la fibromyalgie a pour conséquence une diminution de rendement en raison de l'intensité des douleurs, de la fatigue et de la fatigabilité. Quant à l'état dépressif, il entraîne des troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'une vitesse de travail ralentie et une baisse de confiance en soi. Enfin, les experts n'ont retenu aucun facteur psycho-social ou socio-culturel. bb. Succès / résistance du traitement et de la réadaptation a. En deuxième lieu, il faut examiner l'évolution des résultats des thérapies. En effet, les troubles concernés ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas (ou plus) être traités, au regard des moyens thérapeutiques existants et d'une coopération optimale. Ainsi, si un traitement mené dans les règles de l'art et avec une coopération optimale de l'assuré échoue, cela tend vers un pronostic négatif. En effet, seuls des troubles qui ne sont plus accessibles à une thérapie peuvent être considérés comme invalidants du point de vue juridique (Thomas GÄCHTER / Michael E. MEIER, Schmerzrechtsprechung 2.0 - Bemerkung zur grundlegenden Praxisänderung im Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015, zur Publikation vorgesehen, in Jusletter 29 juin 2015, ch. 51). Il ressort de l'expertise judiciaire et des pièces du dossier que la recourante ne suit pas de traitement psychiatrique et qu'elle ne désire pas entreprendre de psychothérapie ou au moins un travail sur elle pour aller mieux. Cet aspect avait déjà en son temps été relevé par le Dr E\_\_\_\_\_, lequel avait mis un terme au suivi psychothérapeutique faute de volonté de changement de la patiente (cf. rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 20 mars 2013). Si l'attitude de la recourante peut partiellement être expliquée par l'aspect évitant présent dans le trouble mixte de la personnalité, elle

A/4281/2017 - 35/40 - relève également d'une croyance personnelle qu'un travail psychothérapeutique ne lui amènerait rien, ce qui ne peut être attribué à aucune maladie psychiatrique. Sur le plan rhumatologique, la recourante a suivi pendant plusieurs mois un traitement de physiothérapie active, à la base des recommandations de traitement pour les trois affections dont elle souffre. Ce traitement n'a pas amené l'effet escompté. L'absence d'effet des antidouleurs classiques est toutefois assez typique dans une telle situation. Un traitement antidépresseur a été administré pendant plusieurs mois. Mais il n'avait pas non plus entraîné d'effet positif. Dans de telles circonstances, le Dr Q\_\_\_\_\_ a considéré qu'il était logique d'avoir arrêté les traitements sur le plan somatique. Dans leur consilium, les experts ont toutefois rappelé que l'existence d'une fibromyalgie était un facteur d'échec de traitement pour toute autre affection rhumatologique, comme par exemple les lombalgies et les cervicalgies communes, quand bien même la base du traitement était la même. Les facteurs psychologiques (anxiété, thymie basse) et les affections psychiatriques (dépression récurrente) étaient des facteurs de mauvais pronostic même en cas de traitement bien conduit, dès lors qu'ils diminuaient l'efficacité des traitements proposés. À l'inverse, la prise en charge concomitante, voire préliminaire s'ils étaient trop marqués, de ces problèmes était un facteur d'amélioration important. Dans le cas de la recourante, les experts étaient d'avis qu'une prise en charge psychothérapeutique était un prérequis nécessaire à toute prise en charge rhumatologique et qu'une prise en charge multidisciplinaire aux HUG était, dans un deuxième temps, susceptible de consolider les acquis et entraîner une amélioration. Il résulte de ce qui précède que la recourante n'a nullement épuisé les possibilités de traitement raisonnablement exigibles, dès lors qu'elle ne suit aucun traitement sur le plan psychique. On ne peut donc pas considérer que la fibromyalgie et l'état dépressif dont elle souffre ne sont plus accessibles à une thérapie et, par conséquent, invalidants pour ce motif. b. Des déductions sur la gravité des atteintes dont souffre la recourante peuvent également être tirées de la réadaptation au sens juridique. Ainsi, si des mesures de réadaptation sont proposées et que l'assuré n'y participe pas, cela peut être considéré comme un indice d'une atteinte non invalidante. En revanche, une réadaptation adéquate qui a pourtant échoué malgré une coopération optimale peut être significative de ressources entamées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.2.1 et Susana MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 667). Dans le cas présent, les mesures de réinsertion ont été un succès. En effet, la recourante a bénéficié d'une mesure auprès d'IPT dès mars 2012 et dès le 10 septembre 2012, elle a été engagée à 50 %. Par la suite, alors qu'elle était au chômage à 50 %, elle a bénéficié d'un stage de secrétaire entre mars et mai 2018 et a retrouvé un emploi à 50 % dès juin 2018.

A/4281/2017 - 36/40 - Le succès des mesures précitées permet ainsi de poser un pronostic favorable quant aux ressources existantes. cc. Comorbidités / affections corporelles concomitantes : Le troisième indicateur, celui de la comorbidité, vise à déterminer si d'autres atteintes à la santé privent la recourante de ses ressources (Susana MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 67), étant précisé que des atteintes qui ne sont par définition pas invalidantes selon la jurisprudence ne sont pas prises en considération à titre de comorbidités mais sont examinées dans le complexe de la personnalité (Thomas GÄCHTER / Michael E. MEIER, op.cit., ch. 58). Outre les diagnostics incapacitants (trouble dépressif et fibromyalgie), la recourante présente également des cervicalgies et des lombalgies communes ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité. Les atteintes somatiques ne sont, en tant que telles pas incapacitantes, mais elles entraînent un certain nombre de limitations fonctionnelles, lesquelles sont toutefois respectées dans l'activité habituelle de la

recourante (cf. rapport du Dr Q \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2019). Quant au trouble mixte de la personnalité, s'il n'est pas non plus incapacitant, il a toutefois entraîné des aménagements dans la vie privée et professionnelle, dans le sens où la recourante ne recherche pas le contact (cf. rapport de la Dresse P \_\_\_\_\_ d'octobre 2019). En tant que ces comorbidités ne sont pas incapacitantes, elles ne privent pas la recourante de ses ressources. Le trouble mixte de la personnalité constitue tout au plus un motif, à tout le moins partiel, pour lequel la recourante ne recherche pas plus de soins pour ses troubles.

b. Complexe de la personnalité : Cet indicateur permet de déterminer les ressources d'une personne sous l'angle du développement et de la structure de la personnalité, des fonctions psychiques de base, etc. (Susana MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 68). Dans ce contexte, les fonctions complexes du moi (conscience de soi et de l'autre, épreuve de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions et intentionnalité) entrent également en considération (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Plus ces fonctions sont perturbées, plus on peut supposer que la personne affectée est incapable de fournir un effort de volonté suffisant pour surmonter son atteinte. Les fonctions complexes du moi permettent de savoir si la personne concernée est capable d'adopter un point de vue critique par rapport à sa capacité de travail résiduelle. Si elle ne peut pas prendre cette distance pour des raisons de santé, parce qu'elle n'a pas les ressources psychologiques pour le faire, on ne peut pas exiger d'elle un effort de volonté suffisant (Renato MARELLI, Nicht können oder nicht wollen ? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007, pp. 336 ss). Ainsi, le Tribunal fédéral a considéré qu'on ne pouvait conclure à une diminution des ressources personnelles en présence d'un assuré donnant une description positive de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance et sans peur de

A/4281/2017 - 37/40 - l'avenir, avec une concentration et une attention conservées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_584/2016 du 30 juin 2017) ou encore dans le cas d'un assuré fournissant des efforts multiples et documentés pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2015 du 22 septembre 2015). Il ressort du rapport d'expertise que l'empathie, la capacité de tenir compte de l'autre et le sens des réalités sont conservés chez la recourante (rapport non daté de la Dresse P \_\_\_\_\_ p. 31). Il y a toutefois une importante baisse de l'estime de soi, avec des idées de dévalorisation. L'attitude face à l'avenir est nihiliste car pour l'assurée, l'avenir n'est pas envisageable, il n'y a pas de projections dans l'avenir ou de représentation de l'avenir (rapport non daté de la Dresse P \_\_\_\_\_ p. 21). Toutefois, malgré le manque de confiance en soi, la recourante a fait preuve de ressources personnelles afin de s'occuper de son fils dans un contexte familial difficile (rapport non daté de la Dresse P \_\_\_\_\_ p. 25). Au vu de ce qui précède, on ne peut donc conclure à une perturbation grave des fonctions complexes du moi et on doit considérer que la recourante est capable d'adopter un point de vue critique par rapport à son atteinte et à son caractère incapacitant.

c. Complexe « contexte social » : Par cet indicateur, il s'agit d'examiner dans quelle mesure des ressources mobilisables peuvent être tirées du contexte de vie de la personne assurée et notamment de son réseau social (Susana MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 68; Thomas GÄCHTER / Michael E. MEIER, op.cit., ch. 68). Dans le cas d'espèce, la recourante a un niveau d'activité bas. Elle n'a pas d'amis mais cela semble relever d'un choix personnel depuis son retour en Suisse. Cette situation ne la dérange pas. Le dossier soumis à la chambre de céans comporte plusieurs références à des problèmes de couple. La recourante ne semble donc pas avoir de soutien de la part de son époux. En revanche, elle voit régulièrement sa sœur et sa mère, cette dernière s'occupant au demeurant

de son fils autiste. Dans ces conditions, on peut donc considérer que la recourante bénéficie, dans une certaine mesure, d'un soutien familial et donc d'un contexte social favorable. Des ressources mobilisables peuvent à l'évidence être tirées de son entourage familial, du moins en partie, de sorte qu'elles n'ont pas été encore épuisées. B. Catégorie « cohérence » Les conséquences tirées des indicateurs précités sur le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle doivent ensuite être examinées sous l'angle de la catégorie de la cohérence. Par cet indicateur, il convient de se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière sur le plan de l'activité lucrative ou habituelle comme sur le plan des autres domaines de la vie (tels que l'organisation des loisirs), en se fondant autant que possible sur une comparaison du niveau d'activités avant et après l'atteinte. Cet indicateur permet également d'analyser si les limitations relevant du domaine professionnel sont cohérentes avec les activités relevant du

A/4281/2017 - 38/40 - domaine privé ou si, au contraire, la comparaison met en lumière des contradictions. Ainsi, un haut degré de cohérence chez un assuré ne montrant que peu de ressources plaidera dans le sens d'une atteinte aux effets peu, voire pas, surmontables (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1; Susana MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 69; Thomas GÄCHTER / Michael E. MEIER, op.cit., ch. 71). Dans la catégorie de la cohérence, il conviendra également d'examiner la compliance de l'assurée, soit, en d'autres termes, son observance thérapeutique (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2; Susana MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 68; Thomas GÄCHTER / Michael E. MEIER, op.cit., ch. 72). En effet, le Tribunal fédéral part de la présomption qu'une personne assurée, qui se plaint de troubles non objectivables, cherchera à entreprendre des thérapies pour lesdits troubles (Thomas GÄCHTER / Michael E. MEIER, op.cit., ch. 72). Ainsi, un comportement incohérent (l'assuré ne suit aucune thérapie ; l'assuré n'a pas recours à un traitement chez un spécialiste ; l'assuré ne poursuit pas de prise en charge stationnaire ou de thérapie médicamenteuse malgré une prescription médicale) plaide en défaveur d'une souffrance particulièrement intense (Susana MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 69). Dans la mesure où la recourante a été très laconique sur sa vie privée, il est difficile de faire une comparaison entre son environnement privé et professionnel et son comportement avant et après l'atteinte. On sait toutefois qu'elle a une vie sociale pauvre, sans amis, et ce depuis l'âge de 19 ans, soit avant que les atteintes à la santé ne deviennent incapacitantes et qu'elles ne soient diagnostiquées. Sa vie sociale ne semble par conséquent pas avoir été influencée par lesdites atteintes. En revanche, la chambre de céans constate que la recourante ne cherche pas à entreprendre de thérapies pour traiter son trouble dépressif. Alors même qu'un précédent suivi était encourageant, elle ne bénéficie actuellement d'aucun traitement psychothérapeutique ou médicamenteux. Ce faisant, la recourante adopte un comportement incohérent, une personne souffrant d'intenses douleurs et d'un trouble dépressif cherchant au contraire un moyen thérapeutique pour y remédier. Plusieurs incohérences ont en outre été relevées par les experts. Ainsi, par exemple, la Dresse P\_\_\_\_\_ a été surprise de l'aspect extérieur de la recourante, qui s'est présentée aux entretiens en étant parfaitement soignée et coquette. Elle a expliqué son étonnement par le fait que dans la plupart des cas, les patients souffrant de troubles dépressifs éprouvent une fatigue uniforme qui atteint leur capacité à faire face aux tâches quotidiennes, y compris les soins personnels, ce qui n'était justement pas le cas de la recourante. Dans son cas, la psychiatre précitée n'a justement constaté aucun signe de fatigabilité psychique et physique lors des entretiens. Enfin, les experts avaient également relevé des incohérences entre l'attitude de la recourante lors de l'examen rhumatologique (bouge à plusieurs reprises) et celle observée lors des entretiens

psychiatriques (reste assise plus d'une heure trente tranquillement sur son siège, sans adopter de position antalgique). L'absence de cohérence sur certains points plaide ainsi en faveur de ressources chez la recourante.

A/4281/2017 - 39/40 - 16. En résumé, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Ces atteintes n'étant pas objectivables, la question est de savoir si la recourante dispose de ressources suffisantes pour les surmonter et augmenter son temps de travail. La chambre de céans a mandaté les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ pour déterminer dans quelle mesure la recourante disposait de ces ressources. Si leur rapport revêt une pleine valeur probante eu égard aux réquisits jurisprudentiels en la matière, la chambre de céans est contrainte de s'en écarter. En effet, en procédant à l'examen des indicateurs jurisprudentiels, la chambre de céans n'a pu que constater que la recourante disposait de ressources suffisantes pour surmonter ses atteintes. En effet, l'épisode dépressif d'intensité moyenne dont elle souffre n'a pas encore été traité de manière adéquate, la recourante ne bénéficiant d'aucun suivi sur le plan psychique. Elle a pu suivre, avec succès et malgré son atteinte, des mesures de réinsertion professionnelle. Elle s'occupe de manière dévouée de son fils qui est autiste. Elle garde également des contacts importants avec sa famille. S'ajoute un comportement incohérent à plusieurs égards. Médicalement, tant le Dr N\_\_\_\_\_ que la Dresse P\_\_\_\_\_ considèrent que la recourante dispose encore de ressources suffisantes pour surmonter ses atteintes. Pour le Dr N\_\_\_\_\_, la seule question qui se pose est celle de savoir si le trouble de l'humeur en question permet à la recourante d'utiliser ces ressources, question laissée sans réponse. Quant à la Dresse P\_\_\_\_\_, elle est d'avis que la recourante n'est pas consciente de ses ressources mais qu'un suivi psychiatrique serait susceptible de les révéler. Par conséquent, le degré d'incapacité de travail de 50 % retenu par les experts et celui de 100 % invoqué par le Dr N\_\_\_\_\_ fait abstraction des ressources constatées chez la recourante. Or, une atteinte non objectivable n'est invalidante que si la personne assurée ne dispose pas ou plus des ressources pour la surmonter, ce qui n'est à l'évidence pas le cas de la recourante. Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut que s'écarter de l'expertise judiciaire, confirmer la décision entreprise et inviter la recourante à suivre le traitement préconisé et à déposer, le cas échéant, une nouvelle demande en cas d'échec. 17. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. La recourante, bien que représentée par un avocat, n'a pas droit à une indemnité de procédure dans la mesure où elle succombe (art. 61 let. g LPGA a contrario). La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a par ailleurs lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/4281/2017 - 40/40 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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