

GE_GERICHTE ATAS/833/2015 vom 3. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_833_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/833/2015 du 3 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/833/2015 del 3 novembre 2015

Erwägungen

E. 26

Par décision du 17 novembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 octobre 2014 dans son intégralité.

E. 27

Par acte du 18 décembre 2014, complété le 29 janvier 2015, l'assurée, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (ci-après : APAS), a formé recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et de dépens, préalablement, à l'audition des Drs C_____, J_____, N_____

A/3911/2014 - 10/28 - et M_____ et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à partir du mois de novembre 2010. En substance, la recourante contestait les diagnostics de fibromyalgie ou de troubles somatoformes retenus par l'intimé, et ainsi, l'application de la jurisprudence y relative, dès lors que ses seules douleurs physiques ne l'empêchaient pas de travailler. Elle soutenait, en effet, souffrir principalement d'un état dépressif majeur et d'un état de stress post-traumatique, comme l'attestaient les rapports du Dr C_____ des 8 février 2010 et 16 janvier 2012, du Dr I_____ des 8 juillet 2010 et 20 avril 2011 et de la Dresse J_____ du 7 février 2012. Le rapport relatif à l'examen clinique rhumatologique, établi par le Dr L_____ le 23 janvier 2013, mentionnait d'ailleurs que selon le Dr C_____, la problématique était psychiatrique. De même, dans le rapport d'expertise psychiatrique du 4 octobre 2013, les experts avaient retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique, et avaient relevé, dans leur complément du 20 mai 2014, que la recourante présentait un trouble dépressif majeur franc et que les symptômes douloureux ne dominaient pas le tableau clinique sur le plan psychiatrique. Les critiques émises par la Dresse K_____ dans son avis médical du 11 septembre 2014 étaient dès lors infondées, ce d'autant plus que cette praticienne n'était pas médecin FMH en psychiatrie. Même si l'on se trouvait dans le cadre d'un syndrome douloureux diffus, les critères permettant de retenir une invalidité étaient présents, à savoir une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et une perte d'intégration sociale. Cependant, il n'y avait pas lieu de faire application de la jurisprudence relative au trouble somatoforme, dans la mesure où l'état dépressif et l'état de stress post-traumatique dont souffrait la recourante ne constituaient pas une manifestation d'accompagnement au trouble somatoforme, mais faisaient l'objet d'un diagnostic totalement séparé.

E. 28

Dans sa réponse du 23 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours précité et à la confirmation de la décision attaquée, considérant que le rapport du SMR du 11 septembre 2014 était convaincant, et estimant, ainsi, que la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité.

E. 29

Par courrier du 18 mars 2015, la recourante a intégralement persisté dans les conclusions de son recours.

E. 30

Le 5 mai 2015, la chambre de céans a requis du psychiatre traitant de la recourante qu'il se prononce sur une éventuelle aggravation de son état de santé entre les mois de février 2012 et d'octobre 2013.

E. 31

Le 15 juin 2015, la doctoresse O_____, médecin interne FMH auprès du centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrés (CAPPI) des HUG, a indiqué être en charge du suivi psychiatrique de la recourante depuis le mois de novembre 2014. Cependant, sur la base du dossier en sa possession, elle constatait que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire entre février 2012 et octobre 2013. Depuis lors, aucun nouveau diagnostic n'avait été posé. Pour sa part,

A/3911/2014 - 11/28 - la praticienne considérait que le syndrome post-traumatique, en lien avec les scènes de torture et de guerre vécues par la recourante en Bosnie, était principalement responsable de la symptomatologie actuelle de son état dépressif. C'était en raison de cet état que la recourante était dans l'incapacité de retrouver une activité professionnelle depuis février 2012.

E. 32

Dans des déterminations du 30 juin 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, sur la base de l'avis du SMR du 29 juin 2015 qu'il produisait. Dans cet avis, la doctoresse P_____, médecin FMH auprès du SMR, observait que, dans son rapport du 15 juin 2015, la Dresse O_____ indiquait que l'état de santé de la recourante était resté stable depuis février 2012 et que cette dernière avait été dans l'incapacité de retrouver un travail depuis cette date. Elle relevait ainsi que la Dresse O_____ ne mentionnait pas une quelconque incapacité de travail et n'apportait pas d'éléments propres à modifier l'appréciation du SMR du 11 septembre 2014.

E. 33

Dans des observations du 24 août 2015, la recourante indiquait que les constatations de la Dresse O_____ lui paraissaient correctes. Elle relevait toutefois souffrir, outre l'état de stress post-traumatique, d'un trouble dépressif sévère. Elle relevait que la Dresse O_____ ne pouvait pas fournir d'autres renseignements, faute de l'avoir suivie auparavant. À cet égard, elle précisait avoir été suivie par la Dresse J_____ en 2012, puis par la Dresse Q_____ en 2013, auprès du CAPPI. Elle observait que les experts indiquaient, dans leur rapport du 4 octobre 2013, s'être notamment basés sur un entretien téléphonique avec la Dresse Q_____, ainsi que sur le dossier des HUG. Ils avaient ainsi été en possession de tous les renseignements médicaux nécessaires pour établir leur rapport, auquel il convenait de se référer. Pour le surplus, la recourante persistait dans les conclusions de son recours.

E. 34

Les dernières déterminations des parties leur ont respectivement été transmises le 27 octobre 2015.

E. 35

Ensuite de quoi, 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), en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. a. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/3911/2014 - 12/28 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). c. En l'espèce, la décision litigieuse du 17 novembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives aux révisions précitées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 18 décembre 2014, dûment complété le 29 janvier 2015, contre la décision du 17 novembre 2014, est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail. 5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

A/3911/2014 - 13/28 - b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 6. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. b. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Ainsi, 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

A/3911/2014 - 14/28 - 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 n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part (voir HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). 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. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). 7. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en

A/3911/2014 - 15/28 - évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). 8. Dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015 destiné à la publication), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront,

dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié

A/3911/2014 - 16/28 - dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de

motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par

A/3911/2014 - 17/28 - exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 9. 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).

A/3911/2014 - 18/28 - b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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). 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. c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). e. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral

A/3911/2014 - 19/28 - 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). 10. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des

effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode 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 de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). 11. a. 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales,

A/3911/2014 - 20/28 - 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). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 8). Lorsque l'expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2014, op. cit., consid. 8). c. Si l'administration ou le juge,

se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de

A/3911/2014 - 21/28 - procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 12. En l'espèce, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse, que la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Il a ainsi considéré qu'elle possédait une pleine capacité de travail, dans son activité habituelle ou toute autre activité correspondant à son niveau de formation, et ce, depuis toujours. En effet, il s'est principalement basé sur les conclusions du SMR du 11 septembre 2014, retenant pour seul diagnostic, une fibromyalgie sans effet sur la capacité de travail. Le SMR se fondait, à cet égard, sur les conclusions de l'examen rhumatologique du 23 janvier 2013, selon lesquelles la fibromyalgie diagnostiquée n'était pas incapacitante, sous-réserve de l'existence d'une pathologie psychiatrique concomitante ou de critères de sévérité selon la jurisprudence. Or, sur le plan psychiatrique, le SMR a estimé que les conclusions de l'expertise du 4 octobre 2013, diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un état de stress post-traumatique totalement incapacitants, ne pouvaient être suivies, faute de valeur probante. La recourante soutient, quant à elle, souffrir principalement d'un état dépressif sévère et d'un état de stress post-traumatique, entraînant une incapacité de travail totale, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité, et requiert, de ce fait, l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du mois de novembre 2010. Elle se base, pour l'essentiel, sur les avis des Drs C_____, I_____ et de la Dresse J_____, ainsi que sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du 4 octobre 2013. En tout état de cause, elle estime que, même dans le cadre d'un syndrome douloureux diffus, les critères permettant de retenir une incapacité complète de travail sont également réalisés. Est ainsi litigieuse la question de savoir si la recourante présente une atteinte incapacitante d'un point de vue somatique et/ou psychiatrique. 13. a. Il convient, de prime abord, de déterminer l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique, en examinant la valeur probante de l'expertise du 4 octobre 2013, dès lors que, tant l'état dépressif et le trouble post-traumatique évoqués que la fibromyalgie diagnostiquée, sont des pathologies concernées par cet aspect. Dans cette expertise, les experts indiquent avoir étudié l'ensemble du dossier de la recourante et s'être entretenus à plusieurs reprises avec elle, ainsi qu'avec ses médecins traitants. Ce faisant, ils ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Ils ont jugé que la recourante présentait des limitations importantes liées au trouble

A/3911/2014 - 22/28 - dépressif, sous forme d'humeur dépressive, de perte d'intérêt et de motivation, de manque d'énergie, de fatigue et de douleurs, ainsi que des limitations au niveau cognitif, soit des difficultés au niveau de l'attention et de la concentration. Eu égard au trouble post-traumatique, ils ont observé que la symptomatologie qui y était liée, à savoir de l'anxiété, des troubles du sommeil et une incapacité de s'intégrer au niveau social, réduisait également la capacité de travail. Au vu de ces atteintes, ils ont conclu à une

incapacité de travail totale de la recourante, tant dans son activité habituelle que dans une autre activité, et ce, depuis 2009. La chambre de céans constate que, contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expertise du 4 octobre 2013 se base sur le dossier médical de la recourante et son examen psychiatrique. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont prononcés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. L'expertise menée est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante. b. Encore faut-il apprécier si d'autres avis médicaux commandent de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique du 4 octobre 2013. À cet égard, on relèvera que le 26 mai 2008, le Dr H_____ observait déjà une récurrence dépressive d'intensité moyenne chez la recourante et posait notamment le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent. Dans un rapport du 8 février 2010, le Dr C_____ diagnostiquait un état anxio- dépressif depuis plusieurs mois et concluait à une incapacité totale de travail depuis le 29 novembre 2009. Dans ses rapports consécutifs des 20 mai 2010, 16 novembre 2010, 1er mai 2011 et 25 janvier 2012, le praticien maintenait ses conclusions. Le 4 mars 2010, les Drs D_____ et E_____ indiquaient également parmi les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, un état dépressif récurrent, suite à leurs examens des 13 octobre et 2 novembre 2009. Par rapport du 8 juillet 2010, le Dr I_____ posait les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif majeur récurrent depuis l'an 2000 et de trouble post-traumatique depuis 1995, et indiquait qu'une activité professionnelle n'était alors pas exigible. Dans un rapport subséquent du 20 décembre 2010, le praticien ne constatait aucune amélioration. Puis, dans un dernier rapport du 20 avril 2011, il maintenait les mêmes diagnostics, tout en faisant état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en raison de son licenciement en novembre 2010, qui avait entraîné une recrudescence de ses symptômes dépressifs, et il jugeait la capacité de travail nulle depuis 2010. Dans un rapport du 7 février 2012, la Dresse J_____ retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et réservait le pronostic.

A/3911/2014 - 23/28 - Le 15 juin 2015, la Dresse O_____ confirmait que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire entre février 2012 et octobre 2013 et qu'il n'y avait aucun nouveau diagnostic. Pour sa part, elle considérait que le syndrome post- traumatique, en lien avec les scènes de torture et de guerre vécues par la recourante en Bosnie, était principalement responsable de la symptomatologie de l'état dépressif. Pour le reste, elle maintenait que depuis février 2012, la recourante n'avait pas été en mesure de retrouver du travail en raison de cet état dépressif. Aussi, force est de constater que l'ensemble des praticiens consultés et les experts s'accordent à retenir que la recourante souffre d'un état dépressif récurrent, variant d'une intensité moyenne à sévère. En outre, à l'instar des experts, les Drs I_____ et O_____, médecins traitants de la recourante sur le plan psychiatrique, retiennent l'existence d'un trouble post- traumatique. Enfin, tant les experts, que les Drs C_____, I_____, J_____ et O_____, retiennent une incapacité complète de travail de la recourante. Les Drs C_____ - et J_____, à raison du trouble dépressif. Les Drs I_____, O_____, ainsi que les experts, tant à cause de ce trouble que de l'état de stress post-traumatique. Par conséquent, il apparaît que les praticiens consultés ne contredisent pas les conclusions des experts, mais tendent, au contraire, à les corroborer. c. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 4 octobre 2013 sur la base de l'avis du SMR du 11 septembre 2014. Dans cet avis, la Dresse K_____ fait, d'une part, grief aux experts de ne pas avoir valablement retenu le diagnostic d'état dépressif

sévère, avec effet sur la capacité de travail. En effet, elle relève qu'un trouble dépressif récurrent d'épisode moyen, non incapacitant, a été diagnostiqué en 2008, et qu'aucune aggravation de ce trouble n'a été objectivée depuis. Ainsi, le diagnostic des experts se base essentiellement sur des éléments subjectifs, soit les dires de la recourante. De plus, les éléments constatés vont à l'encontre de la présence d'un épisode dépressif de degré sévère, mais parlent, tout au plus, en faveur d'un épisode léger à moyen. Enfin, l'échelle de dépression Hamilton ne permet pas de poser un tel diagnostic et les critères de la CIM-10 n'ont pas été respectés. Par ailleurs, la Dresse K_____ remarque que les éléments du dossier laissent entendre que les douleurs et les plaintes somatiques ont préexisté au trouble dépressif, dès lors qu'un diagnostic de fibromyalgie a été posé en 2002, alors que la première évaluation psychiatrique de la recourante remonte à 2008. D'autre part, la praticienne reproche aux experts d'avoir retenu un état de stress post-traumatique, avec répercussion sur la capacité de travail, alors que la symptomatologie relevée ne réunit pas les critères requis pour établir ce diagnostic et qu'elle serait d'ailleurs en amélioration par rapport aux premières années de la recourante en Suisse. Au demeurant, les symptômes relevés ne l'ont pas empêchée de travailler jusqu'en 2009 et aucune raison objective ne permet de considérer qu'ils

A/3911/2014 - 24/28 - soient devenus incapacitants depuis. D'ailleurs, aucune limitation fonctionnelle n'est retenue en lien avec ce trouble. Les critères cliniques de la CIM-10 n'ont ainsi pas non plus été respectés vis-à-vis de ce diagnostic. Or, il ressort de l'expertise que les spécialistes ont posé leurs diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique, conformément à la classification CIM-10 (ICD 10). Ils ont clairement expliqué que la recourante souffrait d'un trouble dépressif majeur, évoluant progressivement. Ainsi, même si la recourante n'avait pas eu de suivi psychiatrique pendant plusieurs années, ils ont estimé qu'elle avait très probablement connu des épisodes dépressifs avant d'être évaluée au niveau psychiatrique. Les experts ont décelé une décompensation psychiatrique, quand bien même les raisons n'en étaient pas connues. De plus, en procédant à une évaluation psychométrique, selon l'échelle d'Hamilton, ils ont évalué la dépression à une intensité sévère. Par ailleurs, ils ont dûment identifié les limitations engendrées par ces deux diagnostics sur la capacité de travail de la recourante. Ils ont en effet indiqué que la symptomatologie liée au trouble post-traumatique influençait la capacité de travail de la recourante de façon négative, en engendrant anxiété, troubles du sommeil, incapacité de s'intégrer au niveau social, tandis que le trouble dépressif provoquait une humeur dépressive, une perte de l'intérêt et de la motivation, un manque d'énergie avec une fatigue et des douleurs, ainsi que des limitations au niveau cognitif, sous forme de difficultés au niveau de l'attention et de la concentration (expertise du 4 octobre 2013, p. 8 et 10). Encore, dans leur complément du 20 mai 2014, les experts ont expliqué que la recourante présentait un trouble dépressif majeur franc et que les symptômes douloureux ne dominaient pas le tableau clinique sur le plan psychiatrique. À cet égard, ils ont expliqué que la recourante focalisait davantage sur les plaintes somatiques, car il était beaucoup plus difficile pour elle, au vu de ses capacités limitées d'introspection et de son arrière-plan socioculturel, d'élaborer ses symptômes psychiques. Par ailleurs, les experts ont confirmé avoir posé leur diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité sévère, selon les critères du système CIM-10 et l'échelle d'Hamilton. Ils ont relevé que la symptomatologie, en relation avec le trouble dépressif, était d'une intensité importante et chronique. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, ils ont ajouté qu'il engendrait des difficultés importantes d'intégration sociale. À leur sens, cette situation, en

combinaison avec la personnalité de l'expertisée, faisait que la maladie, dans toutes ses formes, avait été intégrée progressivement par la recourante comme faisant partie de sa personne. Ce processus avait contribué en soi, d'une façon importante, à la régression de la recourante sur le plan socioprofessionnel et à son incapacité de travail. La composante psycho-sociale n'était toutefois pas au premier plan, raison pour laquelle elle avait pu travailler pendant une longue période, malgré ses difficultés, mais elle faisait partie du tableau.

A/3911/2014 - 25/28 - Il apparaît ainsi que les experts ont examiné toutes les particularités du cas d'espèce et ont dûment justifié leurs diagnostics d'état dépressif sévère et d'état post-traumatique. À cet égard, il convient de remarquer que l'essentiel de tels diagnostics repose toujours en partie sur les données livrées par l'expertisé, de sorte qu'on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il reproche aux experts de s'être fondés sur celles-ci, lesquelles sont par définition subjectives. Cependant, les experts mettent également en avant des constatations objectives pour étayer leurs diagnostics. C'est ainsi qu'ils ont notamment observé chez la recourante un léger ralentissement psychomoteur, une attention et une concentration perturbées, des moments de tension interne, des capacités de rétrospection et d'introspection limitées. Ils ont encore relevé que sa thymie était triste, avec des pleurs, surtout pendant la discussion concernant son anamnèse personnelle, que les affects étaient peu mobiles, qu'elle présentait une anhédonie et une baisse de l'intérêt et de l'élan vital, des idées de dévalorisation et des idées noires occasionnelles (expertise psychiatrique du 4 octobre 2013, p. 5 et 6). Plus spécifiquement, eu égard au diagnostic de trouble post-traumatique, les experts ont noté des comportements d'évitement, qui, selon l'anamnèse, sont apparus après les événements vécus durant la guerre. Malgré l'amélioration constatée, ils ont jugé que ce trouble était toujours présent et que la symptomatologie liée à ce trouble continuait à influencer d'une façon négative la capacité de travail (expertise psychiatrique du 4 octobre 2013, p. 8). De plus, leur appréciation de l'intensité du trouble dépressif est fondée, tant par une évaluation psychométrique (échelle d'Hamilton) que par leurs observations. À cet égard, il sied de relever que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion d'indiquer qu'il ne suffit pas d'affirmer que l'intensité de la symptomatologie dépressive décrite par l'expert ne coïncide pas avec celle décrite par les médecins traitants, comme le fait le SMR dans le cas présent, car il n'appartient pas au juge de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale. Il faut bien plutôt 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_872/2013 du 4 février 2014 consid. 4.2). Or, le SMR ne fait pas mention de tels éléments. Au contraire, il ne conteste pas en soi les constatations des experts, mais leur appréciation. En outre, les experts ont clairement expliqué que le trouble dépressif d'intensité sévère décelé était indépendant de la symptomatologie douloureuse, et ainsi, de la fibromyalgie. Sur ce point, ils ont précisé que la recourante avait très probablement connu des épisodes dépressifs avant d'être évaluée au niveau psychiatrique. Le Dr I_____ a d'ailleurs, lui aussi, posé le diagnostic de trouble dépressif depuis l'année 2000 et celui de trouble post-traumatique depuis l'année 1995, dans son rapport du 8 juillet 2010. Les explications des experts, selon lesquelles les troubles psychiatriques présentés par la recourante ont ainsi, en réalité, vraisemblablement préexisté à la fibromyalgie diagnostiquée en 2002, doivent donc être retenues.

A/3911/2014 - 26/28 - Les griefs élevés par le SMR à l'encontre de l'expertise du 4 octobre 2013 tombent donc à faux, ce d'autant plus qu'il s'avère que la Dresse K_____ ne bénéficie elle-même pas d'une spécialisation en psychiatrie. Il convient bien plutôt de constater que les experts ont posé les diagnostics d'état dépressif sévère et d'état de stress post-traumatique totalement incapacitants, de manière convaincante et concluante, lesquels ne sont d'ailleurs pas contredits par les médecins consultés, tel qu'examiné précédemment.

d. Par conséquent, une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise psychiatrique du 4 octobre 2013, ainsi qu'à son complément du 20 mai 2014. Il y a donc lieu de retenir que la recourante souffre d'un état dépressif sévère, indépendant d'une fibromyalgie, et d'un état de stress post-traumatique, entraînant une incapacité de travail complète, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé. S'agissant de la date à partir de laquelle il convient de prendre en compte cette incapacité, on observera que les experts ont indiqué qu'elle existait « depuis l'année 2009 », sans autre précision. À cet égard, on relèvera que la recourante a été, plus précisément, jugée incapable de travailler à compter du 29 novembre 2009, par son médecin traitant le Dr C_____. Ainsi, sur le plan psychiatrique, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité totale de travail, dans toutes les activités, en raison d'un état dépressif sévère et d'un état de stress post-traumatique, depuis le 29 novembre 2009. Cela étant, la chambre de céans ne saurait, en l'état, reconnaître à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité, dans la mesure où elle exerçait une activité à temps partiel avant son atteinte à la santé et que son statut n'a pas été fixé par l'intimé. Par ailleurs, dans ces conditions, bien qu'une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique soit reconnue, il convient d'examiner la question de savoir si la fibromyalgie diagnostiquée, notamment par le Dr L_____, est également incapacitante dans son quotidien. 14. À cet égard, la chambre de céans relèvera que le dossier n'est pas suffisamment instruit sur le plan somatique. En effet, le diagnostic de fibromyalgie a notamment été posé par le Dr L_____ dans son rapport d'examen rhumatologique du 23 janvier 2013. Le praticien a toutefois estimé que, d'un point de vue purement rhumatologique, cette pathologie n'était pas incapacitante, tout en relevant qu'elle pouvait l'être en cas de pathologie psychiatrique incapacitante concomitante ou de réalisation des critères de sévérité jurisprudentiels.

A/3911/2014 - 27/28 - Le SMR a considéré, sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du 4 octobre 2013, qu'il n'y avait pas comorbidité psychiatrique grave, d'une part, et que les critères requis par le Tribunal fédéral jusqu'ici n'étaient pas réalisés, d'autre part. L'intimé a dès lors exclu la présence d'une fibromyalgie invalidante et rejeté la demande. Or, tel qu'exposé précédemment, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standard. Force est de constater que l'expertise psychiatrique du 4 octobre 2013 ne permet pas de répondre à ces questions. Dans ces conditions, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, auprès des Drs M_____ et N_____, et d'un rhumatologue indépendant, afin qu'une approche globale puisse être effectuée entre les diagnostics d'état dépressif sévère, ainsi que d'état post-traumatique, et la fibromyalgie décelée, et que les autres indicateurs puissent être examinés, conformément à la nouvelle jurisprudence rendue, dans le but de déterminer les réelles répercussions fonctionnelles de la fibromyalgie diagnostiquée. 15. En l'état, il sera renoncé aux auditions de témoins sollicitées par la recourante, celles-ci n'apparaissant pas utiles à ce stade. 16. Au

vu de ce qui précède, le recours sera en partie admis et la décision du 17 novembre 2014 sera annulée. Il sera dit que la recourante présente une incapacité de travail totale, dans toutes les activités, sur le plan psychiatrique, à partir du 29 novembre 2009, et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, détermination du degré d'invalidité de la recourante et nouvelle décision. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le reste, étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-.

A/3911/2014 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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