

GE_GERICHTE ATAS/905/2024 vom 20. November 2024

GE Cour de justice, 2024-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_905_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/905/2024 du 20 novembre 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/905/2024 del 20 novembre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité depuis juin 2015.

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'assurance-invalidité, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence).

A/3486/2023 - 11/22 - Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 et 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps,

prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). En l'occurrence, la décision querellée est postérieure au 1er janvier 2022, mais elle concerne le droit de la recourante à une rente d'invalidité depuis juin 2015, avec des changements de circonstances éventuels survenus en 2015 et 2017, de sorte que c'est le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'applique.

E. 3.2

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

A/3486/2023 - 12/22 - 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)

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 (art. 28 al. 2 LAI). 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). 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 28), car 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6 et 7). 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). Il convient dorénavant 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, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants : 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

A/3486/2023 - 13/22 - pathologie déterminante pour le diagnostic. 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. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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 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. La comorbidité psychique 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Il convient ensuite 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. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut 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. Il s'agit, encore, 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 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

A/3486/2023 - 14/22 - comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique 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 (inévitabile) 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. 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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

E. 3.3

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de

A/3486/2023 - 15/22 - l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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). 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

A/3486/2023 - 16/22 -

E. 4.1.1

En l'espèce, la recourante conteste les résultats de l'expertise bidisciplinaire du H_____. L'intimé estime que ce rapport a une pleine valeur probante, relevant que la Dre I_____ a confirmé ses conclusions le 4 août 2022, en particulier qu'une activité adaptée était exigible à 100% de la part de la recourante. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du H_____ répond de prime abord aux réquisits permettant de reconnaître à l'expertise une pleine valeur probante et elle examinera ci-après les critiques formulées à son encontre par la recourante.

E. 4.1.2

La recourante fait valoir que dans sa réponse aux questions du SMR, l'experte psychiatre avait indiqué ne pas retenir de diagnostic purement psychiatrique quant au syndrome douloureux diffus que la recourante n'avait pas mentionné lors de leur entretien. Ce constat était arbitraire selon elle, car il ne lui appartenait pas de suggérer un diagnostic à l'experte ou d'attirer son attention sur un diagnostic posé par un confrère. L'experte devait se référer au dossier médical, qui mentionnait à de multiples reprises les douleurs dont souffrait la recourante. De plus, le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu par le dernier psychiatre qui l'avait suivie. L'experte aurait dû investiguer le volet psychiatrique de ses douleurs. Le fait qu'elle ne se soit intéressée ni à la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr J_____ en

2017, ni aux douleurs alléguées par la recourante pendant des années démontrait une investigation grossièrement incomplète et une constatation arbitraire des faits. Il ressort de l'évaluation consensuelle de l'expertise que sur le plan somatique, des diagnostics ont été posés pour l'atteinte lombaire de la recourante ainsi que pour ses atteintes des genoux, des pieds et des hanches. Le diagnostic de fibromyalgie a été éliminé. Il a été précisé qu'une partie des douleurs de la recourante n'avait pas d'explication anatomique et relevait d'un syndrome douloureux diffus d'origine inexpliquée, sans anomalie de l'examen fonctionnel, et que la recourante présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Le SMR a demandé à l'experte rhumatologue, le 6 juillet 2022, pour quels motifs elle estimait que le syndrome douloureux diffus d'origine inexpliquée n'était pas incapacitant. Il a également demandé à l'experte psychiatre si elle pouvait se prononcer sur le diagnostic de syndrome douloureux diffus posé par l'expert rhumatologue et l'éventuel diagnostic retenu en précisant s'il était incapacitant. L'experte rhumatologue a répondu au SMR, le 6 octobre 2022, que le syndrome douloureux diffus était décrit comme non incapacitant, car les données de

A/3486/2023 - 17/22 - l'examen clinique confirmaient l'absence de limitations fonctionnelles objectives notables et qu'il n'y avait pas de prise médicamenteuse importante. L'experte psychiatre a répondu au SMR qu'elle n'avait pas retenu de diagnostic purement psychiatrique quant au syndrome douloureux diffus que la recourante n'avait pas mentionné dans l'entretien de l'expertise psychiatrique. Dans son premier rapport, l'experte psychiatre a mentionné dans l'anamnèse que la recourante s'était plainte de douleurs au dos et aux genoux qui l'empêchaient de travailler, que celles-ci étaient apparues en 2013 et qu'elles avaient évolué vers une chronicisation. Par ailleurs, selon l'experte rhumatologue, les douleurs de l'assurée au dos et aux genoux avaient principalement une origine somatique, de type dégénératif. Sur la base de ces éléments, la chambre de céans estime qu'il n'est pas critiquable que l'experte psychiatre ne se soit pas prononcée, dans son rapport du 28 juin 2022, sur l'effet incapacitant ou non du syndrome douloureux diffus, dès lors qu'elle a mentionné dans l'anamnèse que la recourante s'était plainte de douleurs au dos et aux genoux qui l'empêchaient de travailler lesquelles étaient apparues en 2013 et avaient évolué vers une chronicisation et que, selon l'experte rhumatologue, les douleurs au dos et aux genoux de la recourante avaient principalement une origine somatique, de type dégénératif. Le fait que l'experte rhumatologue ait retenu le diagnostic non incapacitant de syndrome douloureux diffus ne permet pas de considérer qu'il y avait forcément un diagnostic psychiatrique en lien avec celui-ci. L'experte rhumatologue a posé ce diagnostic sans référence à la CIM-10. Il ne s'agit pas forcément d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, qui est de la compétence d'un psychiatre et qui est posé lors de douleurs persistantes (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intenses et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et qui constitue la préoccupation essentielle du patient. Il pouvait également s'agir d'autres troubles somatoformes (F45) ou de trouble somatoforme sans précision (F45.9). Cette question peut toutefois rester ouverte, car même si, par hypothèse, on admettait qu'un de ces diagnostics aurait dû être posé, il faudrait admettre que les indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral pour les diagnostics de ce type ne permettent pas de considérer qu'il serait incapacitant. Par ailleurs, il ne s'imposait pas de prime abord que les indicateurs d'exigibilité soient examinés par l'experte psychiatre, dès lors que l'experte rhumatologue n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie et qu'elle a indiqué que si une

partie des douleurs de la recourante n'avait pas d'explication anatomique et relevait d'un syndrome douloureux diffus d'origine inexplicée, il n'y avait pas d'anomalie de l'examen fonctionnel.

A/3486/2023 - 18/22 - Il ressort de l'appréciation consensuelle que l'indicateur des comorbidités a été pris en compte, puisque les expertes ont fait une appréciation globale de l'atteinte à la santé de la recourante tant du point de vue somatique que psychiatrique. Elles ont retenu au final que l'importance du vécu douloureux au plan somatique pouvait avoir une incidence sur ses capacités fonctionnelles. Elles ont également examiné les ressources de la recourante, retenant qu'elle en avait, puisqu'elle pouvait prendre soin d'elle-même, de son ménage et de son administration, recevoir des amis ou se rendre chez eux, échanger avec sa famille, partir en vacances et s'adonner à la lecture qui était sa passion, en précisant que constituaient des facteurs de surcharge, son vécu douloureux global et ses soucis familiaux ainsi que sa colère vis-à-vis de la dépendance financière. Il a ainsi été procédé à une appréciation nuancée et convaincante de cet indicateur. S'agissant de l'indicateur du poids des souffrances, les expertes en ont également tenu compte, puisqu'elles ont relevé que la recourante avait mis fin à tout suivi psychiatrique en 2017 et qu'elle avait exprimé l'absence de besoin d'en bénéficier. S'agissant de ses douleurs, l'experte rhumatologue a indiqué que la recourante prenait du Voltaren, mais pas tous les jours alors que celui-ci lui était prescrit pour tous les matins. Elle prenait en revanche beaucoup de Brufen, sans prescription médicale. La recourante a déclaré à l'experte rhumatologue que depuis 2012, sa symptomatologie s'était aggravée tant au niveau du genou droit que du rachis lombaire. Elle avait arrêté de se soigner de 2016 à 2021. S'agissant de son pied gauche, elle avait depuis plusieurs années de fortes douleurs au pied gauche et rien n'avait été trouvé. En 2008, on lui avait diagnostiqué une fracture de fatigue liée à un mobbing, « c'était son corps qui parlait ». Depuis, elle avait toujours eu mal. Elle avait pris des antalgiques, mais n'avait pas fait de bilan complémentaire pensant qu'il n'y avait rien à faire. L'on ne peut ainsi retenir comme l'allègue la recourante qu'elle s'est rendue très régulièrement chez ses médecins et qu'elle suivait leurs prescriptions, puisqu'elle a, selon ses propres déclarations, arrêté de se soigner de 2016 à 2021 et qu'il est établi qu'elle ne prenait pas le Voltaren tous les jours, comme cela lui était prescrit. L'on peut ainsi admettre que son comportement par rapport au suivi médical relativise l'intensité de ses douleurs. Ses tentatives de réintégration professionnelle et le poids de ses soucis familiaux ne permettent pas d'en juger autrement. Les expertes ont retenu que la recourante avait un vécu de majoration douloureuse et d'importance plus marqué que l'anatomie ne l'expliquait et sans prise de médicament. Il en ressort que les plaintes douloureuses de la recourante peuvent être exagérées en raison de son complexe de personnalité. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite la recourante de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs).

A/3486/2023 - 19/22 - À ce sujet, la recourante fait valoir qu'elle ne développait presque aucune activité de loisir ou domestique et que ce critère n'était pas réellement examiné dans l'expertise. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'experte psychiatre a pris en compte les activités de loisirs et domestiques de la recourante dans son appréciation de sa capacité de travail, relevant qu'elle était capable de prendre soin d'elle-même ainsi que de son ménage et de s'adonner à la lecture. Elle a en outre relevé que la recourante n'avait pas montré d'incohérence au cours de l'examen clinique.

E. 4.1.3

Les conclusions de l'expertise sont ainsi globalement convaincantes, à tout le moins pour la date de celle-ci, mais elles ne sont pas assez précises, car les expertes ne se sont pas prononcées, ou pas clairement, sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le début de son atteinte à la santé durable, soit du 21 avril 2015 à 2017. Le SMR a demandé à l'experte psychiatre un complément d'expertise, en relevant que les médecins traitants de la recourante avaient estimé en février 2017 qu'elle était capable de travailler à 30-50% (Dr J_____) et que son état psychique s'était aggravé dès le 7 septembre 2016 suite à l'accident de son fils. Il lui demandait de dire sur quels critères elle se fondait pour retenir une capacité totale depuis 2017. L'experte a répondu que depuis 2017, la recourante avait terminé ses suivis psychiatrique et médicaux et que l'évolution avait été favorable avec une stabilisation de l'humeur. Cette réponse est convaincante pour la période débutant en 2017. Le SMR aurait encore dû demander à l'experte psychiatre de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le 17 mars 2014, soit le début du délai d'attente, en particulier sur les effets sur son état psychique de l'accident que son fils a subi en 2016. Les conclusions de l'expertise manquent en effet de précision pour cette période. L'experte psychiatre semble en effet retenir une atteinte sur le plan psychiatrique jusqu'en 2017 en lien avec un trouble dépressif récurrent, mais elle ne précise pas les limitations fonctionnelles liées à ce diagnostic. Cela ne suffit toutefois pas à ôter toute valeur probante à l'expertise, qui est globalement probante. Le SMR a correctement complété ce rapport le 18 novembre 2022, en retenant une capacité de travail de 50% dès le 22 avril 2015, sur la base de la motivation de l'experte psychiatre, en relevant que celle-ci avait indiqué que la recourante avait arrêté en 2015 de prendre un médicament antidépresseur et qu'elle avait montré des ressources, puisqu'elle s'était occupée de veiller à ce que son fils soit défendu au tribunal, faisait son ménage, lisait avec passion, s'occupait de son administration, se promenait avec son mari et pouvait recevoir des amis ou se rendre chez eux, échanger avec sa famille qui habitait en Valais et partir en vacances. Elle recevait en outre le soutien de ses fils et de son mari. Elle avait exprimé combien le fait d'être financièrement dépendante de son

A/3486/2023 - 20/22 - mari lui pesait et n'avait pas décrit de difficultés psychiatriques. Bien au contraire, elle avait exprimé l'absence de besoin de bénéficier d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré. La Dre F_____ a exclu un syndrome douloureux somatoforme persistant et indiqué que la Dre A_____ avait, le 9 novembre 2015, indiqué que la recourante était en incapacité de travail à 50% dès le 22 avril 2015. La Dre A_____ a indiqué le 9 novembre 2015 que, durant l'été 2015, la mère de l'assurée était décédée, ce qui avait réactivé sa symptomatologie dépressive, sans retenir une incapacité de travail de plus de 50% suite à ce deuil, précisant que le diagnostic de réaction de deuil n'était pas incapacitant. Les éléments précités permettaient au SMR de retenir une capacité de travail de 50% de la recourante dès le 22 avril 2015. Celle-ci a confirmé, lors de son audition par-devant la chambre de céans, que lors du deuil de sa mère, l'aspect psychologique n'était pas prépondérant pour elle, qu'elle souhaitait travailler et pensait en être capable. Cela lui aurait permis de sortir de chez elle et de se changer les idées. Le décès de sa mère en septembre 2015 avait été un soulagement, car celle-ci était très malade et souffrait beaucoup. Il n'avait pas eu un impact important sur son état psychique. Elle avait arrêté le Cymbalta en été 2015 et ne l'avait pas repris après le décès de sa mère. La recourante a également déclaré à la chambre de céans que son fils cadet avait eu un grave accident en septembre 2016 et que cela avait été très difficile pour elle. Tout avait changé dans sa vie quotidienne sur le long terme, mais pendant une année particulièrement. Pendant toute cette

période, elle était suivie par le Dr J_____, mais elle n'avait pas repris d'antidépresseurs. Elle le voyait une fois par semaine et cela l'aidait de parler avec lui. Elle avait arrêté ce suivi pour des raisons financières et pour s'occuper de son fils. Ce n'était pas qu'elle se sentait mieux sur le plan psychique, selon elle. Elle voulait montrer sa présence à son fils. Son état psychique s'était amélioré à mesure que son fils allait mieux. Elle avait fait un travail avec son mari, à savoir qu'ils avaient pensé qu'il fallait qu'ils soient heureux car leur fils était en vie. Il résulte des déclarations de la recourante précitées qu'elle a gardé des ressources suite à l'accident de son fils, car elle a pu s'en occuper et que son état psychique ne s'est pas aggravé dans une mesure notable, puisqu'elle n'a pas repris d'antidépresseurs. C'est donc à juste titre que l'experte psychiatre et le SMR n'ont pas retenu une augmentation de son incapacité de travail en 2016 suite à cet événement. Cela est enfin également corroboré par le bilan final de stage d'orientation professionnelle du 22 janvier 2017, qui indique que son déroulement avait été difficile au début en raison des problèmes familiaux de la recourante, puis que la situation s'était améliorée. En matière de compétences sociales, celle-ci avait fait très bonne impression et elle s'était montrée très adaptable, quand bien même son

A/3486/2023 - 21/22 - fils était à l'hôpital. De plus, elle disait être très volontaire et motivée à retrouver du travail. La capacité de travail de 50% retenue du 22 avril 2015 jusqu'à 2017 n'est pas sérieusement remise en cause par le rapport du Dr J_____ du 24 février 2017, qui mentionnait une capacité de travail partielle de 40% dès le 25 novembre 2016 en tenant compte des restrictions physiques dues à la fibromyalgie, soit un diagnostic ne relevant pas de ses compétences, et des restrictions psychiques, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Elle n'est pas non plus remise en cause par les rapports établis le 20 juillet 2015 et le 2 février 2017 par le Dr B_____, qui retenait une incapacité totale de travailler de la recourante, du 10 avril 2014 au 1er avril 2016, car celui-ci n'est pas spécialisé en psychiatrie et ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Les conclusions de l'intimé sur la capacité de travail de la recourante ne sont pas non plus remises en cause par la Dre I_____ qui, dans son rapport du 4 août 2022, indiquait suivre les conclusions des expertes sur la capacité de travail de la recourante. En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base de l'avis du SMR du 18 novembre 2022 et de l'expertise du H_____, que la recourante a été capable de travailler à 50% dans une activité adaptée d'avril 2015 jusqu'à 2017. Il en résulte que la décision de l'intimé doit être confirmée.

E. 5

Infondé, le recours sera rejeté. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3486/2023 - 22/22 - 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.