

GE_GERICHTE A/1331/2016 vom 22. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1331_2016

FR: GE_GERICHTE A/1331/2016 du 22 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/1331/2016 del 22 giugno 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1967, a notamment travaillé comme agent d'entretien. ^{2.} Dans un rapport du 5 mai 2015 à l'intention de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie de l'intéressée, le docteur B_____ a diagnostiqué des vertiges, des cervicalgies, des lombosciatalgies gauches et un état anxieux et dépressif depuis février 2015. L'assurée ne pouvait ni porter, ni pousser de charges, pas plus que se baisser ou incliner la tête. Elle se plaignait de vertiges et de bourdonnements, d'une lombosciatalgie gauche, d'irritabilité, de troubles du sommeil et d'un manque de concentration. Le médecin avait observé de fortes contractures musculaires cervicales, des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles du sommeil et une fatigue. L'incapacité de travail était totale depuis le 24 février 2015, dans toute activité. ^{3.} Dans un rapport du 22 juin 2015, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu à des cervicalgies, à des discopathies, à des céphalées de tension, à des lombalgies, à une dépression et à une neuropathie bilatérale du nerf médian. L'assurée se plaignait d'instabilités avec acouphènes, de troubles de la concentration et de cervicalgies. Le stress et l'angoisse étaient importants. Il n'y avait pas réellement de céphalées, mais une impression de tête lourde et de serrements. Par ailleurs, l'assurée rencontrait des difficultés à se concentrer. A l'issue du status clinique ayant révélé de fortes contractures musculaires cervicales, la Dresse C_____ a confirmé une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 24 février 2015. ^{4.} Le 14 juillet 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). ^{5.} A été versé à son dossier le rapport établi le 29 septembre 2015 par les experts mandatés par l'assureur perte de gain. L'expertise, neurochirurgicale et psychiatrique, a été réalisée par la clinique CORELA, plus particulièrement par les docteurs D_____, neurochirurgien, et E_____, psychiatre. ^{6.} Dans ce cadre, l'assurée a subi une radiographie de la colonne cervicale qui a révélé l'absence de lésion traumatique osseuse récente, l'alignement des murs antérieurs et postérieurs et une cervicarthrose modérée avec pincement discal postérieur et ébauche d'uncarthrose de C3 à C7. Les experts ont relaté l'anamnèse de l'assurée et ses plaintes : elle évoquait un isolement social, des difficultés mnésiques et des problèmes attentionnels et se plaignait essentiellement de céphalées et de vertiges au cours de l'exercice de son activité professionnelle. Le Dr D_____ a retenu les diagnostics de dégénérescences étagées et de céphalées de tension, sans incidence sur la capacité de travail. Il a donné les définitions et les explications physiologiques relatives à ces troubles, avant de reprendre les éléments du dossier et les plaintes de l'assurée liés à ces

atteintes, en y ajoutant ses constatations cliniques et des considérations scientifiques sur certains points. L'assurée se plaignait également de cervicalgies. L'anamnèse dirigée orientait plutôt vers des algies d'origine mécanique, facettaire ou musculaire.

L'auto-questionnaire Neck Disability Index avait abouti à un score de 74% correspondant à un état d'infirmité totalement discordant avec la pauvreté de l'examen clinique et radiologique. Quant au score à l'auto-questionnaire d'OSWESTRY, il était de 30, celui à l'OSWESTRY Disability Index de 60%. Ces résultats correspondaient à une incapacité sévère, mais les réponses semblaient surestimées par rapport aux plaintes spontanées.

L'examen du rachis cervical ne révélait aucune contracture musculaire. Il n'existait ni signe de radiculopathie cervicale, ni trouble de la sensibilité et des réflexes au niveau du tronc. L'apparence et la palpation du rachis lombaire étaient normales, l'examen du rachis sacré sans particularité. Concernant les céphalées, c'était avant tout la sensation vertigineuse qui obligeait l'assurée à arrêter toute activité. Il s'agissait cependant d'un symptôme subjectif d'accompagnement, qui ne pouvait être attribué à aucune lésion anatomique sous-jacente. Les cervicalgies et les lombalgies n'étaient pas retenues, car elles n'étaient objectivées par aucune lésion anatomique, tout comme les lombo-sciatalgies, en raison de l'absence de dermatome spécifique en lien avec les plaintes. Le Dr D_____ concluait à l'absence totale d'incapacité de travail ou de baisse de rendement. Quant à l'expert psychiatre, il avait diagnostiqué un épisode dépressif léger (F 32.0) en cours de rémission. L'assurée mentionnait un isolement social associé à une absence d'envie, une anxiété, une tristesse, des difficultés cognitives et une asthénie. Le score à l'auto-questionnaire de dépression de Beck-II était de 38, largement surévalué par rapport à la symptomatologie observée au cours de l'examen. Un certain nombre de symptômes, qualifiés par l'assurée d'intenses dans l'auto-questionnaire, n'étaient pas objectivés cliniquement, ou bien contredits par l'assurée elle-même lors de l'entretien (items de la dévalorisation, de la perte d'énergie et de la fatigue). En revanche, le score de 55 retrouvé à l'auto-questionnaire de Spielberger, correspondant à une tendance naturelle anxieuse moyenne, était corroboré par l'anxiété exprimée par l'assurée concernant son état de santé, et semblait en rapport avec les symptômes anxieux retrouvés au cours de l'examen clinique. Le Dr E_____ avait en effet observé une certaine agitation anxieuse. La collaboration restait difficile du fait d'une légère opposition, reflétée par le grand flou des réponses concernant les dates précises des diverses consultations. Le Dr E_____ a écarté le diagnostic de trouble de l'adaptation. S'agissant de l'épisode dépressif, le critère de la tristesse était retenu, malgré une majoration (théâtralisation), tout comme celui de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables et celui de la fatigue. En revanche, l'expert psychiatre n'observait pas de diminution marquée de la confiance et de l'estime de soi, alors que l'assurée évoquait des sentiments négatifs envers elle-même et une dévalorisation sur l'échelle de Beck, confirmant ainsi une surcotation lors du remplissage de cet auto-questionnaire. Elle se sentait en partie coupable du décès de sa nièce survenu au Kosovo, ce qui reflétait une culpabilité inadaptée. On ne trouvait pas de difficultés de concentration. Le sommeil s'était amélioré, voire normalisé depuis l'instauration d'un traitement médicamenteux. Le score de 17 à l'échelle de Hamilton, correspondant à un épisode dépressif d'intensité légère, reflétait les symptômes observés lors de l'examen clinique. Le score de 15 à l'échelle Hamilton de l'anxiété correspondait principalement aux craintes hypochondriaques et à l'anxiété ressentie par l'assurée concernant les événements familiaux qu'elle ne cessait de ressasser. Depuis l'instauration du traitement antidépresseur, elle disait avoir observé une amélioration partielle de sa symptomatologie. L'expert

préconisait un réajustement de la posologie. Un épisode dépressif léger était retenu, vu la présence de deux critères majeurs et d'un critère mineur. Quant à son retentissement en termes de capacité de travail, l'expert a jugé que seules la fatigabilité et la symptomatologie anxieuse d'accompagnement de l'épisode dépressif interféraient encore quelque peu avec les capacités d'adaptation de l'assurée et son rythme de travail. Les troubles de la concentration dont elle se plaignait ne représentaient pas une limitation significative, cette fonction n'étant pas particulièrement sollicitée dans l'activité habituelle. De plus, ces difficultés n'avaient pas été clairement objectivées durant l'entretien. Au plan psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50% sans diminution de rendement au jour de l'examen. Une reprise à temps partiel était déjà envisageable, la symptomatologie résiduelle n'étant que partiellement limitante. Une reprise progressive permettrait un reconditionnement à l'effort physique, sachant que l'activité professionnelle ne sollicitait que très peu les capacités psychiques et cognitives. Selon l'expert, l'assurée devrait avoir recouvré une pleine capacité de travail à compter du 13 septembre 2015, sans diminution de rendement, étant également entendu que la nécessité d'augmenter la posologie de l'antidépresseur devrait favoriser l'amélioration thymique déjà amorcée. Dans leur synthèse, les experts ont répété que l'examen clinique du rachis cervical était rassurant, sans restriction des mobilités, ni déficit neurologique. L'examen radiologique avait permis de visualiser une atteinte dégénérative discale étagée isolée de C4 à C7. Sur le plan lombaire, devant un examen clinique normal, aucun examen d'imagerie n'avait été requis. Les céphalées, unilatérales droites, à type de serrement, étaient aggravées aux mouvements et associées à une phonophobie. En revanche, un seul épisode de vomissement avait eu lieu jusqu'alors ; chaque épisode durait jusqu'à 30 minutes, ce qui permettait d'écarter le diagnostic de migraine au profit de celui de céphalées de tension. La notion de céphalées sur abus médicamenteux ne pouvait être retenue, en l'absence de prescription d'antalgiques de palier I. Bien qu'il existât des discordances entre l'intensité des algies alléguées, leurs répercussions dans le quotidien et les modestes substrats organiques objectivés, aucun diagnostic de somatisation ou de trouble apparenté n'était retenu, car les plaintes n'étaient ni variables, ni réellement multiples, et il existait un critère d'exclusion en présence d'un trouble de l'humeur. En ce qui concernait les céphalées de tension et les sensations vertigineuses subjectives associées, la responsabilité d'une atteinte cervicale faisait encore l'objet de débats. Quoi qu'il en soit, il s'agissait d'une plainte subjective, non objectivable et pouvant tout au plus gêner l'activité pendant un laps de temps très réduit. 6. Le 23 décembre 2015, le docteur F_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a qualifié cette expertise de pleinement convaincante et s'est rangé à ses conclusions : il n'y avait pas d'atteinte à la santé incapacitante durable. 7. Par décision du 17 mars 2016, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, vu l'absence d'atteinte à la santé invalidante. 8. Par écriture du 29 avril 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle fait valoir que ses médecins, les Drs G_____ et B_____, ne sont pas d'accord avec les conclusions de l'expertise. 9. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 juin 2016, a conclu au rejet du recours. Il considère que l'expertise peut se voir reconnaître pleine valeur probante. 10. Le 24 août 2016, la recourante a complété son recours. Elle reproche à l'expertise d'avoir ignoré des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions. Le Dr B_____ considère que sa capacité de travail est nulle dans toute activité en raison d'importantes limitations

fonctionnelles, tout comme le Dr G_____, qui indique qu'elle souffrait encore d'un état dépressif majeur en août et septembre 2015. La recourante sollicite la mise sur pied d'une expertise judiciaire et produit à l'appui de sa position : - un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale du 14 septembre 2015, ne révélant ni effet de masse, ni déplacement de la ligne médiane, mettant en évidence une dilatation modérée des espaces périvasculaires de Virchow Robin au niveau des noyaux gris centraux de la base, un signal hyperintense en T2 et hypo-intense en T1, des anomalies de signal en substance blanche dans la partie supérieure de la convexité périventriculaire ainsi qu'à la limite avec la substance grise à prédominance droite, évoquant le plus vraisemblablement une leucoaraïose d'origine ischémique et pouvant se voir dans le cadre d'un status migraineux, une selle turcique partiellement vide et une sinusite maxillaire droite ;![endif]>![if> - un rapport rédigé le 31 mai 2016 par le Dr G_____, qui précise avoir vu la recourante à dix reprises depuis juin 2015 et exprime son désaccord avec les conclusions de l'expertise ; selon son évaluation clinique, la recourante souffrait encore d'un état dépressif majeur en août et septembre 2015 ; elle est en rémission complète depuis février 2016 et ne présente plus aucune incapacité de travail d'ordre psychiatrique ; le médecin conclut à un trouble de l'adaptation (F 43) ;![endif]>![if> - un rapport du Dr B_____ du 22 juillet 2016, dans lequel il pose les diagnostics de migraines, vertiges associés à des nausées et des acouphènes, instabilité posturale au changement de position, lombalgies chroniques, gonalgies bilatérales, cervico-brachialgie droite et état anxio-dépressif en rémission sous traitement ; selon lui, l'assurée est incapable d'exercer la moindre activité en raison du fait qu'elle ne peut ni porter, ni pousser de charges, ni se baisser, ni rester accroupie ou debout longtemps, ni monter ou descendre des escaliers, ni travailler dans les espaces fermés ; elle est distraite et ne parvient pas à se concentrer sur les choses courantes ; sa tristesse et son anxiété empêchent la gestion du stress quotidien ; selon le médecin, l'état de santé de sa patiente s'est modifié notablement depuis 2014 et la symptomatologie algique reste importante, raison pour laquelle il conteste les conclusions de l'expertise ; les mouvements requis au travail déclenchent chez l'intéressé des lombalgies, des cervicalgies et des vertiges après quelques heures de travail seulement, ce qui entraîne une importante diminution du rendement ; au plan psychique, le médecin rappelle que sa patiente a souffert d'un épisode dépressif majeur sévère avec une importante tristesse, des idéations suicidaires et des souvenirs vivaces, qui ont amené le Dr G_____ à poser le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ; si elle est euthymique depuis deux mois, elle souffre tout de même d'un trouble de l'adaptation et signale des difficultés à se concentrer ; l'assurée se plaint aussi de douleurs au niveau des genoux (ce qui diminue son périmètre de marche) et d'une sensation de fourmillements et brûlures au niveau des membres inférieurs pour lesquelles des investigations sont en cours ; ![endif]>![if> - un rapport du 15 août 2016 de la docteure H_____, résumant ses notes de consultation depuis 2015, relevant notamment que, lors d'une consultation du 13 avril 2015, la recourante souffrait d'instabilités avec des acouphènes et des troubles de la concentration, qui rentraient dans le cadre d'une possible dépression et d'une angoisse importante ; une IRM de la colonne cervico-dorsale a été réalisée en 2014, qui a montré une sténose foraminale multifactorielle débutante L5-S1 gauche et une arthrose inter-facettaire postérieure gauche L5-S1 ; en août 2016, la neurologue avait conclu à des migraines, améliorées depuis la prise de Tenormin, à une hypertension artérielle de stade 1 diastolique, à des lombalgies communes et chroniques, à des troubles mnésiques et de la concentration, ainsi qu'à un possible syndrome des jambes sans repos dans le cadre d'une ferritine abaissée.![endif]>![if> 11.

Par écriture du 27 septembre 2016, l'intimé a déclaré se rallier à l'avis de son SMR.

![]> Ce dernier considère que les médecins traitants ne font mention d'aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré lors de l'expertise ; selon lui, il s'agit plutôt d'appréciations divergentes fondées sur des éléments subjectifs et sans signe de gravité. Selon le Dr F_____, le Dr B_____ insiste sur les plaintes de l'assurée, notamment psychiques et neurologiques, sans fournir d'élément objectif susceptible de les étayer. Les notes de la Dresse C_____ révèlent un examen neurologique pleinement rassurant ; ce médecin admet d'ailleurs que les images de l'IRM sont banales et sans signe de gravité ; elle suggère que les troubles cognitifs pourraient être objectivés par des tests neuropsychologiques, mais sous-entend leur absence de sévérité. Quant au Dr G_____, il confirme l'absence de limitations fonctionnelles d'ordre psychique. En définitive, la différence d'évaluation entre médecins traitants et experts est donc essentiellement liée à une différence de critères d'appréciation.

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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

![]> 3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

![]> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

![]> 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

![]> 6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

![]> 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise réalisée par la clinique CORELA pour nier le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Il convient dès lors d'examiner au regard des critères établis par le Tribunal fédéral si cette expertise a valeur probante. Au plan psychique, le Dr E_____ a tenu compte des plaintes de la recourante. Il a posé son diagnostic à l'issue d'un examen clinique complété par des

épreuves psychométriques et ses conclusions sont motivées. Il n'y a ainsi pas lieu de s'en écarter. La Chambre de céans relève au demeurant qu'aucun élément du dossier ne permet de les remettre en cause. En effet, le psychiatre traitant de la recourante a admis que cette dernière ne présente plus aucune incapacité de travail pour motif psychique dans son rapport du 31 mai 2016. Ce médecin a certes contesté le rapport du Dr E_____, en affirmant que la recourante souffrait encore d'un état dépressif en août et septembre 2015. Cette allégation n'est cependant guère motivée. De plus, elle n'est pas incompatible avec les constatations du Dr E_____, qui a admis une incapacité de travail partielle en raison de troubles psychiques pendant cette période. Il convient du reste de souligner que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois après la demande, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. Or, en l'espèce, la demande date de juillet 2015, de sorte que le droit à la rente ne pourrait en toute hypothèse naître qu'en janvier 2016. Partant, la capacité de gain de la recourante en août et septembre 2015 n'a pas d'incidence sur son droit aux prestations. Quant aux indications du Dr B_____ relatives aux troubles psychiques de la recourante, elles ne sont guère convaincantes. On notera tout d'abord qu'elles sont pour le moins contradictoires - puisque ce praticien qualifie la recourante d'euthymique et mentionne une rémission de l'état anxio-dépressif, tout en faisant état de limitations d'ordre psychologique. Il semble de plus mal connaître le dossier psychique de la recourante, puisque, contrairement à ce qu'il affirme, le Dr G_____ n'a pas posé de diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Partant, on ne saurait s'y fier pour retenir que l'incapacité de travail liée à des troubles psychiques perdure. S'agissant du volet neurochirurgical de l'expertise, on notera tout d'abord, au plan formel, qu'il mélange éléments anamnestiques, informations tirées du dossier médical de la recourante, généralités d'ordre scientifique et observations cliniques. En outre, certains éléments ayant trait aux céphalées ne sont abordés que dans la synthèse. Cela rend la lecture de cette partie de l'expertise malaisée et on peine à comprendre les éléments objectifs sur lesquels le Dr D_____ fonde ses conclusions. De plus, ce médecin ne mentionne ni l'IRM cérébrale du 14 septembre 2015, ni l'IRM de la colonne cervico-dorsale évoquées par la Dresse C_____, ce dont il faut conclure qu'il n'en a pas eu connaissance et que ses conclusions se fondent donc sur un dossier incomplet. L'expert a d'ailleurs purement et simplement écarté les lombo-sciatalgies, alors qu'il existerait une sténose foraminale et une arthrose en L5-S1. Il a également écarté les cervicalgies alléguées, au motif qu'il s'agissait d'une plainte et non d'une lésion anatomique. Cette conclusion, outre le fait qu'elle n'est guère motivée, est incompréhensible eu égard aux dégénérescences discales révélées par la radiographie, qui constituent bel et bien une lésion anatomique. Enfin, s'agissant des céphalées, il a également affirmé - de manière pour le moins péremptoire dès lors qu'il n'a réalisé aucun examen radiologique permettant de le confirmer - qu'il s'agissait d'un symptôme subjectif ne pouvant être relié à une lésion anatomique. Or, la radiologue ayant procédé à l'IRM cérébrale de septembre 2015 a précisément fait état d'anomalies dans cet examen, évocatrices d'une leucoaraiose. Compte tenu de ces éléments, le volet somatique de l'expertise ne saurait se voir reconnaître de valeur probante : en sus de ses carences formelles, il ne repose pas sur une parfaite connaissance du dossier, il est contradictoire, insuffisamment motivé et le Dr D_____ n'a pas tenu compte de certains éléments objectifs. En ce qui concerne les troubles somatiques de la recourante, aucun rapport médical versé au dossier ne satisfait entièrement aux exigences de la jurisprudence. S'agissant en particulier des plaintes neurologiques, on ignore l'incidence de la leucoaraiose suspectée. Contrairement à ce qu'affirme le Dr F_____, la Dresse C_____

ne qualifie pas les éléments révélés par l'IRM de banals et de sans gravité. Elle ne conclut pas non plus – fût-ce même de manière sous-entendue – à l'absence de sévérité des troubles cognitifs rapportés. Partant, la Chambre de céans ne dispose ainsi pas des éléments suffisants pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, compte tenu de ses atteintes somatiques. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce. L'intimé s'est en effet référé à une expertise non probante, réalisée par un autre assureur, et n'a pas investigué les troubles neurologiques de la recourante. Les conditions d'un renvoi sont dès lors réalisées. Il appartiendra ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise neurologique et rhumatologique afin d'évaluer la capacité de travail et de gain de la recourante de ce point de vue. 9. En ce sens, le recours est partiellement admis. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qui seront en l'espèce fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 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.