

GE_GERICHTE A/3109/2014 vom 11. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3109_2014

FR: GE_GERICHTE A/3109/2014 du 11 mai 2016

IT: GE_GERICHTE A/3109/2014 del 11 maggio 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.05.2016
A/3109/2014

A/3109/2014 ATAS/369/2016 du 11.05.2016 (AI) En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3109/2014 ATAS/369/2016 COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 11 mai 2016 1 ère Chambre
En la cause Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le ____ 1967, a déposé le 18 juillet 2011 une demande visant à l'octroi de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI). ![endif]>![if> Elle est titulaire d'un diplôme de secrétariat informatique délivré par l'École Migros et a travaillé en dernier lieu, soit jusqu'en octobre 2005, comme gérante d'une station-service. 2. Dans le dossier figurent divers rapports adressés au docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecin traitant, par la doctresse C_____, spécialiste FMH au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le 22 février 2010, par le docteur D_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, le 12 janvier 2010, et par les doctresses E_____ et F_____ du service de neurologie des HUG, les 24 et 27 novembre 2009.![endif]>![if> Une évaluation neuropsychologique a été effectuée en octobre 2010. Les résultats obtenus ont laissé penser à un déficit attentionnel. 3. Interrogé par l'OAI, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a expliqué le 25 novembre 2011 qu'il n'avait examiné l'assurée qu'à deux reprises, soit les 11 avril et 6 septembre 2011, à la demande de Monsieur H_____, psychologue, et du Dr B_____. Aussi a-t-il déclaré qu'il ne pouvait répondre au questionnaire AI.![endif]>![if> Il a toutefois transmis à l'OAI le courrier qu'il avait adressé au Dr B_____ le 12 avril 2011 à la suite de son premier examen, aux termes duquel : « il s'agit d'une patiente d'origine algérienne de 44 ans, en bon état général jusqu'au 26 octobre 2009 où elle présente de façon brutale, alors qu'elle conduisait, un malaise. Celui-ci est caractérisé par une impression de distorsions des odeurs, de troubles sensitifs intéressant le bras et la face gauches, ainsi que des difficultés dans la mobilisation à ce niveau. Il s'y associe une sensation de mal être, les images ondulant autour d'elle. Elle arrête sa voiture, sa sœur prend le volant et elle appelle le SAMU depuis une aire de repos. Elle est alors hospitalisée à l'Hôpital de Chambéry où un scanner est effectué ne révélant aucune anomalie. Elle sera alors transférée à l'Hôpital cantonal au service de neurologie où les investigations ne permettront pas de mettre en évidence d'anomalie pouvant expliquer sa symptomatologie. En conséquence, aucun diagnostic de certitude n'a pu être posé. L'hypothèse d'une crise partielle a été évoquée. Toutefois, elle sera revue un mois plus tard dans le cadre de la Policlinique de neurologie où une IRM cérébrale a mis en évidence une malformation d'Arnold-Chiari pour laquelle

aucune sanction chirurgicale n'a été posée, me dit-elle. Ses plaintes actuelles sont caractérisées par des troubles de la mémoire, notamment à court terme. Elle n'arrive pas à se souvenir de rendez-vous, d'actions quotidiennes, de phrases qu'elle aurait dites. Elle utilise beaucoup les post-it et les agendas. Par contre, les heures de rendez-vous de sa psychologue au CPC ne sont pas oubliées. Cet élément semble fluctuant et relevé par l'ensemble de son entourage. Par ailleurs, elle présente des céphalées constrictives, diffuses intéressant l'ensemble du scalp. La prise d'un Dafalgan les améliore. Elle signale des phénomènes vertigineux, d'instabilité, eux aussi fluctuants. Parfois, elle relève des paresthésies, prédominant au niveau de l'hémicorps gauche, sans trouble moteur associé. Enfin, elle relève un acouphène bilatéral prédominant à gauche, une baisse de la libido, une asthénie globale ». Le Dr G_____ a également transmis les conclusions dont il avait fait part au Dr B_____ à la suite de son second examen, le 6 septembre 2011 : « Cliniquement, je retiens une très discrète souffrance du nerf médian au poignet gauche. Les examens neurographiques ne mettent en évidence qu'un très discret ralentissement de la vitesse de conduction du contingent sensitif et moteur de ce nerf à ce niveau. En électromyographie, je ne relève qu'un discret appauvrissement du tracé notamment au niveau du court abducteur du pouce. À relever l'absence d'évidence clinique ou neurophysiologique témoignant pour une polyneuropathie ou un syndrome radiculaire sous-jacent. Compte tenu de la discrétion de ces troubles, je pense qu'un traitement conservateur est pour le moment indiqué. Par ailleurs, dans le cadre de cette évaluation, j'ai mis en évidence un nystagmus horizonto-rotatoire battant vers la droite et dans une moindre mesure dans le regard extrême à gauche. Celui-ci est très nettement plus important lorsqu'elle est couchée. Ce trouble de l'oculomotricité n'a pas été relevé dans le cadre de son dernier contrôle ni dans des évaluations à l'Hôpital cantonal. En conséquence, ceci pourrait être le substrat d'une partie de sa sensation d'instabilité. Si cela n'a pas déjà été fait, une évaluation oto-neurologique pourrait être indiquée ». 4. Dans son rapport du 25 janvier 2012, le Dr B_____ n'a pas souhaité préciser à l'OAI si sa patiente était ou non incapable de travailler et à quel taux le cas échéant. S'agissant de savoir si l'activité exercée était encore exigible, il s'est borné à indiquer que « nous n'en avons pas discuté ensemble ». De même n'a-t-il pas rempli le questionnaire permettant de déterminer les limitations fonctionnelles. 5. Par courrier adressé au Dr B_____ le 20 février 2012, le professeur I_____, médecin chef du service d'oto-rhino-laryngologie des HUG, a confirmé qu'il y avait un signe d'atteinte vestibulaire périphérique, comme un trouble otolithique ou une déhiscence d'un canal semi-circulaire. Le Prof. I_____ a indiqué qu'il était frappé par la discordance existant entre l'importance des plaintes (la patiente ne sort plus de chez elle sans être accompagnée) et la discrète anomalie mise en évidence. Aucun élément ne suggère une atteinte vestibulaire centrale. Il se demande s'il y a un trouble métabolique, un trouble thyroïdien ou un déficit en vitamines. Il constate que la patiente était suivie par un neuropsychologue avec lequel elle n'a plus de rendez-vous, et se demande s'il n'y a pas une importante composante psychique aux troubles. 6. Dans un rapport du 27 février 2012, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité borderline et du syndrome de Chiari depuis 2009. Elle constate que l'assurée présente tristesse, désarroi, isolement social, irritabilité, fatigue, vertige, trouble du sommeil, trouble de la concentration, idées noires, conflits sociaux. Elle estime que le pronostic est défavorable. Elle fixe l'incapacité de travail à 100% depuis 2009, précisant que l'activité exercée n'est plus exigible, le rendement étant réduit à 100%. Elle décrit une durée de concentration réduite à 30 minutes, des efforts physiques légers pendant deux

heures maximum et un seuil de tolérance à la promiscuité très restreint.![endif]>![if> 7. Le 27 février 2012, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.![endif]>![if> 8. Le 31 janvier 2013, la Dresse J_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis janvier 2012 en raison de ses troubles de concentration, de vertiges et de mauvais contacts avec l'entourage. Elle confirme que la capacité de travail est nulle.![endif]>![if> 9. Le 1^{er} février 2013, le Dr G_____ a déclaré qu'il n'avait pas revu la patiente depuis son dernier rapport du 25 novembre 2011.![endif]>![if> 10. Par courrier du 21 février 2013, le Dr G_____, qui a revu la patiente à la demande de la doctoresse K_____, du centre médical et sportif de Peillonex, nouveau médecin traitant depuis le 5 septembre 2012, a constaté que l'état de santé de celle-ci s'était très nettement amélioré depuis sa dernière consultation le 12 avril 2011, et souligné la qualité de la prise en charge, la qualifiant de « tout à fait spectaculaire ».![endif]>![if> 11. Le 19 juin 2013, la Dresse K_____ a retenu à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail :![endif]>![if> - état dépressif![endif]>![if> - SAS modéré appareillé (2013)![endif]>![if> - vertiges sur atteinte vestibulaire périphérique (2012)![endif]>![if> - migraines tensionnelles (2009)![endif]>![if> - bruxisme avec dysfonction de l'ATM des deux côtés (2009)![endif]>![if> - syndrome tunnel carpien gauche![endif]>![if> - trouble mnésique et de la concentration![endif]>![if> - lombalgies et sacralgies, status post fracture du bassin (2005)![endif]>![if> - alcoolisme chronique, actuellement avec consommation occasionnelle![endif]>![if> et à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail : - malformation d'Arnold Chiari type I avec descente des amygdales cérébelleuses jusqu'à la partie supérieure de l'arc postérieur de L1 (2009)![endif]>![if> - status post appendicectomie![endif]>![if> - status post laparoscopie pour problème ovarien![endif]>![if> - status post cholécystectomie par scopie pour cholécystite lithiasique (2010)![endif]>![if> - cystadénome séreux de 33 cm d'aspect bénin (2013)![endif]>![if> - adénomyose utérine![endif]>![if> - obésité BMI : 31![endif]>![if> - constipation chronique![endif]>![if> - anémie ferriprive traitée![endif]>![if> - tabagisme![endif]>![if> Selon la Dresse K_____, l'incapacité de travail est entière depuis 2009. Elle décrit les limitations suivantes : troubles mnésiques et de la concentration, lombalgies et sacralgies rendant parfois la position assise impossible, et asthénie importante, SAS appareillé. Elle ajoute que l'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. 12. Le service médical régional AI (SMR) a considéré qu'il était nécessaire de mettre en place une expertise pluridisciplinaire (pneumologie, neurologie et psychiatrie).![endif]>![if> 13. L'OAI a informé le conseil de l'assurée, Me Karin BAERTSCHI, que l'expertise serait effectuée par le centre d'expertise Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, soit par le docteur L_____, médecine interne générale, le docteur M_____, neurologie, le docteur N_____, psychiatrie et psychothérapie, et le docteur O_____, pneumologie.![endif]>![if> 14. Le 21 mars 2014, le docteur P_____, nouveau psychiatre traitant, a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité passive-agressive, syndrome dépressif anxieux persistant, repli sur soi-même, séquelles de son atteinte neurologique, somatisation, traits phobiques, névrose d'échec tendant à devenir déficitaire avec risque de désinsertion sociale et psychiatrisation chronique. Il ne précise aucun taux d'incapacité de travail, mais indique que l'assurée est trop déstabilisée pour être apte à une activité professionnelle, et qu'une reprise de l'activité professionnelle n'est pas envisageable. Le pronostic est peu favorable, réservé à long terme.![endif]>![if> 15. L'expertise décidée par l'OAI a été réalisée le 14 avril 2014 par

la CRR. Les experts n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étant la malformation d'Arnold Chiari type I, une très discrète souffrance du nerf médian gauche, un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, un syndrome dépressif récurrent d'intensité moyenne et un syndrome d'apnée du sommeil de degré moyen. Ils ont ajouté que même le cumul de ces différents diagnostics ne pouvait justifier une incapacité de travail.

Les experts disent avoir été frappés par la difficulté du recueil de l'anamnèse, en raison d'un discours constamment digressif, d'une part, et d'un comportement revendicateur, interprétatif et souvent ironique, d'autre part. Ils relèvent que « les anamnèses recueillies par chacun des experts sont fluctuantes et leur confrontation a permis de confirmer la multiplicité des contradictions. Celles-ci concernent à la fois son passé personnel (la notion d'agression sexuelle à l'adolescence n'a été mentionnée qu'à une seule reprise), ses antécédents familiaux, son cadre de vie (chez sa mère ou chez son frère ?) et enfin les plaintes responsables de l'incapacité de travail. À noter également que la non prise du traitement psychotrope par Seroquel n'a été reconnue qu'après que l'assurée ait fait l'objet d'un prélèvement sanguin ». Le Dr N_____ a en particulier relevé que l'anamnèse est difficile à établir en raison d'une attitude « étrange » de l'assurée (« une petite voix démonstrative, le port de lunettes de soleil, des propos parfois sarcastiques »). Il a indiqué que « L'assurée aurait dénoncé des irrégularités fiscales présentes dans l'organisation professionnelle. Il s'en serait suivi des irrégularités avec mobbing. Vers la fin de son activité professionnelle elle est à nouveau enceinte et son compagnon la quitte. Il semble alors exister une forme de désastre existentiel chez cette assurée. D'un point de vue purement psychiatrique au sein d'un recueil anamnestique difficile à établir, nous retrouvons des signes compatibles avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile F60.3 potentiellement compatible avec un trouble Borderline F60.31 (cf. observation). Cette évocation est présente dans le dossier mis à disposition sous l'égide de son ancien médecin psychiatre traitant la Dresse J_____. Je ne m'éloigne pas de cette considération. Le trouble semble être apparu tôt dans l'anamnèse de cette personne qui en dehors de la période de gérance de la station-service, n'a pas connu de grandes périodes de stabilité. Une tonalité parfois sarcastique, peu adéquate, provocatrice ou démonstrative durant l'entretien corrobore ce sentiment clinique. Il n'en demeure pas moins que ce trouble en lui-même n'a pas de valeur incapacitante, l'assurée ayant su en surmonter les difficultés jusqu'à une époque récente. Par ailleurs, nous retrouvons des manifestations dépressives récurrentes F33.1, installées depuis plusieurs mois. Elles revêtent des critères d'intensité moyenne en opposition à des critères d'intensité sévère tels que vécu d'indignité, de culpabilité, difficultés à penser qui ne sont pas retrouvées ce jour (cf. observation). L'assurée allègue des problèmes de mémoire et de concentration qui sont compatibles avec l'observation effectuée ce jour mais qui sont analysés dans un autre domaine de compétence. Je ne retrouve pas de diagnostic psychiatrique qui revête une valeur incapacitante. Je n'ai pas de proposition médiale psychiatrique à formuler en dehors d'une éventuelle tentative de psychothérapie focalisée sur le transfert telle que pratiquée chez certains médecins psychiatres auprès de patients porteurs de troubles de la personnalité émotionnellement labile de type Borderline ». Selon le Dr M_____, « Actuellement, en dépit des multiples plaintes de la patiente pour lesquelles aucune cause organique n'a trouvé une traduction neurologique, hormis la malformation d'Arnold Chiari de type I et une très discrète souffrance du nerf médian gauche, mon examen neurologique demeure dans les limites de la norme, sans évidence de signe de latéralisation ni de signe vestibulaire, ni

signe de souffrance médullaire. Malgré la présence d'une malformation d'Arnold Chiari, sans hydromyélie, ni syringomyélie, je n'ai relevé aucun signe de Lhermitte ni ataxie cérébelleuse, ni instabilité qui pourrait expliquer les plaintes de la patiente. Je rappelle également que l'évaluation oto-neuro-logique pratiquée par le Prof. I_____ n'avait pas révélé de souffrance vestibulaire tant périphérique que centrale. Tout au plus, pourrions-nous admettre que cette malformation puisse engendrer des cervicalgies avec des céphalées cervicogènes, mais elles ne sauraient constituer une limitation dans des activités professionnelles. Quant à la notion d'acroparesthésies, je n'ai relevé aucun déficit moteur, tant à topographie radiculaire que tronculaire susceptible de perturber la dextérité de la patiente. Rappelons que l'évaluation électromyographique pratiquée par le Dr G_____ avait révélé de discrets signes d'un tunnel carpien gauche. En l'absence de tout déficit moteur, il n'y a donc aucune sanction chirurgicale à proposer ». Enfin le Dr O_____ a constaté qu' « À l'approche clinique, on est frappé par les traits revendicateurs et interprétatifs de l'assurée. L'examen somatique n'est pas contributif pour la compréhension du problème somnologique. La patiente présente un syndrome d'apnée du sommeil de degré modéré et l'importance de la symptomatologie est inhabituelle dans un trouble respiratoire obstructif du sommeil aussi peu marqué. On observe généralement ce type de discrédance chez les patients qui présentent une comorbidité psychiatrique significative, ce qui semble être le cas dans cette situation ». Les experts considèrent finalement que l'assurée présente une capacité résiduelle de travail entière, que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible et qu'il n'y aurait pas de diminution de rendement si les traitements prescrits étaient observés. 16. Dans sa note du 18 juin 2014, le médecin du SMR a déclaré s'aligner sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, selon lesquelles l'assurée souffre certes de plusieurs pathologies psychiatrique, neurologique et pulmonaire, mais que celles-ci n'ont pas de retentissement sur la capacité de travail. 17. Le 27 juin 2014, l'OAI a transmis au conseil de l'assurée un projet de décision, aux termes duquel toute prestation est refusée. Ce projet a été confirmé par décision du 10 septembre 2014. 18. L'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours le 13 octobre 2014 contre ladite décision. 19. Le 12 novembre 2014, l'assurée, en personne, a complété le recours. Elle produit un rapport de la doctoresse Q_____, psychiatre, daté du 10 novembre 2014, et conteste le rapport de l'expert N_____. La Dresse Q_____ indique que si elle partage le point de vue du Dr N_____ s'agissant du diagnostic posé, à savoir celui de troubles de la personnalité de type Borderline – qu'elle assimile toutefois à une psychose hystérique – elle n'est pas du tout d'accord avec la valeur incapacitante qu'il lui donne du fait d'une capacité de résilience qu'elle aurait. L'assurée souligne la divergence entre les conclusions de l'expert et celles de la Dresse Q_____ et conclut, préalablement, à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit mise sur pied, et, au fond, à l'annulation de la décision du 10 septembre 2014 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 20. Dans sa réponse du 21 novembre 2014, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il se fonde sur une note du médecin du SMR du 21 novembre 2014. Celui-ci constate que la Dresse Q_____ « écrit qu'elle est d'accord avec l'expert sur les diagnostics, mais pas sur les conséquences, mais elle justifie cela par la situation psychosociale de l'assurée très délicate et la compliance thérapeutique mauvaise » et relève que ce médecin ne fournit aucun élément médical permettant de s'écarter des conclusions du rapport SMR du 18 juin 2014. Il considère que le rapport pluridisciplinaire de la CRR doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et que les éléments apportés par la Dresse Q_____ ne sont pas de nature à le remettre en cause, de sorte que la mise en place

d'une expertise psychiatrique judiciaire ne se justifie pas. ![endif]>![if> L'OAI relève plus particulièrement, pour répondre à la Dresse Q_____ selon laquelle l'anamnèse fait preuve de l'incapacité de résilience de la patiente, que l'anamnèse ne doit pas constituer le récit objectif des événements déterminants de la vie de l'assurée, mais bien au contraire une démarche subjective visant à retracer ses antécédents médicaux et l'historique de ses plaintes actuelles et d'en faire part à l'expert. On ne peut ainsi reprocher à l'anamnèse de ne pas comporter l'ensemble des circonstances qui, a fortiori, paraissent importantes aux yeux de l'assurée, pour expliquer l'évolution de son propre état de santé. 21. Le 22 décembre 2014, Me Manuel MOURO a informé la chambre de céans qu'il se constituait pour la défense des intérêts de l'assurée. Il complète ainsi le recours le 27 février 2015. Il insiste sur le fait que selon la Dresse Q_____, la capacité de résilience mise en évidence par l'expert est en contradiction avec le parcours de vie de l'assurée et l'anamnèse effectuée par ce même expert ![endif]>![if> Il souligne que tant la Dresse J_____ que la Dresse Q_____ retiennent un grave trouble de la personnalité et que les troubles psychiatriques mis en évidence expliquent, au moins partiellement, les difficultés rencontrées par les experts pour établir l'anamnèse de la patiente. Il sollicite préalablement l'audition de la Dresse Q_____ et conclut au fond à ce que le droit à une rente entière soit reconnu à sa mandante. 22. Le 23 mars 2015, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il considère que les diagnostics retenus par les psychiatres traitants de l'assurée ont été discutés par l'expert psychiatre de la CRR. Selon celui-ci, il n'y a ni manifestation clairement persécutoire, ni ambivalence psychotique nette, ni production hallucinatoire, ni trouble paranoïde au sens d'un trouble délirant persistant, ni idées auto-agressives ou suicidaires.![endif]>![if> Il relève enfin une compliance médicamenteuse défectueuse, et une problématique de dépendance à l'alcool de longue date. 23. Le 15 juin 2015, l'assurée a communiqué à la chambre de céans le rapport établi par la Dresse Q_____ et M. H_____ daté du 29 janvier 2015. Ceux-ci ont constaté que les opérations mathématiques simples, la capacité d'attention, la concentration et la mémoire étaient déficitaires. Ils indiquent que les symptômes de ces déficits sont présents depuis de longues années. Ils relèvent à cet égard qu'un examen neuropsychologique avait été effectué au Centre de psychologie clinique (CPC) en octobre 2010. ![endif]>![if> L'assurée considère, au vu de ce rapport du 29 janvier 2015, que des éléments objectivement vérifiables ont été ignorés dans le cadre de l'expertise AI et persiste à requérir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. 24. Le médecin du SMR, dans une note du 25 juin 2015, s'est alors déterminé comme suit :![endif]>![if> - s'agissant de « l'état d'épuisement » associé à un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, il constate que la Dresse Q_____ ne fournit aucun renseignement clinique quant à la sévérité de ces atteintes. - s'agissant des troubles cognitifs (trouble de l'attention, trouble de la concentration, ...), il reproche à la Dresse Q_____ de n'avoir pas justifié l'origine de ces difficultés. Il rappelle à cet égard que l'expert neurologue, le Dr M_____, avait expliqué en 2014 que les difficultés neuropsychologiques qu'il avait relevées chez l'assurée, étaient reliées au « contexte de stress psychologique », ce qui ne nécessitait pas d'autres investigations et ne justifiait pas de limitations particulières. - s'agissant du trouble dépressif, il rappelle que les experts avaient également diagnostiqué un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, mais ne l'avaient pas jugé suffisamment sévère pour qu'il ait une influence sur la capacité de travail. 25. Aussi, par courrier du 29 juin 2015, l'OAI a-t-il considéré que les éléments apportés par la Dresse Q_____ ne remettaient pas en cause la valeur probante de l'expertise de la CRR du 14 avril 2014 et ne justifiaient pas non plus d'ordonner une nouvelle expertise.![endif]>![if> 26. Le 4 août 2015, le mandataire

de l'assurée a informé la chambre de céans que celle-ci avait été hospitalisée à la Métairie à la fin juin pour une période de courte durée.![endif]>![if> 27. La chambre de céans a ordonné l'audition de la Dresse Q_____ le 15 septembre 2015. Celle-ci a alors déclaré que![endif]>![if> « Je suis le médecin traitant psychiatre de l'assurée depuis décembre 2013. J'ai pris la suite du Docteur J_____. Jusque-là les causes physiques d'atteintes à la santé ont été mises en avant. Il s'avère qu'en réalité elles ont à leur origine une névrose post traumatique grave. J'ai fait subir à l'assurée un test multiphasique de personnalité (Minnesota) daté de janvier 2014. Je le produis. Je produis également un bilan déficitaire des capacités intellectuelles du 29 janvier 2015. Je précise que la capacité de résilience n'est pas un élément psychiatrique. Dans le cas de l'assurée, il y a une fragilité de base issue de traumatismes différents. On est un peu dans le cadre du mythe du Sisyphe. L'assurée n'a vraisemblablement pas eu de suivi psychiatrique dans sa jeunesse avant de consulter le Dr J_____, ce qui est dommageable. Elle est ainsi allée d'abattement en abattement. Je considère que sa capacité de travail est nulle. Si elle est mise sous un stress qui serait supportable pour une personne lambda, ses réactions sont imprévisibles. Je rappelle par ailleurs qu'elle souffre de troubles de l'attention et de la mémoire, ainsi que de fatigabilité. L'anamnèse de l'assurée démontre précisément qu'elle n'a pas de capacité de résilience. Il m'est lu un extrait du rapport d'expertise du Dr N_____ du 27 mars 2014, p. 1, sous anamnèse, 2^{ème} paragraphe : J'attribue au trouble borderline dont elle souffre le fait qu'elle réagisse le plus souvent de façon non adaptée. J'avais du reste assimilé l'ensemble de la structure psychiatrique de l'assurée à une psychose hystérique. Elle fait une interprétation paralogique des faits avec des réactions paranoïaques et des risques de passage à l'acte imprévisible. Il s'agit chez elle d'un mécanisme de défense qu'elle a dû mettre en place très tôt. J'illustrerais mes propos par cette image : « la vitrine est attirante, mais le magasin est en ruines ». Je reviens au tableau et explique ceci : tout ce qui dépasse le deuxième écart-type de la ligne de Gauss révèle un tableau clinique de troubles psychiatriques. Le chiffre 28 (et 5) correspond à la somatisation (hypocondrie). Le chiffre 43 correspond à la dépression. Le chiffre 36 correspond à l'hystérie (maturité affective). Le chiffre 25 correspond à la paranoïa. Le chiffre 39 correspond aux obsessions, phobies, etc. Le chiffre 50 (et 9) aux ambivalences. Je pense que le Dr N_____ a minimisé ses constatations. Probablement par manque de temps. Je précise que M. H_____, psychologue, qui suit l'assurée, parle avec elle en arabe. Je ne pose pas d'autre diagnostic que le trouble borderline. Je dis ainsi que l'assurée peut basculer dans une décompensation délirante. En l'état, elle maintient le contact avec le réel. Sachant son déficit, elle a une attitude d'évitement (névrose d'évitement). Je considère qu'elle est en l'état inadaptable dans une société active. La moindre pression peut provoquer le basculement, vu la fragilité de son seuil de tolérance. L'assurée pourrait travailler dans un cadre de type thérapeutique dans lequel elle aurait la possibilité d'aller pas à pas, sans pression et rassurant. Je l'ai fait entrer à la Métairie, à sa demande pour qu'elle puisse bénéficier d'un cadre « reposant ». Elle n'a pas supporté d'y rester et a fugué. Il ne s'agit en aucun cas de mauvaise volonté. Le test « Minnesota » est reconnu. Il ne s'adresse pas à des cas déjà décompensés. Le patient ne peut pas fausser les résultats vu les échelles de validité situées à gauche du tableau. Les résultats ne peuvent ainsi être qu'objectifs. Je dirais qu'il n'y a pas de manifestation persécutoire dans le sens d'une victimisation chez l'assurée. Il s'agit plutôt de fatalisme. L'assurée souffre d'un trouble paranoïde, mais n'est pas paranoïaque, dans la mesure où elle ne tente pas de soumettre son entourage à sa vision des choses. Je considère qu'il y a quelque chose d'autodestructeur chez elle, contrairement à ce que dit le Dr N_____.

L'assurée a une résilience de survie, mais pas une résilience de suradaptation. L'assurée a besoin de confiance, de paix, de tranquillité, ce qui lui permettrait de survivre de façon adéquate, d'arrêter de se détruire. C'est moi qui ai fait subir à l'assurée le test « Minnesota », et M. H_____, le bilan déficitaire des capacités intellectuelles. Je ne peux pas me prononcer sur la date depuis laquelle l'assurée souffre de son trouble borderline. Je vois l'assurée régulièrement, lorsqu'elle en a besoin, soit à raison d'une fois par semaine au minimum, et une fois toutes les trois semaines au maximum. Il s'agit là de ce que l'on appelle une thérapie rapprochée, pour les patients à risque. Elle voit également M. H_____. Je ne vérifie pas la compliance aux médicaments. J'attache plutôt de l'importance à la compliance avec le thérapeute. Je précise que l'assurée a accepté de garder le traitement prescrit par la Métairie. J'ai toujours évité les benzodiazépines pour elle, car il y a des risques de dépendances, d'aggravation d'insomnies et de la dépression. L'assurée souffre d'une fragilisation successive, d'une perte d'estime de soi qui ne revient pas. Il s'agit d'éviter pour elle une psychiatrisation et de la maintenir en lieu ouvert ». 28. Un délai au 29 septembre 2015 a été accordé à l'OAI pour détermination après enquêtes à l'issue de l'audience.![endif]>![if> 29. Le médecin du SMR a fait part de ses observations le 22 septembre 2015. Il relève que la névrose post traumatique grave posée par la Dresse Q_____ n'existe pas dans la CIM-10. Il exclut par ailleurs un état de stress post traumatique, au motif que rien dans les rapports médicaux, ni dans l'expertise du Dr N_____, ne permet de le retenir.![endif]>![if> Le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline, lequel semble être assimilé par la Dresse Q_____ à une psychose hystérique, est contredit par la Dresse Q_____ elle-même, lorsqu'elle dit ne pas poser d'autres diagnostics que le trouble borderline, excluant ainsi les psychoses et autres troubles de la personnalité avancés sans toutefois se baser sur la CIM-10. Le médecin du SMR relève que le trouble paranoïde retenu par la Dresse Q_____ n'existe pas selon la CIM-10, puisque seul est reconnu sous trouble spécifique de la personnalité, une personnalité paranoïaque. Il peine dès lors à comprendre que la Dresse Q_____ retienne un trouble paranoïde, alors que tant elle que le Dr N_____ excluent un trouble paranoïaque (cf. p. 3 de l'expertise). Le médecin du SMR s'étonne que le suivi auprès de la Dresse Q_____ soit dirigé dans sa fréquence par la patiente et non par le médecin. Lorsque les patients sont à risque, on s'attend en effet à ce que le suivi soit régulier, rapproché, et non à la demande. Le fait par ailleurs de ne pas vérifier la compliance médicamenteuse reste inhabituelle. Aussi le médecin du SMR a-t-il conclu que la Dresse Q_____ faisait une appréciation différente du même état de fait, en raison probablement du lien psychiatre traitant – patient. Il n'existe pas selon lui d'élément objectif en faveur d'une décompensation présumée possible par la psychiatre traitante, mais pas objectivée. 30. Le 28 septembre 2015, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR, a dès lors persisté dans ses précédentes conclusions.![endif]>![if> 31. Le 23 novembre 2015, l'assurée a produit un nouveau rapport établi par la Dresse Q_____ le 21 octobre 2015. Celle-ci y répond, point par point, aux observations faites par le médecin du SMR. L'assurée relève que la Dresse Q_____, contrairement à l'expert, a procédé à des tests qui lui ont permis de poser les diagnostics de trouble borderline, de trouble paranoïde et de graves syndromes dépressifs. Le SMR n'en fait même pas état. Elle souligne que la Dresse Q_____ est formelle quant à son incapacité de travail totale et maintient ses conclusions.![endif]>![if> 32. Le 14 décembre 2015, l'OAI a considéré, se référant à l'avis du SMR du même jour, ainsi qu'à l'expertise du Dr N_____ de mars 2014, que le courrier de la Dresse Q_____ du 21 octobre 2015 ne comportait pas de nouveaux renseignements médicaux qui permettraient de modifier ses conclusions. ![endif]>![if>

33. Le 12 avril 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise à la doctoresse R_____, psychiatre. Elle leur a communiqué les questions qu'elle entendait poser à l'expert, et leur a imparti un délai au 28 avril 2016 pour qu'elles se déterminent sur le choix de l'expert et, le cas échéant, pour qu'elles lui communiquent les questions supplémentaires qu'elles souhaitent lui voir poser.![endif]>![if> 34. Par courriers des 19 et 25 avril 2016, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient aucun motif de récusation. L'assurée a sollicité de la chambre de céans qu'elle complète la mission d'expertise avec trois questions complémentaires.![endif]>![if>

35. Ces courriers ont été transmis aux parties.![endif]>![if> 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 1^{er} 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA).![endif]>![if> 3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.![endif]>![if> 4. 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 1^{er} janvier 2008).![endif]>![if> 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). 5. 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). ![endif]>![if> 6. 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).!endif]>![if> 7. 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.!endif]>![if> 8. 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).!endif]>![if> 9. 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). !endif]>![if> 10. 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).!endif]>![if> 11. 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). !endif]>![if> 12. 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. 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).!endif]>![if> 13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).>14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).> 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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 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 (Cst - RS 101; 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). On ne saurait remettre en cause une expertise en procédant à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt du Tribunal fédéral 9C 882/2008 consid. 2.2). 15. Dans leur rapport du 14 avril 2014, les experts de la CRR n'ont en l'espèce retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont certes constaté des signes compatibles avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile F60.3 potentiellement compatible avec un trouble Borderline F60.31, mais ont considéré que ce trouble en lui-même n'avait pas de valeur incapacitante, l'assurée ayant su en surmonter les difficultés jusqu'à une époque récente. Par ailleurs, les manifestations dépressives récurrentes F33.1, installées depuis plusieurs mois ne revêtent pas des critères d'intensité sévère, tels que vécu d'indignité, culpabilité ou difficultés à penser.!

!endif]>!

!if> Aussi l'OAI, se fondant sur les conclusions de cette expertise, a-t-il conclu que l'assurée souffrait certes de plusieurs pathologies psychiatrique, neurologique et pulmonaire, mais que celles-ci n'avaient pas de retentissement sur la capacité de travail, et a rejeté la demande de prestations. 16. La Dresse Q_____ indique quant à elle que si elle partage le point de vue du Dr N_____ s'agissant du diagnostic posé, à savoir celui de troubles de la personnalité de type Borderline – qu'elle assimile toutefois à une psychose hystérique – elle n'est pas du tout d'accord avec la valeur incapacitante qu'il lui donne du fait d'une capacité de résilience dont l'assurée disposerait.!

!endif]>!

!if> Dans un rapport du 27 février 2012, la Dresse J_____ retenait déjà le diagnostic de trouble de la personnalité borderline depuis 2009. Elle constatait que l'assurée présentait tristesse, désarroi, isolement social, irritabilité, fatigue, vertige, trouble du sommeil, trouble de la concentration, idées noires, conflits sociaux, et décrivait une durée de concentration réduite à 30 minutes, des efforts physiques légers pendant deux heures au maximum et un seuil de tolérance à la promiscuité très restreint. Elle fixait l'incapacité de travail à 100% depuis 2009. Le pronostic était selon elle défavorable. Le 21 mars 2014, le Dr P_____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité passive-agressive, syndrome dépressif anxieux persistant, repli sur soi-même, séquelles de son atteinte neurologique, somatisation, traits phobiques, névrose d'échec tendant à devenir déficitaire avec risque de désinsertion sociale et psychiatrisation chronique. Il n'a précisé aucun taux d'incapacité de travail, mais a indiqué que l'assurée était trop déstabilisée pour être apte à une activité professionnelle, et qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable. Le pronostic est peu favorable et réservé à long terme. 17. a) Il ne suffit certes pas que les médecins traitants expriment une opinion divergente de celle d'un expert pour faire douter des conclusions de celui-ci. Cela étant, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr N_____ n'emporte pas la conviction, notamment pour les motifs qui suivent.!

!endif]>!

!if> b) Le Dr N_____ constate « une forme de désastre existentiel chez cette assurée ». Il évalue toutefois la capacité de travail à 100%, considérant que l'assurée présente une capacité de résilience. La chambre de céans reste perplexe quant à une capacité de résilience de l'assurée, au vu de son instabilité professionnelle plus particulièrement. Elle n'a jamais occupé un travail très longtemps et n'exerce plus aucune activité lucrative depuis 2005, après son échec à la gérance d'une station-essence dans le cadre duquel elle aurait vécu un

mobbing de la part de la direction. La Dresse Q_____ parle du reste de résilience de survie. c) Il y a également lieu de relever que plusieurs points – au demeurant importants, voire déterminants – ont été laissés de côté par l'expert N_____. Il n'a en effet pas approfondi la question de la scolarité de l'assurée dans des classes spécialisées. On ne sait pas de quel type de classes il s'agissait, ni pour quelles raisons l'assurée n'avait pu intégrer une classe normale. On ne sait pas non plus si la fréquentation de classes spécialisées est en lien avec des traumatismes de l'adolescence. Ceux-ci sont évoqués rapidement par le Dr N_____. Il les passe en revue d'une façon quelque peu surprenante, indiquant qu'il y a eu « une fugue de sa grande sœur, d'un accident de la voie publique et du décès de celle-ci. Quelques semaines plus tard va survenir un accident de la voie publique chez son frère. Par ailleurs son père aurait été emprisonné au décours d'un accident de la route. Elle aurait ensuite effectué de multiples petits travaux. Elle aurait aussi effectué ce qu'elle nomme des fugues ». Selon le Dr N_____, « elle n'a pas eu de formation particulière dans son pays d'origine ». On se demande à quel pays l'expert fait allusion, dans la mesure où l'assurée est née en France. Il ne mentionne pas l'agression sexuelle qui aurait été subie par l'assurée à l'adolescence et dont fait état le médecin traitant. Il se contente par ailleurs de noter qu'elle a commis un tentamen. Enfin, il relève une attitude « étrange », « parfois empreinte de bizarreries », de l'assurée durant l'entretien, sans investiguer davantage. d) On ne comprend pas bien les conclusions auxquelles il arrive après avoir notamment constaté qu'« on observe généralement ce type de discrédance chez les patients qui présentent une comorbidité psychiatrique significative, ce qui semble être le cas dans cette situation ». On s'étonne qu'il puisse décrire comme il le fait l'état de santé de l'assurée, tout en concluant que cela n'a aucune influence sur sa capacité de travail. Il relève notamment qu'« il existe une forme de méfiance alléguée notamment envers les transports en commun : l'assurée affirme ne pas supporter les gens qui y sont à l'intérieur. Il n'existe en revanche pas de manifestations clairement persécutoires ». Il semble considérer qu'une telle méfiance est parfaitement anodine et ne tente pas d'en savoir davantage. Le Dr N_____ indique par ailleurs qu'un frère souffrirait de bipolarité, qu'un frère et une sœur auraient tenté de se suicider, sans en tirer aucune conclusion. e) L'assurée considère, au vu du rapport de la Dresse Q_____ et M. H_____ daté du 29 janvier 2015, que des éléments objectivement vérifiables ont été ignorés dans le cadre de l'expertise AI. Le médecin du SMR a quoi qu'il en soit discuté des troubles dont il est fait état. Il se borne toutefois à reprocher à la Dresse Q_____ de ne fournir aucun renseignement clinique quant à la sévérité des atteintes, de n'avoir pas justifié de leur origine, se contentant quant à lui de relever que selon l'expert neurologue, elles étaient dues « au contexte de stress psychologique » et qu'elles ne nécessitaient pas d'autres investigations. Ainsi, non seulement les experts ne se sont pas véritablement prononcés sur les troubles évoqués par la Dresse Q_____, mais il résulte des observations du médecin du SMR que des informations médicales à leur sujet manquent au dossier. 18. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que les conclusions du Dr N_____ n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. Par ailleurs, dans la mesure où l'on ne saurait statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations du psychiatre traitant, il s'ensuit que la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence de troubles psychiques, notamment sur l'existence d'une atteinte psychiatrique et sur leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assurée. 19. En conséquence, la chambre de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé et qu'il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle est confiée à la Doctoresse R_____.

*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES

ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A_____, en présence d'un interprète de langue arabe, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'assureur, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée. 2. Commet à ces fins la Doctoresse R_____. 3. Dit que la mission d'expertise est la suivante : a) prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure. b) examiner et entendre l'assurée. c) prendre tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité l'assurée. d) si nécessaire, ordonner d'autres examens et /ou s'entourer d'avis de tiers. 4. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? 2. Quelles sont les données subjectives et les plaintes de l'assurée ? 3. Quelles sont vos constatations objectives ? 4. Quelles est l'atteinte à la santé dont souffre l'assurée (diagnostic(s) selon la classification internationale) ? 5. S'agissant de troubles psychiques éventuels, répondre aux questions suivantes : a) L'assurée souffre-t-elle de troubles psychiques ? Si oui, lesquels ? b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? f) L'assurée présente-t-elle des capacités intellectuelles déficitaires ? Si oui, lesquelles ? g) En cas de capacités intellectuelles diminuées, veuillez indiquer l'impact des déficits constatés sur la capacité de travail de l'expertisée. h) Le test multiphasique de personnalité (Minnesota) est-il propre à cerner les troubles psychiatriques dont souffre l'assurée ? Si non, pour quels motifs ? Si oui, quelles conclusions pouvez-vous tirer des résultats du test versé à la procédure ? i) La compliance est-elle bonne ? j) Quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assurée ? En cas de changement dans l'état de santé (amélioration ou aggravation), préciser la date de ces changements et leur contexte. 6. En cas de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie - Le trouble s'inscrit-il dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux ? - Quelle est la gravité des atteintes ? Le degré permettant de poser le diagnostic est-il juste atteint, dépassé ou largement dépassé ? - Quelles sont les répercussions fonctionnelles sur l'ensemble des aspects de la vie quotidienne et du travail ? - De quelle manière le trouble et les répercussions fonctionnelles évoluent-ils en termes de gravité ? - L'assurée bénéficie-t-elle d'un traitement approprié en fonction de l'état des connaissances médicales ? Quel est le succès de ce traitement ? La compliance est-elle bonne ? - Quel est le pronostic ? - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? - Quelle est la structure de la personnalité de l'assurée et les éventuels troubles de la personnalité ? - Décèle-t-on des circonstances indiquant une exagération de la part de l'assurée ? Cas échéant, lesquelles ? Une éventuelle exagération est-elle à mettre en lien avec une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? - Le comportement de l'assurée est-il globalement cohérent ? En particulier, sa demande en termes de thérapies et sa coopération est-elle en adéquation avec l'étendue des souffrances ? - D'une manière globale, l'assurée dispose-t-elle de ressources suffisantes pour surmonter son affection ? Veuillez expliquer et motiver votre réponse. 7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences de(s) atteinte(s) psychique(s) sur la capacité de travail, en pourcent : a) dans l'activité habituelle ; b) dans

une activité adaptée (préciser en quoi pourrait consister celle-ci). 8. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent. 9. Dire s'il y a une diminution de rendement, dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, et la chiffrer. 9. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle et indiquer en quoi devrait consister celle-ci. 10. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. Indiquer si les mesures en question seraient exigibles de l'assurée et pourquoi. 11. En cas de conclusions divergentes de celles ressortant des rapports d'expertise du Dr N_____ et/ou des médecins traitants sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de l'assurée, veuillez en expliquer les raisons et motiver vos conclusions. 12. Formuler un pronostic global. 13. Toute remarque utile et proposition de l'expert. 5. Commet à ces fins la Doctoresse R_____ ; 6. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ; 7. Réserve le fond ; La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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