

GE_GERICHTE A/3489/2013 vom 23. Juli 2014

GE Cour de justice, 2014-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3489_2013

FR: GE_GERICHTE A/3489/2013 du 23 juillet 2014

IT: GE_GERICHTE A/3489/2013 del 23 luglio 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.07.2014
A/3489/2013

A/3489/2013 ATAS/876/2014 du 23.07.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3489/2013
ATAS/876/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 juillet
2014 4 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____
(ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, a souffert d'un neuroblastome
sacré dans la petite enfance. Les parents de l'enfant avaient annoncé le cas à
l'assurance-invalidité le 24 juillet 1969. L'assurée a bénéficié de diverses prestations
(mesures médicales, moyens auxiliaires, chaussures, etc.).! [endif]>! [if> 2. L'assurée a
obtenu un CFC d'employée de commerce/banque G en 1987, auprès de la Banque
B_____. Elle y a travaillé jusqu'en septembre 1987, à plein temps. Elle a ensuite oeuvré
comme aide-comptable à temps partiel auprès de la société C_____ du 3 septembre 1990 au
30 avril 1995. Après avoir obtenu un brevet fédéral de comptable en mai 1994, l'assurée a
exercé une activité en tant que comptable pour la société D_____ SA, à 50 %, du 1 er juin
2003 au 28 février 2005, puis de la société E_____ Genève, du 1 er décembre 2002 au 31
mai 2003. ! [endif]>! [if> 3. Le 19 juillet 2005, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office
cantonal de l'emploi en recherchant un emploi de comptable à 50%.! [endif]>! [if> 4. Le
29 juin 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de
l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), visant à l'octroi d'une rente. Elle a
expliqué que les conséquences causées par l'atteinte à sa santé suite à l'ablation de la
tumeur maligne étaient des douleurs, ainsi qu'une fatigabilité et qu'elle n'a jamais été
capable de travailler à plein temps, malgré toute sa volonté. L'évolution était négative,
malgré le suivi médical et psychothérapeutique, à tel point qu'elle n'était plus capable de
travailler. Elle avait été en arrêt de travail en 2005 pour cause d'état dépressif aigu. Depuis
le 1 er août 2006, sur conseil de son psychiatre, elle s'était mise à son compte pour plus de
souplesse et pour travailler en fonction de ses possibilités du moment, c'est-à-dire en
moyenne de 20 à 30%. Depuis le début de l'année 2011, cette capacité de travail était
devenue presque nulle. Elle ne pouvait plus faire le travail elle-même et ne faisait que
valider le travail de son collaborateur. ! [endif]>! [if> 5. A la demande de l'intimé, elle a
communiqué ses bilans et comptes de pertes et profits des années 2007 à 2010.
! [endif]>! [if> 6. Dans un rapport du 26 juillet 2011, le docteur F_____, spécialiste
FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail
un trouble bipolaire II (F 31.8) existant depuis 1988, et un trouble de la personnalité non
spécifique mixte (F 60.9) avec traits obsessionnels-compulsifs et traits dépendants. Sans
effets sur la capacité de travail, il a mentionné un status après ablation d'un neuroblastome

pelvien, séquelles neurologiques avec troubles moteurs du membre inférieur gauche et lombalgies depuis 1969. Il suivait la patiente depuis le 4 mars 2004, auparavant elle avait été traitée par le docteur G_____, de 2002 à 2004, pour un état dépressif. Dans son anamnèse détaillée, le praticien relève, qu'opérée d'un neuroblastome à l'âge de 4 mois, l'assurée avait subi une chimiothérapie sur une période de deux ans. Les séquelles consistent en des troubles moteurs du membre inférieur gauche, une boiterie et des douleurs lombaires. La patiente avait effectué une excellente scolarité, s'était investie beaucoup dans la pratique du piano, activité qui lui permettait de répondre à un besoin vital d'exprimer ses émotions en raison du vécu douloureux et de la confrontation très précoce avec la mort qui induiront beaucoup de culpabilité chez les parents. Elle avait effectué un apprentissage d'employée de banque, puis elle avait travaillé à mi-temps dans plusieurs entreprises entre 1994 et 1995, poursuivant des cours du soir qui lui permettront d'obtenir son brevet fédéral de comptable en 1994. L'assurée avait ensuite exercé encore diverses activités, toujours à 50%. Au chômage entre 1999 et 2002, elle s'était dédiée entièrement à l'étude et au Conservatoire de Genève et donnait des leçons privées de piano. Elle avait repris ensuite une activité à 50%. En 1998, elle a été confrontée à des troubles psychiques en lien avec son désir d'enfant, qui a réveillé des émotions renvoyant à la maladie subie dans sa petite enfance. L'intensité des troubles va augmenter au cours des années suivantes, la patiente essayant d'y faire face comme elle le pouvait. Elle avait consulté finalement un psychiatre de 2002 à 2004 et poursuivi son activité professionnelle, malgré son état psychique. Elle ressentait des difficultés croissantes à se concentrer, une forte fatigue associée à des fluctuations de l'humeur de plus en plus marquées et fréquentes. Elle a développé un trouble dépressif majeur dont la sévérité l'a amenée à donner son congé en décembre 2004. Puis son état s'était aggravé encore plus à l'occasion d'une tentative de fécondation in vitro où elle a présenté un tableau clinique très marqué, avec des angoisses intenses, une perte de force, un épuisement, une augmentation du besoin de dormir, des pleurs très fréquents, une sensation de faiblesse, d'effondrement. Dans les moments de détresse, elle présentait des idées de suicide et un repli sur soi. A la fin de l'année 2007 sont apparus des signes et des symptômes d'hypomanie. La psychothérapie et le traitement médicamenteux important entrepris dès le mois de mars 2004 ont permis un soulagement des symptômes, mais n'ont pas empêché leur persistance. Malgré ses tentatives de poursuivre son activité de comptable en tant qu'indépendante, dès 2006, elle s'était retrouvée dans l'incapacité de fournir un travail régulier, soutenu et efficace. Le pronostic était moyen, voire réservé. L'incapacité de travail était de 80% dans sa dernière profession de janvier 2006 à décembre 2010 et de 90% dès janvier 2011. Le traitement en cours avait permis de stabiliser la situation, mais sans amélioration ou très peu depuis plusieurs mois. 7. Le docteur H_____, FMH en médecine interne, médecin traitant depuis 2006, a établi un rapport en date du 8 août 2011. Il a diagnostiqué un status post ablation d'un neuroblastome en 1969, ainsi qu'un trouble bipolaire. La patiente présentait une fatigabilité physique et psychologique de plus en plus importantes, un épisode d'épuisement l'obligeant à se coucher plusieurs fois dans la journée. Le pronostic était réservé. La patiente bénéficiait d'un traitement psychotrope. L'incapacité de travail était d'environ 90% depuis début 2011. Les capacités de concentration et de résistance étaient limitées. 8. L'OAI a requis l'apport du dossier de la Winterthur, assureur perte de gain maladie. Il résulte des pièces de ce dossier que l'assurée a été en incapacité de travail de 100 % du 17 décembre 2004 au 30 juin 2005 et de 50% du 1 er juillet 2005 au 31 juillet 2005 pour un trouble dépressif majeur, épisode isolé, moyen (F 32.1). Une reprise de la capacité de travail antérieure au 17

décembre 2004 a été fixée dès le 1^{er} août 2005 (rapports du Dr F_____ des 11 mars, 4 juillet et 1^{er} septembre 2005). [endif]>[if> 9. Dans son rapport intermédiaire du 30 décembre 2011, le Dr H_____ indiquait que l'état était resté stationnaire, que les limitations fonctionnelles étaient une importante fatigue et fatigabilité et que la capacité de travail était de 10 % en tant que comptable. Une reprise de travail était peu probable, vu le peu d'évolution. [endif]>[if> 10. Le Dr F_____, dans son rapport médical intermédiaire du 25 janvier 2012, indiquait qu'il n'y avait pas de modification du status depuis juillet 2011. Le traitement médicamenteux avait permis de stabiliser la situation, mais il n'y avait pas ou très peu d'amélioration depuis plusieurs mois. Les limitations fonctionnelles étaient importantes, soit notamment, fatigue intense, fatigabilité même sans effort physique ou psychique particulier, manque d'énergie, très grande difficulté à se concentrer, à pratiquer la lecture, trouble de la mémoire, difficultés à exercer certaines tâches, absence de désir ou de plaisir à pratiquer des activités habituellement bien investies, besoin fréquent de s'isoler, etc. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité. [endif]>[if> 11. Le 2 mai 2012, l'OAI a accordé à l'assurée un releveur en thermoplastique pour la jambe. [endif]>[if> 12. L'OAI a mandaté le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 8 octobre 2012, l'expert a diagnostiqué un probable trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4 CIM-10), avec répercussion sur la capacité de travail, et une accentuation de certains traits de la personnalité, ici tendance psychonévrotique, narcissique, dépendants (Z73.1 CIM-10), ce dernier diagnostic étant sans répercussion sur la capacité de travail. En l'absence d'informations claires, l'expert n'a pas pu établir le diagnostic de trouble bipolaire. Il se pouvait toutefois que la prescription et la prise d'un stabilisateur d'humeur aient eu aussi un effet positif sur l'état dépressif actuel. Si l'on parlait de l'hypothèse de la présence d'une atteinte bipolaire type II, l'état serait à considérer comme stabilisé. L'expert expliquait n'avoir pas non plus discuté et retenu un syndrome douloureux somatoforme, car d'une part la plainte douloureuse n'est pas au centre, d'autre part, cette partie est liée et circonscrite aux problèmes somatiques. Pour cette partie, il y a éventuellement besoin d'avoir un avis rhumatologique complémentaire. En tenant compte des gênes réellement présentes, de la légère labilité émotionnelle toujours observable, l'expert est parvenu à la conclusion que l'assurée présente une incapacité de travail de 25 %, à savoir que si elle était dans un cadre de présence de 100 %, son rendement serait abaissé de 25%. Dans cette appréciation, l'expert a tenu indirectement compte de ce que l'assurée elle-même lui avait transmis, à savoir un besoin impératif de deux heures de sieste par jour, ce qui correspond dans les grandes lignes à un 20 %. Pour ce qui concerne le passé, il était absolument impossible à l'expert de se déterminer avec plus de précisions, car il n'avait pas examiné l'assurée. Cependant, il avait l'impression que l'appréciation de l'expert précédent était assez juste, une capacité de travail était rétablie à environ 75 % et que par la suite des facteurs extra médicaux avaient pris le dessus. Une psychothérapie « confrontative », avec éventuellement un essai avec un antidépresseur stimulant, pourrait avoir une influence sur la capacité de travail. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible est également de 75%. [endif]>[if> 13. Dans son avis du 2 novembre 2012, le docteur J_____, du Service médical régional AI (ci-après SMR), indiquait qu'il n'était pas d'accord avec l'évaluation de la capacité de travail, dès lors que le diagnostic retenu ne comporte en aucun cas des limitations fonctionnelles d'une intensité à influencer la capacité de travail. Pour le SMR, la capacité de travail était entière du point de vue psychiatrique et somatique. Le SMR a proposé de demander à l'expert de se prononcer sur l'évolution probable ou vraisemblable

de la capacité de travail et de se renseigner et obtenir l'évaluation psychiatrique faite dans le cadre de l'adoption de son enfant.![endif]>![if> 14. Le 15 décembre 2012, l'expert a répondu à l'OAI que pour le passé, il avait fait une réflexion détaillée à la page 19 de son rapport, reprise dans sa réponse sous B 2.6. Pour le futur, il pensait que le taux d'incapacité de travail retenu de 25 % va rester stable. Il y aurait éventuellement une amélioration supplémentaire au cas où un des médicaments stimulants apporterait un effet palpable. ![endif]>![if> 15. Par courrier du 4 mars 2013, l'office de la Jeunesse a répondu que le dossier de la procédure d'adoption ne contenait ni évaluation psychiatrique, ni expertise psychiatrique.![endif]>![if> 16. Le Dr J_____ a indiqué dans son avis du 11 juin 2013 qu'il ne partageait pas l'avis de l'expert quant à l'évaluation de la capacité de travail qui était pleine et entière, tant du point de vue somatique que psychique. Vraisemblablement, il y a eu une amélioration depuis 2010 et la capacité de travail résiduelle est pleine depuis cette date. ![endif]>![if> 17. Le 24 juillet 2013, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de refus de rente et de mesures professionnelles. ![endif]>![if> 18. Par courrier du 31 juillet 2013, l'assurée s'est déclarée stupéfiée par le refus de rente, rappelant qu'elle était handicapée physique et psychique. Le courrier de l'OAI l'avait choquée et blessée. Depuis l'âge de 19 ans, elle n'a pu travailler qu'à 50%, sans rien demander, et actuellement, elle ne pouvait plus travailler qu'à 20%. Elle demandait à l'OAI de reconsidérer sa position. Le 9 septembre 2013, l'assurée a demandé à l'OAI d'envoyer tous les rapports médicaux la concernant au Dr H_____ et a joint un rapport adressé par le professeur K_____ au docteur L_____, daté du 26 juin 1969.![endif]>![if> 19. Par décision du 4 octobre 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente ainsi que des mesures professionnelles, motif pris qu'elle avait présenté diverses incapacités de travail, mais qu'au vu de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier et notamment de l'expertise, le SMR a considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante, tant sur le plan psychique que physique, et que sa capacité de travail était totale.![endif]>![if> 20. Par acte du 31 octobre 2013, l'assurée a interjeté recours. Elle conteste le refus de rente et plus particulièrement l'avis du SMR. La recourante rappelle qu'elle a été opérée d'un cancer à l'âge de 4 mois, qu'elle a subi un traitement de chimiothérapie durant deux ans, qu'elle a été opérée à quatre reprises entre 1975 et 1985 afin de corriger sa démarche. Elle a un fort déhanchement et de fortes douleurs chroniques dans le bas du dos, ainsi que dans les jambes, le dos, les épaules et la nuque. Elle s'était débrouillée tant bien que mal, par ses propres moyens, a pris sur elle le fait de ne pouvoir travailler qu'à 50% depuis le début de sa carrière professionnelle en 1987. Elle a dû prendre une femme de ménage depuis 1995 pour éviter de se bloquer le dos, et à partir de 2005, sa capacité de travail avait déjà fortement diminué. La recourante a joint copie du courrier adressé par le Dr H_____ au SMR en date du 29 octobre 2013, dans lequel il s'étonnait de la décision négative de l'OAI. La fatigabilité physique et psychique de sa patiente était évidente et chronicisée, durant toute sa vie elle n'a pu faire face à une charge de travail qu'à 50%. ![endif]>![if> 21. Dans sa réponse du 28 novembre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours. ![endif]>![if> 22. Par écriture du 18 décembre 2013, la recourante ne comprend pas que l'intimé maintienne son refus. Elle persiste dans ses conclusions. ![endif]>![if> 23. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 5 février 2014, la recourante a déclaré qu'elle avait accompli son apprentissage de commerce à 100%, mais qu'une fois entrée dans la vie active, elle n'a jamais pu travailler à plus de 50%, car elle était trop fatiguée. Elle a obtenu son brevet fédéral de comptable en 1994. Elle a cessé de travailler comme salariée, parce qu'elle n'était pas bien et qu'elle ne pouvait plus poursuivre une activité à 50%. ![endif]>![if> L'intimé a indiqué qu'il n'avait

pas examiné le statut de la recourante et que l'expertise dont fait état l'expert dans son rapport n'existe pas. La recourante a confirmé n'avoir jamais fait l'objet d'une expertise psychiatrique autre que celle ordonnée par l'intimé. Il devait s'agir du médecin-conseil de l'assureur perte de gain qui s'était prononcé. Selon son psychiatre, elle a une capacité de travail résiduelle de 10 %. 24. Interpellé par la chambre de céans, le Dr I_____ a répondu qu'il avait fait référence à l'expertise précédente du Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a probablement dû retenir une incapacité de travail dégressive pour postuler un rétablissement trois mois après la date d'expertise. Pour davantage de précisions, il devrait avoir accès à l'ensemble des documents médicaux. 25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. L'objet du litige porte sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité de la recourante. 5. 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). 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. 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. 28a al. 1 LAI). 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).

6. 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).

7. 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. A 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).

8. 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).

9. 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. A

cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). 8. 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. 3b/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 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. A 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 Nr. 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). 9. En l'espèce, le Dr F_____, psychiatre traitant, dans son rapport circonstancié à l'attention de l'intimé, a diagnostiqué un trouble bipolaire II F31.8 et un trouble de la personnalité non spécifié (mixte) F 60.9 qui ont entraîné une incapacité de travail de 80% de janvier 2006 à décembre 2010 et de 90% depuis janvier 2011. Il a mentionné plusieurs restrictions psychiques, notamment des difficultés à se concentrer, des troubles de la mémoire, un manque d'énergie et de force, un besoin fréquent de s'isoler et une limitation importante de sa vie sociale. La recourante se fait aider pour l'entretien de la maison et pour son fils, par sa mère, son beau-père et une aide familiale. Quant au Dr H_____, médecin traitant, il a retenu un status post ablation d'un neuroblastome L4-S3 G en 1969 et un trouble bipolaire. La patiente présente une fatigabilité physique et psychologique de plus en plus importante, et un épisode d'évanouissement l'oblige à se coucher plusieurs fois dans la journée. L'incapacité de travail est d'environ 90% depuis début 2011.

Le Dr I_____, expert psychiatre, s'est entretenu avec la recourante durant plus de deux heures. A l'issue de son examen, il a retenu le diagnostic de probable trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et évalué la capacité de travail à 75% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, dès le moment de son expertise. Concernant le diagnostic de trouble bipolaire, il a gardé quelques doutes et hésitations, face à des informations anamnestiques plutôt modestes. L'expert a eu

l'impression que le terme d'hypomanie avait été surinvesti. Quoiqu'il en soit, l'assurée était traitée comme si elle était bipolaire et il était possible que la prescription et la prise d'un stabilisateur de l'humeur aient eu un effet positif sur l'état dépressif fluctuant. Contrairement à d'autres médecins, le Dr I_____ n'a pas retenu un trouble de la personnalité, car il doit s'agir de déviations extrêmes, profondément enracinées depuis l'enfance avec des répercussions sur la santé sous différentes formes et de longue date, ce qui n'est pas le cas pour l'expertisée. La variante diagnostique de modification de la personnalité après expérience de catastrophe n'a pas été retenue non plus par l'expert, car ce que la recourante a subi dans son enfance n'est pas assimilable à la définition de catastrophe selon le CIM-10. Après étude de l'ensemble du dossier, l'expert explique qu'il a eu l'impression que les médecins l'ont davantage suivie dans sa vision subjective plutôt que d'être allés vers une confrontation, mise en question et interaction critique. De cette manière, il s'explique le très important décalage entre les visions subjectives et médicales d'un côté, les constatations objectives de l'autre. Le Dr I_____ souligne qu'il n'est pas isolé dans cette appréciation et que déjà l'expert précédent s'était prononcé dans le même sens. Interpellé par la chambre de céans, le Dr I_____ a expliqué qu'il se référait à l'expertise du Dr M_____. Selon les pièces du dossier, le Dr M_____ a rédigé un rapport médical en date du 23 mars 2005 à l'attention du médecin-conseil de la Winterthur Assurances, dans lequel il a posé les diagnostics de troubles de la personnalité F61.0, personnalité anankastique, personnalité dépendante, épisode dépressif moyen F32.0, sans syndrome somatique. Un trouble bipolaire a pu être exclu. Selon le Dr M_____, l'incapacité de travail était de 100% au moment de la rédaction de son rapport, et de 0% dans deux à trois mois. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr I_____ comporte une anamnèse personnelle, socio- professionnelle et familiale détaillée, un historique médical, qu'il relate les plaintes et descriptions subjectives de la recourante. L'expert a procédé à une analyse complète du dossier. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas certains diagnostics et a conclu que la recourante présentait une incapacité de travail de 25% dans toute activité, à la date de son expertise, car il ne pouvait pas se prononcer pour le passé. Le SMR remet toutefois en cause l'appréciation de la capacité de travail par l'expert, considérant que le diagnostic retenu ne comporte en aucun cas des limitations fonctionnelles d'une intensité à influencer la capacité de travail, que les facteurs indiqués par l'expert sont de l'ordre subjectif et extra médical. Il estime que la capacité de travail de la recourante est totale. La chambre de céans relève qu'en substituant sa propre appréciation de la capacité de travail à celle de l'expert mandaté par l'intimé, le SMR en dénie ainsi la valeur probante. Ses arguments selon lesquels les facteurs indiqués par l'expert sont de l'ordre subjectif et extra médical ne sont pas davantage étayés. L'expert a en effet constaté des limitations fonctionnelles et a tenu compte des gênes réellement présentes, contrairement à ce que l'intimé soutient. Cela étant, la chambre de céans constate que les diagnostics retenus par l'expert, de même que son appréciation de la capacité de travail, divergent sensiblement de celles du psychiatre traitant. Or, ce dernier a rédigé des rapports circonstanciés et son diagnostic de trouble de la personnalité a été également mis en évidence par le Dr M_____, éléments qui sont de nature à soulever des doutes quant à la valeur probante de l'expertise du Dr I_____. Enfin, l'expert n'a pas pu se prononcer sur la capacité de travail antérieure à son expertise et l'on ne voit pas pour quels motifs l'intimé s'écarterait de l'appréciation du médecin traitant. D'autre part, la recourante souffre également de pathologies d'ordre somatique qui n'ont pas été investiguées par l'intimé, alors même que le Dr I_____ préconisait pour ce volet l'avis d'un rhumatologue. Il apparaît en effet que la recourante se

plaint de séquelles suite à l'ablation d'un neuroblastome, sous forme de fort déhanchement, fortes douleurs chroniques dans le bas du dos, les jambes, le dos, les épaules et la nuque, et allègue n'avoir jamais pu travailler à plein temps. En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur les atteintes à la santé de la recourante et ses conséquences sur la capacité de travail résiduelle, faute de renseignements médicaux portant sur l'ensemble de ses atteintes à la santé. L'instruction de l'intimé se révèle lacunaire, de sorte qu'il se justifie de lui renvoyer la cause pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle devra porter aussi bien sur le plan psychiatrique que somatique, à confier à des experts indépendants. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. 11. L'émolument, fixé en l'espèce à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69al.1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision de l'intimé du 4 octobre 2013 et lui renvoie la cause pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé. 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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