

GE_GERICHTE A/4281/2017 vom 11. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4281_2017

FR: GE_GERICHTE A/4281/2017 du 11 février 2019

IT: GE_GERICHTE A/4281/2017 del 11 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

E. 2

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

E. 3

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un trouble somatoforme douloureux, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un

comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 10. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).!> Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 11. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du

E. 8

février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.!> En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 12. 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).> 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. a. 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).> b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. 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. 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 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).

13. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

14. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou

que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

16. En l'espèce, l'intimé a retenu, sur la base de l'avis du SMR, lui-même fondé sur les conclusions des rapports d'expertise des Drs J_____ et K_____, que la recourante présentait une entière capacité de travail dans toute activité dès le mois de novembre 2010, de sorte qu'il lui a refusé toute prestation. !

La recourante quant à elle conteste les conclusions des experts précités, en particulier les diagnostics retenus sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles, ainsi que le taux de sa capacité de travail. Elle se réfère à l'appréciation du Dr M_____, lequel considère que sa capacité de travail est nulle, de manière permanente. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces documents.

17. a. Au niveau psychiatrique, le Dr J_____ a écarté le diagnostic de trouble de la personnalité, lequel avait été retenu par trois spécialistes avant lui, au motif qu'il n'avait pas pu déceler de signes ou de symptômes en faveur d'une telle atteinte durant son entretien et du point de vue anamnestique. La chambre de céans constate cependant qu'il ressort du rapport du Dr D_____, lequel a examiné les critères du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif selon la CIM-10, que l'intéressée avait fait état de plusieurs événements de vie où elle avait pris des décisions importantes de manière impulsive, qu'elle avait relaté plusieurs événements frustrants où, suite à un conflit, s'était ensuivie une rupture de lien avec une perte de contrôle et un débordement émotionnel colérique intense, avec des « hauts et des bas » fréquents sans être reliés au contexte, et qu'elle avait eu plusieurs comportements auto-agressifs dont une tentative de suicide. Il a ainsi conclu à une personnalité émotionnellement labile de type impulsif tout en soulignant que le Dr R_____ avait pour sa part retenu un trouble de la personnalité de type borderline (cf. rapport du 30 juin 2011 p. 18 et 19). De plus, le Dr I_____ a confirmé le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, relevant notamment que la recourante engageait des relations intenses qui devenaient rapidement instables au vu de ses crises émotionnelles, qu'elle avait tendance à agir avec impulsivité et se reconnaissait comme quelqu'un d'émotif, pouvant éclater dans des colères importantes. Les envies suicidaires étaient fréquentes (cf. rapport du 20 mars 2013 p. 13). Dans ces conditions, le Dr J_____ ne pouvait écarter l'existence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile aux seuls motifs qu'il n'avait pas constaté, à l'anamnèse et lors de son unique entretien avec la recourante, de signes ou de symptômes en faveur d'une telle atteinte. !

Concernant le diagnostic de dysthymie, le Dr J_____ a considéré que les altérations de l'humeur ne prenaient jamais les caractéristiques d'un épisode dépressif selon les critères de la CIM-10. Il a notamment indiqué que la recourante disait être triste depuis toujours, ce qu'il n'avait pas pu objectiver durant son entretien. Il n'a cependant pas recouru à des tests pour évaluer l'état dépressif de la recourante, ni n'a passé en revue les critères diagnostiques majeurs et mineurs de la dépression. À cet égard, il sera relevé que l'expert a indiqué que la recourante lui avait dit être triste depuis toujours, éprouver des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. Il ressort en outre de la description de son quotidien et de son environnement que l'intéressée ne pratique aucune activité sportive, ne fait pas de promenades, se rend deux fois par année chez la coiffeuse et deux fois par année dans les

magasins pour acheter des habits. Elle ne va ni au cinéma, ni au théâtre, ni sur Internet. Elle a déclaré ne pas avoir de copines, ses amitiés étant sa famille, et a fait état d'une fatigue importante, précisant passer tous ses après-midis devant la télévision. L'expert a indiqué que la recourante, « au moment de l'entretien », n'avait pas d'idées noires ou d'envies suicidaires, sans pour autant exclure clairement la présence de telles pensées. En outre, si le Dr J_____ n'a pas fait état de troubles du sommeil, le Dr K_____ a mentionné un sommeil perturbé, non réparateur, avec de fréquents réveils. L'expert psychiatre aurait dû clairement indiquer quels étaient les symptômes majeurs et mineurs de la dépression qui étaient retenus ou exclus, ce d'autant que son diagnostic ne correspondait pas à celui du Dr D_____ qui a conclu à un épisode dépressif récurrent moyen, certes « en rémission », et que le Dr I_____ a relevé que l'humeur dépressive de la recourante occasionnait une souffrance « chronique » et que lors de facteurs de stress aigu, la symptomatologie pouvait s'aggraver et devenir par moments des épisodes dépressifs dont la sévérité permettait de retenir le diagnostic d'épisode dépressif stricto sensu qui n'avait jamais dépassé la sévérité moyenne. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr J_____ n'a pas décrit le trouble de manière à permettre à la chambre de céans de vérifier que les conditions posées par la classification médicale de la CIM-10 au chiffre F45.4 étaient réalisées. La chambre de céans peine à comprendre les explications de l'expert selon lesquelles « comme indiqué dans les critères de la CIM-10 concernant les troubles somatoformes, les événements désagréables ou les difficultés ou les conflits ne sont pas reconnus en tant que tels par l'assurée qui s'oppose à toute hypothèse impliquant les facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes physiques, ce qui est le cas chez l'assurée ». Il est par ailleurs surprenant que l'expert ait retenu le diagnostic psychiatrique de syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en mentionnant que l'atteinte à la santé semblait plutôt d'origine somatique (rapport d'expertise p. 6). Partant, on ne saurait considérer que les diagnostics posés par le Dr J_____ ont été établis dans les règles de l'art. Son rapport d'expertise ne permet donc pas de se prononcer sur les atteintes à la santé psychiques présentées par la recourante. b. À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera en outre que l'expert psychiatre n'a pas réellement examiné les indicateurs développés par la jurisprudence afin de déterminer la capacité de travail réellement exigible et a répondu de façon générale, vague et laconique aux différentes questions qui lui ont été posées. À titre d'exemple, dans son « analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et de son évolution » (rapport d'expertise p. 6), l'expert s'est contenté d'indiquer que la recourante présentait « ce qu'on appelait autrefois une personnalité dépressive, actuellement dysthymie (F34.1) », le reste de son développement consistant en des explications générales, sans analyse concrète. Invité à fournir des « indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assurée et sur les ressources personnelles dont elle dispose » (rapport d'expertise p. 6 et 21), l'expert a mentionné que l'intéressée était intelligente, bien scolarisée et présentait des ressources personnelles pour faire face à la douleur, et que l'atteinte à la santé semblait plutôt d'origine somatique, ce qui, comme déjà relevé, est difficilement compréhensible compte tenu du diagnostic psychiatrique de syndrome douloureux somatoforme persistant. De plus, le Dr J_____ n'a livré aucune précision quant aux capacités inhérentes à la personnalité de la recourante. Appelé à se prononcer sur les répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (rapport d'expertise p. 19), l'expert a répondu qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique dans le ménage, les loisirs et les activités sociales. Compte tenu de la description du quotidien de l'intéressée, cette appréciation paraît pour le moins discutable.

De plus, la recourante a exposé que c'était son mari, lequel travaille, qui s'occupait du ménage. Elle-même faisait la lessive, avec l'aide de son époux. Les commissions étaient effectuées en couple et les repas préparés alternativement par les époux. À l'expert rhumatologue, elle a précisé qu'elle avait besoin de l'aide de son mari pour passer l'aspirateur, effectuer des commissions lourdes, repasser et nettoyer les vitres. La recourante n'a fait état d'aucun loisir, d'aucune activité sociale et a déclaré ne pas avoir d'amis. C'est encore le lieu de rappeler que les conclusions du Dr J_____ quant à la capacité de travail de la recourante divergent notablement de celles du Dr I_____, lequel a estimé que la capacité de travail était de 50%, une augmentation étant toutefois possible en cas de reprise d'un travail de type psychothérapeutique et médicamenteux. Ce psychiatre a fait état de limitations fonctionnelles liées à une instabilité émotionnelle, à une mauvaise image de soi, à un manque de confiance, à une fatigue, à des troubles de l'attention et de la concentration, ces derniers ayant également été mentionnés par le Dr C_____ (cf. rapport du 13 février 2012). Or, le Dr J_____ n'a pas développé les raisons pour lesquelles il a estimé qu'une évaluation neuropsychologique ne se justifiait pas, mentionnant uniquement que la recourante ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension et de la mémoire, sans étayer davantage son observation. Enfin, il sera encore relevé que le Dr J_____ a été invité à présenter une « Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts ». C'est dire que l'expert psychiatre ne pouvait répondre à cette question sans s'être au préalable entretenu avec l'expert rhumatologue. Il incombait aux deux spécialistes mandatés d'évaluer la situation globale de la recourante et de se livrer à une appréciation consensuelle. Or, le Dr J_____ a rédigé son rapport le 13 mars 2017, soit avant l'entretien bidisciplinaire du 3 avril 2017.

18. a. Sur le plan somatique, le Dr K_____ a notamment diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur et un syndrome de fatigue chronique. Il a fait mention d'un sommeil perturbé, non réparateur, avec de fréquents réveils. Procédant à la « description des limitations fonctionnelles de la personne assurée (rapport d'expertise p. 11), le rhumatologue a indiqué que lesdites limitations étaient essentiellement dictées par le syndrome de fatigue chronique et les douleurs ubiquitaires au moindre effleurement. Toutefois, au moment de se prononcer sur les « interactions des diagnostics » (rapport d'expertise p. 12), l'expert a écrit que « seules les douleurs (...) constituent une limitation fonctionnelle », sans ne plus faire référence à la fatigue chronique. Partant, l'appréciation de l'expert semble contradictoire, à tout le moins confuse. On relèvera encore que ce médecin a signalé des divergences entre les symptômes décrits, l'examen clinique et paraclinique, et le comportement de la recourante « tant lors de l'examen que ses activités professionnelles et ménagères anamnesticquement ». Il n'a toutefois fourni aucune précision à ce propos ni d'exemples concrets, de sorte que son affirmation manque de motivation.

19. b. La seule analyse bidisciplinaire des experts est énoncée en page 15 et 16 du rapport d'expertise du Dr K_____ et est des plus sommaire puisque l'expert a indiqué : « après discussion avec le Dr J_____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 100%. En effet, en l'absence d'une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique à caractère invalidant, cette assurée a toujours été capable de travailler à 100% du point de vue psychiatrique ». Eu égard à ce qui précède, les rapports d'expertise

des Drs J_____ et K_____ n'emportent pas la conviction de la chambre de céans.

20. a. En ce qui concerne la détermination du Dr M_____, il est rappelé à titre préalable que ses rapports des 22 octobre 2017 et 1^{er} janvier 2018, documents postérieurs à la décision dont est recours, se rapportent aux atteintes à la santé préexistant à ladite décision et qui ont fait l'objet de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, de sorte que ces documents doivent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure.

b. Ce psychiatre a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) d'intensité modérée, d'épisode dépressif récurrent moyen ou sévère (F33) ou de dysthymie (F34.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant ou chronique (F45.4) et de fibromyalgie. Il sied de constater d'emblée une certaine confusion et ambigüité. En effet, le code F33 de la CIM-10 ne vise par les épisodes dépressifs, mais les troubles dépressifs récurrents, et le diagnostic de trouble de la personnalité borderline « modéré » ne correspond pas à la classification à laquelle se réfère le psychiatre. De plus, contrairement à ce que soutient le Dr M_____, ses trois entretiens ne lui ont manifestement pas permis de poser les « bons diagnostics » puisqu'il a mentionné alternativement un épisode dépressif et une dysthymie. Interrogé par la chambre de céans sur les éventuelles distinctions entre les notions d'épisode dépressif, de dysthymie et de trouble de l'humeur dépressive, le Dr M_____ a exposé que la dysthymie se situait toujours au-dessous de la norme, soit dans la zone de l'humeur dépressive, mais qu'on ne parlait pas de dysthymie moyenne ou sévère. Il s'agissait d'un critère de durabilité ou de constance qui se distinguait des épisodes, isolés ou s'ils se reproduisaient à une certaine fréquence, on parlait d'épisode récurrent. Il a expliqué qu'il ne pouvait pas d'emblée savoir s'il s'agissait d'un état ponctuel, autrement dit d'un épisode dépressif, ou s'il s'agissait d'un état plus prolongé dans le temps. Il est dès lors étonnant que le psychiatre ne se soit pas déterminé sur le diagnostic de troubles dépressifs récurrents (F33), envisageable en lieu et place d'un trouble de l'humeur persistant (F34). La chambre de céans relèvera ensuite que les critiques que ce médecin formule à l'encontre de l'expertise du Dr J_____ lui sont également opposables puisque ses rapports ne contiennent pas d'analyse structurée au moyen d'indicateurs diagnostiques.

c. Quant à la capacité de travail, il a mentionné que l'aspect le plus important qui expliquait le lien entre l'état dépressif et l'incapacité de travail venait de l'affaiblissement des fonctions cognitives lors des états affectifs chroniques. La douleur causée par le syndrome douloureux somatoforme persistant et la fibromyalgie entraînait un état d'anxiété et de vigilance qui consommait d'une manière permanente beaucoup d'énergie. Il est surprenant que le Dr M_____ n'ait pas eu recours à des tests pour évaluer la présence d'un trouble anxieux, et qu'il n'ait pas discuté ce diagnostic. L'expert a ajouté que l'organisme était fatigué et épuisé par la douleur, le cerveau, concentré sur la douleur et sur les manœuvres antalgiques possibles, diminuait ses performances pour les activités d'adaptation. Le fonctionnement et le rendement professionnel était fortement influencé par la perte d'un élan vital, une démobilitation et un ralentissement, les fonctions cognitives étaient profondément affaiblies par la douleur, la mémoire de travail était occupée par les sensations physiques. Les fonctions émotives étaient perturbées par la difficulté de maintenir l'homéostasie psychique, à cause d'une humeur dépressive et cela limitait le fonctionnement et l'engagement professionnel. L'estimation du Dr M_____, qui retient une incapacité totale de travail, n'est en aucun cas convaincante en l'absence de tests psychométriques permettant de tirer des conclusions sur les capacités cognitives et mnésiques de la recourante. En réalité, ses conclusions sont uniquement basées sur les douleurs et difficultés alléguées par l'intéressée. On relèvera

encore que ce psychiatre a indiqué que « classiquement », le trouble de la personnalité borderline était incapacitant, tout en affirmant que certaines personnes pouvaient vivre à peu normalement avec un tel diagnostic, ce qui apparaît contradictoire. En outre, il convient de relever que le Dr M_____ a précisé que la recourante connaissait des moments d'apaisement, des jours sans douleur ou sans dépression, sans précision aucune quant à leur fréquence. Il n'a pas non plus indiqué pour quel motif un suivi régulier et la prise d'un traitement médicamenteux ne serait pas susceptible d'influencer positivement la capacité de travail de la recourante. 21. Dans ces circonstances, une expertise judiciaire bidisciplinaire sera ordonnée. Cas échéant, elle sera complétée par un examen neuropsychologique, vu les troubles cognitifs allégués. ![/endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1.

Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de la recourante. ![/endif]>![if>

2. Commet à ces fins les docteurs P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie. ![/endif]>![if>

3. Dit que la mission d'expertise bi-disciplinaire sera la suivante : ![/endif]>![if>

prendre connaissance du dossier de la cause ; ![/endif]>![if>

b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité ou examiné la recourante ; ![/endif]>![if>

c) examiner et entendre la recourante, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; ![/endif]>![if>

d) si nécessaire, ordonner d'autres examens, en particulier un examen neuropsychologique. ![/endif]>![if>

4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : ![/endif]>![if>

1. Anamnèse détaillée. ![/endif]>![if>

2. Plaintes et données subjectives de la recourante. ![/endif]>![if>

3. Status clinique et constatations objectives. ![/endif]>![if>

4. Diagnostics selon la classification internationale. ![/endif]>![if>

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ? ![/endif]>![if>

6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? ![/endif]>![if>

7. Les plaintes sont-elles objectivées ? ![/endif]>![if>

8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la recourante). ![/endif]>![if>

9. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? ![/endif]>![if>

10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? ![/endif]>![if>

11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? ![/endif]>![if>

12. La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? ![/endif]>![if>

13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? ![/endif]>![if>

14. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? ![/endif]>![if>

15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne, ![/endif]>![if>

a) dans l'activité habituelle ![/endif]>![if>

b) dans une activité adaptée.![endif]>![if> 16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent,![endif]>![if> a) dans l'activité habituelle ![endif]>![if> b) dans une activité adaptée.![endif]>![if> 17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.![endif]>![if> 18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.![endif]>![if> 19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.![endif]>![if> 20. 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.![endif]>![if> 21. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.![endif]>![if> 22. Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 23. Toute remarque utile et proposition des experts.![endif]>![if> 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :![endif]>![if> a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ? e) Quel est le contexte social ? La recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? Motiver votre position. f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la recourante à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 6. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.![endif]>![if> 7. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.![endif]>![if> 8. Réserve le fond.![endif]>![if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO 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.