

## **GE\_GERICHTE A/656/2010 vom 31. August 2010**

GE Cour de justice, 2010-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_656\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_656_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/656/2010 du 31 août 2010

IT: GE\_GERICHTE A/656/2010 del 31 agosto 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 31.08.2010  
A/656/2010

A/656/2010 ATAS/867/2010 du 31.08.2010 ( AI ) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/656/2010 ATAS/867/2010 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES du 31 août 2010 Chambre 1 En la cause Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée à Geneve, représentée par CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE intimé EN FAIT Madame F \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée) est née en 1959, au Portugal. Elle est arrivée en Suisse en mars 1986. Elle travaillait en qualité d'employée d'entretien au sein de X \_\_\_\_\_ SA du 1 er juillet 1995 au 31 décembre 2003. Elle a cessé toute activité lucrative dès le 7 février 2003 pour des raisons de santé. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) en date du 29 octobre 2003, visant l'octroi d'une rente, au motif qu'elle souffrait de maux importants dans tout le corps, de migraines, de vertiges et d'une grande fatigue. Par rapport du 9 janvier 2004, le Dr -L \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a diagnostiqué une dépression majeure résistant au traitement depuis 1997, une fibromyalgie invalidante, des troubles statiques et dégénératifs du rachis, et un syndrome du tunnel carpien bilatéral (opéré à gauche). L'incapacité de travail de l'assurée était de 100%, étant précisé que c'était surtout l'état dépressif persistant qui dominait le tableau clinique. Le Dr L \_\_\_\_\_ a joint à son rapport un courrier du 17 octobre 2002 que lui avait adressé le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et affections rhumatismales, aux termes duquel l'assurée présentait un tableau de fibromyalgie avec quatorze points douloureux sur dix-huit, souffrait d'insomnie et d'un état dépressif qui lui paraissait évident. Il a indiqué avoir été frappé par les images ostéophytaires très marquées, visibles sur les radiographies de la colonne dorsale évoquant un DISCH, qui pourrait expliquer la présence de douleurs vertébrales sensibles aux anti-inflammatoires, mais non pas l'ensemble du tableau clinique. Par rapport du 22 janvier 2004, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et médecin traitant, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen en rémission et de fibromyalgie. Il a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 50%, étant précisé que l'état de santé s'améliorait. Il a toutefois relevé que sa patiente estimait ne pas pouvoir travailler du tout. Par rapport d'expertise du 26 mai 2004, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, mandaté par la caisse-maladie de l'assurée, HERMES, a considéré qu'il « existe donc manifestement une exagération de la part subjective des sensations douloureuses. Bénéfices secondaires importants avec famille qui l'entoure et évitement de retourner dans le monde professionnel moins favorable que par le passé ». Il a considéré que l'assurée pouvait travailler à 100% dès le 1 er juin 2004. Par décision du 16 mars 2005, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a déclaré l'assurée inapte au placement

et lui a dénié le droit aux prestations de l'assurance-chômage dès le 3 janvier 2005. L'assurée a été soumise à un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique au Service médical régional AI (ci-après SMR). Elle a, en date du 20 décembre 2005, été examinée par la Dresse P \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et par le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, qui ont établi un rapport en date du 23 mars 2006. Ils ont diagnostiqué des troubles statiques et dégénératifs légers à modérés avec ostéophyte intracanaulaire en contact avec la racine émergente S1 gauche (M54.8) et ont également mis en évidence une fibromyalgie (dix-huit points douloureux sur dix-huit) ainsi qu'un trouble anxieux et dépressif en rémission partielle (F41.2), toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Les médecins ont constaté que l'assurée présentait, depuis plusieurs années, des douleurs articulaires diffuses qui ne l'avaient cependant pas empêchée de travailler comme employée d'entretien. Suite à une lésion de la main gauche par débris de verre avec section d'un tendon du pouce opéré deux fois et surinfecté et entraînant une incapacité de travail de six mois, l'assurée avait repris son travail à 50% mais avait été licenciée pour le 31 décembre 2003 à cause de ses problèmes de santé. Le dossier radiologique a confirmé le léger problème statique et une discopathie protrusive L4-L5 sans hernie discale. La protrusion intracanaulaire ostéophyttaire L5-S1 était en contact avec la racine émergente S1 gauche. Du point de vue psychiatrique, les médecins n'observaient pas d'état dépressif majeur en tant que maladie indépendante de la fibromyalgie. L'état de l'assurée était compatible avec un trouble anxieux et dépressif "chronifié" dont la sévérité n'atteignait pas le degré d'une maladie dépressive majeure même de degré léger. En conclusion, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail ni sur le plan somatique ni sur le plan psychiatrique, et pouvait exercer une activité à 100%. Par décision du 11 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. Le 18 mai 2006, le Dr R \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a informé le Conseil de l'assurée que depuis six mois, il avait constaté une nette péjoration de l'état de santé de sa patiente, avec dix-huit points de fibromyalgie positifs et un état dépressif sévère caractérisé par une envie de s'isoler et un manque d'intégration dans la vie sociale sous toutes ses formes. Les résultats du traitement effectué demeuraient insatisfaisants et l'assurée souffrait de l'interaction médicamenteuse, soit d'étourdissements, de vertiges et de nausée durant toute la journée. Quant à son état psychique, il était, selon le Dr \_\_\_\_\_, cristallisé et sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Les limitations de l'assurée pour exercer une activité étaient ses douleurs et son état psychique. Le médecin considérait l'assurée comme totalement inapte à effectuer une activité physique ou intellectuelle. Par attestation du même jour, Monsieur L \_\_\_\_\_, psychothérapeute, a indiqué suivre l'assurée depuis juin 2004 pour un état dépressif important. Le 22 mai 2006, l'assurée a fait opposition à la décision du 11 avril 2006, opposition qui a été rejetée par l'OAI par décision du 15 juin 2006. Par jugement du 14 novembre 2006, le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée, considérant notamment que le rapport bidisciplinaire avait pleine valeur probante et qu'en l'absence notamment de comorbidité psychiatrique ou d'état psychique cristallisé, la fibromyalgie dont souffrait la recourante n'avait pas de caractère invalidant. Le 8 février 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, sollicitant l'octroi d'une rente pour cause d'état dépressif récurrent et de maladie de longue durée. Suite à une demande de renseignement de l'OAI concernant l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, la Dresse S \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et cheffe de clinique au Service de psychiatrie pour Adultes de la Jonction, a, par certificat du 26 février 2008, attesté que l'assurée était suivie par son service depuis mars 2007, qu'elle souffrait d'un état dépressif

sévère depuis une dizaine d'années et que les traitements médicamenteux s'étaient révélés inefficaces. Elle ne notait pas d'amélioration de cet état dépressif sévère malgré la bonne compliance de l'assurée. Celle-ci présentait une incapacité de travail de 100%. Par certificat du 5 mars 2008, le Dr R \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait d'une fibromyalgie accompagnée de céphalées, d'insomnies et de troubles de la concentration et de la mémoire. Il a constaté que son état algique s'était péjoré d'une façon importante depuis environ six mois et que les traitements ne permettaient pas d'amélioration notable de cet état. A son avis, la capacité de travail de l'assurée était nulle. Le 18 mars 2008, l'OAI a rendu un projet de non entrée en matière sur la demande de prestations du 8 février 2008, attendu qu'il n'existait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation initiale. Par certificat du 7 avril 2008, les Drs T \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_ ont réaffirmé que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère. Les examens effectués selon l'échelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) ont souligné le caractère sévère et persistant de la dépression dont souffrait l'assuré. De plus, les traitements médicamenteux n'avaient pas permis d'améliorer les symptômes dépressifs. D'après les médecins, l'incapacité de travail de l'assurée était de 100%. Par avis du 22 avril 2008, le Dr U \_\_\_\_\_, médecin généraliste au SMR, s'est demandé pour quelle raison aucun des médecins ne faisait allusion à une fibromyalgie et comment sa disparition subite pouvait être expliquée. Il a émis l'hypothèse qu'il s'agissait d'une volonté délibérée de ne plus évoquer un tel trouble sachant qu'il n'avait pas été pris en considération par l'OAI. En outre, le fait que l'état psychique de l'assurée avait probablement été influencé par le refus de prestations de l'OAI n'était pas un fait qui devait, d'après lui, relever de l'Assurance-invalidité. Le médecin a sollicité de l'assurée la production d'un avis médical attestant de l'évolution de la fibromyalgie depuis avril 2006. Suite à cette demande de renseignement, le Dr R \_\_\_\_\_ a, par certificat du 23 mai 2008, répété que l'assurée présentait une nette péjoration de son état algique depuis une année. Seize points de fibromyalgie étaient positifs et depuis trois mois étaient apparues des douleurs, surtout en abduction, au niveau de l'épaule droite. Par ailleurs, son état psychique était fortement perturbé avec la présence d'une insomnie, d'une anxiété et d'une fatigue excessive. A son avis, la capacité de travail de l'assurée était nulle et tout pronostic lui paraissait très réservé. Par décision du 13 juin 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision de non entrée en matière du 18 mars 2008, les pièces produites ne permettant pas de mettre en évidence un changement de l'état de fait depuis l'arrêt du Tribunal de céans du 14 novembre 2006. Le 30 juin 2008, les Drs T \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_ ont certifié que l'assurée présentait, dès mars 2007, un état dépressif sévère sans signes psychotiques dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux. Son état de santé ne s'est pas amélioré avec les traitements médicamenteux et sa capacité de travail était nulle depuis mars 2007. Le 3 juillet 2008, la Dresse S \_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire du mandataire de l'assurée en confirmant les diagnostics posés dans son courrier du 30 juin 2008. Elle a également indiqué que l'assurée était sans activités et qu'elle avait un réseau social très appauvri, que son trouble somatoforme douloureux se maintenait malgré sa motivation et ses efforts pour surmonter les effets de ce trouble. Par arrêt du 13 janvier 2009 ( ATAS/21/2009 ), le Tribunal de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assurée en date du 10 juillet 2008 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire notamment sur l'état psychique de l'assurée et sur les conditions dont la réalisation est nécessaire pour considérer la fibromyalgie ou le trouble somatoforme comme invalidant. Dans un rapport daté du 5 mai 2009 destiné à l'OAI, le Dr V \_\_\_\_\_, chef

de clinique, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait la recourante depuis mars 2007 dans le cadre du programme de dépression des HUG, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2) et de troubles somatoformes douloureux (F45.4). La patiente avait notamment présenté quelques idées suicidaires toutefois sans planification concrète du geste. En outre, à teneur de ce rapport, l'assurée avait séjourné à la Clinique Genevoise de Montana du 16 janvier au 5 février 2007. Le Dr V \_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail à 100% en raison du ralentissement psychomoteur, de la diminution de la capacité de concentration, de la réduction de l'élan vital et de l'anhédonisme. Le pronostic quant à une rémission de la symptomatologie dépressive et à la possibilité de réduire les restrictions précitées et de réduire l'incapacité de travail était défavorable. A teneur d'un courrier du 28 mai 2009, le Dr W \_\_\_\_\_ a suivi l'assurée du 9 octobre 2006 au 8 mars 2007. Elle présentait un trouble dépressif assez sévère dès le début du traitement. Compte tenu de la résistance dudit trouble, il l'avait adressée au programme dépression des HUG. Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 28 septembre 2009, l'expert a notamment retenu que le premier épisode dépressif remontait à 1997. Il a posé le diagnostic de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme (F45) avec répercussion sur la capacité de travail. Il a également retenu un trouble anxieux dans précision (F41.9) et une personnalité dépendante (F60.7) sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, l'expert a indiqué qu'il ressortait de son examen clinique et du dossier médical que les signes et symptômes d'un état dépressif étaient apparus après le diagnostic de fibromyalgie. Il s'agissait ainsi d'un état dépressif propre à l'évolution du trouble somatoforme, l'assurée reconnaissant n'avoir jamais été dépressive ni souffert de tristesse avant 2002. Enfin, il a considéré qu'il existait une affection chronique depuis 2002 et que le psychisme était cristallisé, l'assurée disposant toutefois de ressources psychologiques suffisantes. Il n'y avait enfin pas d'isolement sociale, l'assurée étant bien entourée par sa famille. Les limitations fonctionnelles suivantes ont également été retenues par l'expert: physiquement, la fatigue et les douleurs partout dans le corps; psychiquement, la tristesse, les troubles de la concentration et de la mémoire, les idées suicidaires et les troubles du sommeil. Enfin, le Dr A \_\_\_\_\_ a considéré qu'il existait une atteinte à la santé de 30% en raison du trouble somatoforme et du trouble dépressif associé dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée, « l'assurée étant limitée tout de même lorsqu'elle regarde la télévision, par exemple, ne pouvant retenir ce qu'elle observe ; il y a également des troubles de la mémoire et du sommeil ». Se fondant sur cette expertise, l'OAI a tenu compte d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, ayant entraîné une incapacité de travail de 30%. Celle-ci se confondant avec le taux d'invalidité, il a soumis à la recourante, le 27 octobre 2009, un projet de décision à teneur duquel la demande de prestations de l'assurance-invalidité était rejetée, un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrant pas le droit à une rente. Le 26 novembre 2009, l'assurée a contesté la position de l'Office, considérant que la dépression dont elle souffrait devait être qualifiée de sévère, conformément aux courriers des Drs W \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_ des 10 mars et 4 mai 2009 notamment. Par ailleurs, pour elle, l'expertise du Dr A \_\_\_\_\_ ne disposait pas de suffisamment de valeur probante. En effet, ce praticien s'écartait de l'avis de quatre spécialistes, sans en expliquer les raisons, et reconnaissait une part de doute dans son appréciation de l'état de santé de l'assurée, lorsqu'il indiquait qu'il lui semblait que l'atteinte à la santé s'élevait à 30%. Dans une correspondance du 25 novembre 2009, joint au

courrier précité, le Dr V\_\_\_\_\_ a rappelé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux présentait comme caractéristique principale le fait que le patient se plaignait de symptômes physiques et requérait des investigations médicales en dépit des bilans négatifs répétés. Le diagnostic de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme (F45) retenu par le Dr A\_\_\_\_\_ ne se trouvait d'ailleurs pas dans la CIM-10. Du reste, les constatations de l'expert correspondaient à une symptomatologie dépressive et non à un trouble somatoforme douloureux. L'assurée avait déjà fait l'objet de soins spécifiques pour son trouble dépressif en 1997, soit avant que le diagnostic de fibromyalgie ne soit posé. Enfin, le Dr V\_\_\_\_\_ émettait des doutes concernant les diagnostics et l'atteinte à la santé de 30% retenus par le Dr A\_\_\_\_\_. Le 27 janvier 2010, l'intimé a rendu une décision confirmant sa proposition du 27 octobre 2009. Par courrier du 5 février 2010, le Dr V\_\_\_\_\_ a maintenu les termes de son courrier du 25 novembre 2009 et a rappelé que sa patiente ne s'était jamais plainte au premier plan de symptômes physiques, insistant pour effectuer des investigations médicales. Le 11 février 2010, Madame G\_\_\_\_\_ et Monsieur H\_\_\_\_\_, docteurs en psychologie, ont établi un compte rendu de thérapie, selon lequel la symptomatologie dépressive de l'assurée était sévère. Par recours du 22 février 2010, l'assurée a contesté la décision précitée. A l'appui de sa position, elle fait valoir que l'expertise du Dr A\_\_\_\_\_ ne dispose d'aucune valeur probante, l'expert posant un jugement hésitant, et se détachant des avis de quatre spécialistes sans donner d'explication. La recourante conclut ainsi à l'audition du Dr V\_\_\_\_\_ et à la réalisation d'une expertise judiciaire. Cela fait, elle sollicite l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> avril 2010, l'intimé considère que les divers avis médicaux ne permettent pas de conclure à l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave telle que requise par le jurisprudence pour admettre la présence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant. Pour l'OAI, les médecins traitants procèdent à une évaluation différente d'une même situation stable sans réelle détérioration objective de l'état de santé de la recourante. Par courrier du 23 juillet 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et leur a soumis la mission d'expertise. Il leur a octroyé un délai afin qu'elles puissent faire part des questions supplémentaires qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert psychiatre. Le 3 août 2010, l'intimé estime que si le diagnostic de fibromyalgie doit être investigué, la mission d'expertise doit comporter une question formulée de manière non univoque sur l'existence ou non d'une telle atteinte. Il souhaite en outre que la question e) fasse référence à un « trouble thymique » et non à un « état dépressif majeur ». De son côté, la recourante demande que le point e) soit complété de la manière suivante : « en cas de diagnostic de dépression l'épisode de dépression est-il unique ou récurrent ? quel est le pronostic ? en cas de reconnaissance d'une incapacité de travail, est-elle due à la dépression ou à une autre maladie ». Elle indique également que le diagnostic de fibromyalgie est contesté et que la question h) devrait être formulée de la manière suivante « en cas de diagnostic de fibromyalgie ». EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des

assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 27 janvier 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de novembre 2006 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329 ). Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité, singulièrement si l'expertise du Dr A\_\_\_\_\_ dispose d'une valeur probante suffisante pour permettre à l'intimé de rejeter la demande de prestations formulée par la recourante. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ). Il y a lieu de préciser que dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65 ), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Il convient également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 ). Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352 ). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les

manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant

c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). b) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité se fondant sur le rapport d'expertise du A \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2009, lequel a retenu le diagnostic de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme (F45), ayant une répercussion sur la capacité de travail, à raison de 30%. Il a en outre posé les diagnostics de trouble anxieux sans précision (F41.9) et de personnalité dépendante (F60.7) comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Dans le cas d'espèce, l'expertise du Dr A \_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment crédible pour que le Tribunal de céans puisse suivre ses conclusions, sans avoir de doute sur la solution adoptée. En effet : Le Dr A \_\_\_\_\_ se contredit tout d'abord sur un point important: la date à laquelle le premier épisode dépressif est apparu. En effet, en page 11 de l'expertise, ce praticien a indiqué qu'il retenait du dossier médical que le premier épisode dépressif remontait à 1997

et qu'un traitement antidépresseur était alors nécessaire. Toutefois, en page 20 de ce même rapport, il a précisé qu'il lui semblait que la recourante avait développé les signes et les symptômes d'un état dépressif après le diagnostic de fibromyalgie et que la patiente elle-même reconnaissait ne jamais avoir été dépressive ni avoir souffert de tristesse avant 2002. Or, la date d'apparition du premier épisode dépressif peut le cas échéant jouer un rôle dans l'appréciation du caractère réactif du syndrome dépressif. L'expertise du 28 septembre 2009 est en outre lacunaire. En effet, elle ne tient tout d'abord pas compte du séjour de la recourante à la Clinique genevoise de Montana du 16 janvier au 5 février 2007. Par ailleurs l'expert indique que le handicap est d'environ 30%, "l'assurée étant limitée tout de même lorsqu'elle regarde la télévision, par exemple, ne pouvant retenir ce qu'elle observe; il y a également des troubles de la mémoire et du sommeil". La capacité ainsi retenue semble correspondre à sa capacité à effectuer les travaux habituels et non à la capacité de travail de la recourante dans son activité d'employée d'entretien. L'expertise ne contient par ailleurs aucune explication sur les raisons qui ont conduit le Dr A \_\_\_\_\_ à retenir une incapacité de travailler de 30% dans l'activité habituelle de la recourante. Si l'expert a certes examiné la compliance de la recourante avec la médication, il n'en demeure pas que le rapport d'expertise n'indique pas si c'est le Dr A \_\_\_\_\_ lui-même, et dans l'affirmative, à quelle date ces mesures ont été effectuées. En outre, le Tribunal de céans s'étonne que le médecin mandaté par l'OAI n'ait pas été en mesure d'effectuer le dosage plasmatique du Wellbutrin, dont le principe actif est le Bupropion, alors que le Dr V \_\_\_\_\_ a réalisé le dosage plasmatique de ce médicament. Il n'est ainsi pas possible de savoir si la recourante suivait le traitement médical prescrit et si celui-ci était adéquat. De surcroît, le rapport du Dr A \_\_\_\_\_ est difficilement compréhensible lorsqu'il mentionne les limitations physiques et psychiques. Si la recourante présente certes de la fatigue et des douleurs partout dans le corps, ou encore une tristesse, un trouble de la concentration et de la mémoire, des idées suicidaires ou des troubles du sommeil, l'expert n'explique pas pour quelles raisons ces limitations entraînent une incapacité de travail de 30% dans l'activité professionnelle habituelle. Enfin, le Dr A \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme (F45), sans expliquer les raisons pour lesquelles il se distancie des diagnostics de quatre spécialistes, les Drs W \_\_\_\_\_, DALLON-S \_\_\_\_\_, T \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_, qui retiennent tous un épisode sévère. Cet expert retient également un trouble somatoforme et non une fibromyalgie, alors que ce dernier diagnostic a été posé par le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en affections rhumatologiques, ainsi que par le SMR dans un rapport du 23 mars 2006, qui remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître pleine force probante comme cela a été confirmé par le Tribunal de céans dans son arrêt rendu le 14 novembre 2006 ( ATAS/1026/2006 ). Or, les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme font l'objet d'une classification différente dans la CIM-10. Quant au Dr V \_\_\_\_\_, il a certes mentionné l'existence d'un trouble somatoforme dans son rapport du 5 mai 2009, mais il est revenu sur ce diagnostic et l'a expressément exclu dans ses courriers des 25 novembre 2009 et 5 février 2010, retenant même le diagnostic de fibromyalgie dans son premier courrier. S'il est vrai que le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie sont traités de manière identique sur le plan juridique, il n'en demeure pas moins que la différence de diagnostic fait douter le Tribunal de céans de la solidité des conclusions du Dr A \_\_\_\_\_. Fort des considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère que le rapport du Dr A \_\_\_\_\_ ne remplit pas les conditions

jurisprudentielle permettant de lui reconnaître une entière valeur probante. Pour l'ensemble de ces motifs, le Tribunal de céans se voit contraint d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée. L'expertise sera ainsi confiée au Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel devra prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné l'assurée. Il sera encore précisé que le diagnostic de fibromyalgie, trouble rhumatologique, a été posé par le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et par les Drs P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_, experts du SMR, dans leur rapport du 23 mars 2006, auquel une pleine valeur probante a été reconnue le 14 novembre 2006 ( ATAS/1026/2006 ). Par ailleurs, ce diagnostic a, à maintes fois, été repris tant par le SMR que par la recourante et il n'a jamais été contesté. La mise en œuvre d'un volet rhumatologique dans le cadre de l'expertise n'apparaît pas nécessaire et la question h) ne sera par conséquent pas modifiée. En outre, le Tribunal de céans relève que la question f) porte sur les conséquences sur la capacité de travail de chaque diagnostic retenu de sorte qu'il n'y a pas lieu de compléter la question e) en la faisant porter sur cette même capacité de travail. Enfin, la question k) traite de manière générale du pronostic, donc également en cas de diagnostic de dépression, de sorte qu'il n'y a pas lieu de faire porter la question e) sur ce point. En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour éventuelle récusation de l'expert, ensuite de quoi la présente ordonnance lui sera communiquée. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame F \_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles, notamment après avoir pris contact avec la Dresse S \_\_\_\_\_ ainsi que les Drs V \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_, et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quelles sont les plaintes de l'assurée ? Quelles sont les constatations objectives ? Quels sont les diagnostic(s) ou diagnostics différentiels selon la classification internationale? Depuis quelle date existent-ils ? Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? En cas de trouble thymique, quand un tel état est-il apparu pour la première fois? S'il s'agit d'un état dépressif majeur, est-il unique ou récurrent ? Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assurée en pour-cent ? Quelle est l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail entre 2006 et 2010 ? En ce qui concerne la fibromyalgie: Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, sous quelle forme et de quel degré (faible, moyen, grave) ? Existe-t-il des affections corporelles chroniques ? Existe-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? L'assurée subit-elle une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration et celles sans perte d'intégration)? Existe-t-il chez l'assurée un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? Constatez-vous un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement) ? L'assurée suit-elle un traitement adéquat ? Dans la négative, quel est le traitement indiqué ? Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle surmonte ses douleurs et qu'elle réintègre le monde du travail ? Si oui, quelle est l'activité adaptée exigible ? Dans une telle activité, existe-t-il une diminution de rendement et dans quelle mesure ? Existe-t-il une

surestimation des plaintes en vue d'obtenir un bénéfice secondaire ? La limitation partielle ou totale de la capacité de travail prend-elle en considération des facteurs psychosociaux et socio-culturels ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ? Quelles sont les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. Pronostic. Toute remarque utile et proposition de l'expert. Commet à ces fins le Dr Pierre SINDELAR, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ; Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé ; Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans ; Réserve le fond. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Nicole WENGER 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.