

GE_GERICHTE A/797/2011 vom 14. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_797_2011

FR: GE_GERICHTE A/797/2011 du 14 juin 2011

IT: GE_GERICHTE A/797/2011 del 14 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame L _____, domiciliée à Versoix, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame L _____ (ci-après l'assurée), ressortissante brésilienne née en 1967, a travaillé en tant qu'employée de maison jusqu'en 2001. Elle s'est par la suite consacrée à son ménage et à l'éducation de sa fille, née en 2002. L'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) le 7 septembre 2009, indiquant souffrir de fibromyalgie et de dépression depuis 15 ans. L'assurée a consulté la Dresse A _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie le 30 septembre 2008. Dans son rapport daté du lendemain, cette dernière a brièvement relaté les plaintes de l'assurée. Elle a relevé qu'hormis une sécheresse oculaire isolée, aucun argument n'évoquait un rhumatisme inflammatoire ou une connectivite. La mobilisation de toutes les articulations était douloureuse et la palpation de toutes les loges musculaires sensible. L'assurée présentait 16 points de fibromyalgie douloureux à la palpation sur 18. L'examen neurologique avait mis en évidence une hypoesthésie diffuse de tout l'hémicorps droit isolé. L'anamnèse et l'examen clinique évoquaient en premier lieu un syndrome douloureux somatoforme persistant de type fibromyalgie, s'inscrivant dans le contexte d'un état dépressif paraissant sévère. Un traitement anti-dépresseur avait été discuté avec l'assurée, et devrait être prescrit le cas échéant par son médecin traitant. Dans un rapport du 4 novembre 2009, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant de type fibromyalgie, d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 32.2) et d'état de stress post-traumatique chronique (F 43.2), en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci souffrait également d'obésité morbide, sans incidence sur sa capacité de travail. Le Dr B _____ a précisé qu'il suivait l'assurée depuis mai 2008. Sa symptomatologie douloureuse et dépressive avait débuté alors qu'elle travaillait dans une famille de diplomates qui l'exploitait et la maltraitait. Par la suite, son mariage avec un homme agressif, manipulateur et violent avait contribué à la détérioration de son état de santé. L'assurée se plaignait de douleurs diffuses, s'aggravant avec les changements de temps, de symptomatologie douloureuse constante sans amélioration malgré les différents antalgiques proposés, de maux de tête, de paresthésies, de gonflements des bras, des avant-bras et des mollets. Du point de vue psychologique, l'assurée se plaignait de fatigue, d'anxiété, de baisse de la libido, de pessimisme, de tristesse, de diminution de l'appétit, de troubles du sommeil, de perte de plaisir, de retrait social, d'hyperactivité neurovégétative, d'agitation, d'attaques de panique, de reviviscences, de troubles de la concentration, de dysfonctionnement social, d'irritabilité, de nervosité et de troubles mnésiques. Le médecin a

indiqué, s'agissant du status ostéo-articulaire, que la mobilisation de toutes les articulations était douloureuse, sans limitation fonctionnelle ni signe inflammatoire. La palpation de toutes les loges musculaires était sensible, et 16 points de fibromyalgie présents. L'activité habituelle ne pouvait plus être exercée et le rendement était réduit. Le Dr B _____ a préconisé une reprise de la psychothérapie. Par jugement du 11 février 2010, le divorce de l'assurée a été prononcé. Dans un rapport du 23 février 2010, le Professeur C _____, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics d'état dépressif grave chronique et d'insertionite diffuse depuis environ 1990, avec répercussions sur la capacité de travail, ainsi que d'excès pondéral depuis 2000. L'incapacité de travail était totale et l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée. Le pronostic était très réservé en raison de la dépression chronique et des douleurs diffuses. Ce spécialiste a indiqué à titre de limitations fonctionnelles des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi qu'une résistance restreinte. L'assurée se plaignait de céphalées, de faiblesse et de douleurs de l'hémicorps droit. L'examen a révélé que la marche était relativement aisée, sans boiterie malgré un important varus des deux jambes. L'épreuve de Romberg était stable. La palpation des points sus- et sous-orbitaires, temporaux et au regard des articulations temporo-mandibulaires provoquait de violentes douleurs. La moindre pression sur les trapèzes, les sterno-cléido-mastoïdiens, dans la région des plexus brachiaux, au niveau des biceps, triceps, épicondyles, des poignets et à la face interne des cuisses et des mollets était également douloureuse. Après un examen neurologique complet, le médecin a conclu son rapport comme suit: " Nous avons une patiente qui a malheureusement eu une vie extrêmement difficile et pénible. Elle a probablement été exploitée. Il y a une surcharge pondérale, des troubles statiques avec un varus important des jambes, des douleurs diffuses compatibles avec une insertionite. Je lui ai expliqué que la fibromyalgie n'est pas une maladie mais un syndrome et qu'il ne faut surtout pas en parler pour un dossier AI car cela est refusé d'emblée. Il faut plutôt estimer qu'elle a un état anxio-dépressif grave." Dans un rapport du 9 mars 2010, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué qu'il avait suivi l'assurée de décembre 2006 à juin 2007. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F 32.1), de fibromyalgie et de troubles du sommeil, ces deux dernières atteintes n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Il a noté qu'au moment du traitement, celle-ci présentait depuis quelques mois une tristesse et des pleurs, mais que le pronostic était favorable du point de vue psychiatrique et que son état psychique ne justifiait alors aucune incapacité de travail. Dans un rapport du 22 mars 2010, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine générale, qui avait traité l'assurée de 1998 à 1999, a indiqué que les diagnostics alors posés étaient ceux de fibromyalgie, de dépression chronique et d'obésité, seules les deux premières atteintes ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée, qui était alors de 70 %. Dans son avis du 21 septembre 2010, la Dresse F _____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a noté que l'assurée présentait depuis une quinzaine d'années un état anxio-dépressif associé à une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux, décompensé depuis 2008 en raison d'un divorce conflictuel. Elle a préconisé un examen bisdisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Cet examen rhumatologique et psychiatrique a été réalisé par les Drs G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et H _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation, qui ont rendu leur rapport le 13 octobre 2010. Après avoir pris connaissance du dossier médical de l'assurée, qu'ils ont complété en réalisant plusieurs radiographies, les médecins ont retracé son anamnèse. L'assurée a ainsi raconté sa vie professionnelle, notamment les conditions de travail chez la

famille de diplomates qui l'avait employée jusqu'en 1987. Elle a également décrit des relations difficiles durant son enfance avec son frère aîné et sa mère. Elle indiquait avoir également subi de nombreuses humiliations de la part de son mari, qui l'avait harcelée. Ses plaintes étaient les suivantes : douleurs quotidiennes diffuses de l'hémicorps droit, touchant tout le bras, la fesse, la cuisse latérale droite, la cheville droite; douleurs du membre supérieur gauche en cas de douleurs très importantes au bras droit; douleurs diffuses de la nuque jusqu'au bas du dos, les douleurs survenant aussi souvent la nuit et induisant un dérouillage matinal durant 30 minutes. Certains matins, elle ne pouvait se lever en raison des douleurs. Elle a également signalé qu'elle avait le bras et l'épaule droits gonflés. Ces symptômes avaient commencé quelques mois après son arrivée en Suisse en 1985, et étaient depuis stationnaires. La vaisselle provoquait des douleurs cervicales et les attitudes en porte-à-faux déclenchaient des douleurs du bas du dos. L'assurée ne pouvait porter de charges à droite et ne pouvait conduire plus de 30 minutes en raison de douleurs du membre inférieur droit. Elle s'est déclarée incapable de reprendre une activité d'employée de maison, ayant de la peine à faire son propre ménage et devant fractionner les tâches. Elle prenait du Dafalgan® une à deux fois par semaine si les douleurs étaient très intenses. Au plan psychiatrique, l'assurée se plaignait d'une sensation de fatigue permanente et de cauchemars itératifs une fois par mois. Sa fille lui donnait cependant de l'espoir. Lors de l'examen clinique, le Dr H_____ a noté que l'assurée avait toléré sans difficultés la position assise pendant les trente minutes de l'entretien. Les transferts assis/debout étaient rapides, les transferts coucher/assis ralentis. L'examen neurologique ne montrait pas d'atteinte radiculaire périphérique. L'expert n'a pas retrouvé d'hypoesthésie de l'hémicorps droit. Du point de vue articulaire, la mobilité de la nuque était dans les normes, sans syndrome rachidien cervical, l'assurée éprouvant toutefois des douleurs diffuses sans contracture à la palpation du côté gauche. Elle avait d'importantes difficultés à amener son bras droit à 80° d'abduction et il n'était pas possible de dépasser les 110° en passif en raison d'importantes douleurs et de contrepulsions. La mobilité des coudes était complète mais déclenchait à droite des douleurs diffuses du bras et des douleurs du rachis. L'assurée décrivait une tuméfaction de l'avant-bras droit, cette impression augmentant en fin d'examen. L'expert constatait une différence de périmètre d'un cm avec une tension cutanée un peu plus marquée à droite, cette particularité n'expliquant toutefois pas les douleurs diffuses ressenties au niveau du bras. Au niveau du rachis, l'expert a constaté des troubles statiques sous forme de relâchement de la sangle abdominale, d'une hypercyphose dorsale ainsi qu'une légère scoliose dorsale à convexité gauche. Les radiographies du rachis de juin 2003 montraient des troubles statiques sous forme d'une hyperlordose, avec des espaces conservés et un début d'ostéophytose du pied de la sacroiliaque traduisant un début d'arthrose à ce niveau, ce qui constituait une pathologie banale n'expliquant pas les symptômes de l'assurée. Au niveau dorsal moyen, les radiographies de 2003 révélaient des signes de discopathie débutante en D4-D5 et D5-D7 ainsi qu'un minime pincement en C4-C5, sans signe de macro-instabilité. Les radiographies réalisées en complément à l'expertise ne montraient pas d'évolution notoire au niveau cervical ou lombaire, les discrets troubles dégénératifs étant dans les normes pour une femme de 43 ans et n'expliquant pas les symptômes. Au niveau lombaire, la mobilité était complète sans contracture paravertébrale, bien que l'assurée décrive la sensation d'avoir un clou enfoncé au bas du dos ainsi que des douleurs diffuses sur tout le rachis dorsolombaire, prédominant au niveau cervical haut et lombaire bas. Il n'y avait pas de sciatalgies irritatives. La mobilité des hanches était légèrement limitée en flexion par une douleur diffuse du rachis à droite et une

douleur lombaire à gauche. Au niveau des genoux, il existait un trouble statique avec un genu valgum de 11 cm malgré une mobilité complète, qui entraînait toutefois à droite une douleur de la fesse irradiant jusque dans la tête et la palpation était douloureuse sur les deux compartiments, prédominant sur le compartiment interne. Le Dr H _____ n'a pas exclu l'existence d'un trouble dégénératif secondaire sur le genou compte tenu de l'obésité et du trouble statique, qui n'expliquerait toutefois pas les douleurs de la face latérale de la cuisse décrites par l'assurée. Il n'y avait pas d'évidence d'arthrite tant aux niveaux supérieurs qu'inférieurs et les radiographies des genoux effectuées ne confirmaient pas la suspicion clinique de surcharge du compartiment interne droit. L'assurée présentait une diminution du seuil de tolérance à la palpation mais uniquement du côté droit, avec sept points de Smythe positifs du côté droit et un seul point douloureux du côté gauche. La situation avait donc évolué depuis la consultation de la Dresse A _____, puisque cette dernière avait fait état de 16 points positifs sur 18, c'est-à-dire forcément bilatéraux. L'examen du Pr C _____ de février 2010 avait aussi mis en évidence des douleurs bilatérales. Sur le plan sémiologique, le diagnostic de fibromyalgie devait être écarté puisqu'il nécessitait d'avoir des symptômes bilatéraux tant à l'anamnèse qu'à la palpation avec 11 points de Smythe positifs sur 18. Le Dr H _____ a ainsi retenu un syndrome douloureux de l'hémicorps droit, sans substrat organique. Au plan psychiatrique, le Dr G _____ a noté en préambule qu'aucune attitude antalgique n'était observée pendant l'entretien de deux heures, mais que l'assurée avait eu de la difficulté à se lever à l'issue de cet entretien. L'expert a noté que des douleurs de l'hémicorps droit, associées à une pathologie psychiatrique étaient apparues dès le début des années 1990, justifiant une prise en charge spécialisée pendant environ six mois, associée à un traitement médicamenteux sous forme de Fluctine® et Xanax®. L'assurée avait à nouveau consulté un psychiatre après sa séparation en 2005, car elle était à cette époque harcelée et maltraitée par son mari, comme elle l'avait été par la famille dans laquelle elle travaillait quelques années plus tôt. Le diagnostic alors retenu par le Dr D _____ était un épisode dépressif moyen. L'assurée n'avait pas revu de psychiatre depuis. Elle ne prenait plus que du Surmontil® 55, ayant arrêté le Cymbalta® et le Trittico® en accord avec son médecin. Cette diminution importante du traitement médicamenteux confirmait l'amélioration de l'état de l'assurée depuis le mois de novembre 2009, date du rapport de son médecin traitant. Le discours de l'assurée était cohérent, sans troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire mais avec un discret ralentissement du cours de la pensée. Il n'y avait pas de signes de la série psychotique, ni trouble phobique ou obsessionnel. Il n'y avait pas non plus de trouble de la personnalité. La thymie était légèrement abaissée, il existait une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. L'assurée avait confiance en elle mais présentait des idées de culpabilité sans objet. Elle ne souffrait plus d'idées noires depuis la naissance de sa fille, après avoir subi ce genre de pensées au début des années 1990. L'appétit était globalement conservé. Il existe une anxiété de fond continue, et le seuil de tolérance au stress était abaissé mais il n'y avait pas de symptomatologie anxieuse type crise de panique. L'expert psychiatre n'a retrouvé qu'un syndrome dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant devait être écarté, le critère diagnostique du sentiment de détresse étant absent. S'agissant de l'état de stress post-traumatique chronique diagnostiqué par le Dr B _____, il ne pouvait par définition pas être retenu car une telle atteinte évoluait vers la guérison en deux ans tout au plus. Seule une modification durable de la personnalité pourrait être prise en compte, mais les critères diagnostiques n'étaient en

l'espèce pas réunis. En conclusion, les experts ont posé les diagnostics de syndrome douloureux de l'hémicorps droit sans substrat organique, d'obésité de classe III, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10) et d'anxiété généralisée d'intensité moyenne, ces atteintes étant sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. Les éléments objectivables de l'examen somatique, psychiatrique, et des examens complémentaires ne montraient pas de limitations fonctionnelles durables. Tant sur le plan somatique que psychiatrique, la capacité de travail était complète en tant qu'employée d'entretien et aide familiale. Dans un avis du 20 décembre 2010, la Dresse F _____ a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail complète sans interruption du travail durable dans son activité habituelle depuis 1992. Le 22 décembre 2010, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, aux termes duquel celle-ci n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel ou une rente, compte tenu de la capacité de travail complète retenue à l'issue de l'examen rhumatologique et psychiatrique. L'assurée a contesté le projet de décision par courrier du 1^{er} février 2011, invoquant une capacité de travail nulle. Elle a requis un complément d'instruction, notamment au plan psychiatrique, et demandé que ses médecins traitants soient interrogés. Par décision du 15 février 2011, l'intimé a confirmé la teneur de son projet de décision. Il a relevé que l'assurée n'amenait aucun élément nouveau permettant de revenir sur l'évaluation de sa capacité de travail et a écarté la requête de mesures d'instruction en faisant valoir que l'assurée avait déjà été soumise à un examen psychiatrique. Le 17 mars 2011, l'assurée (ci-après la recourante) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé), en concluant sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Interpellé par le conseil de la recourante sur les conclusions de l'expertise, le Dr B _____ lui a répondu par courrier du 24 mars 2011 que quels que soient la terminologie et les critères diagnostiques utilisés, la recourante se trouvait en grande souffrance physique et psychique, ce qui la rendait incapable de travailler. Il a souligné s'agissant de l'état de stress post-traumatique que le manuel psychiatrique DSM-IV ne faisait pas référence à une durée de guérison de deux ans au maximum, de sorte que ce diagnostic pouvait parfaitement être posé car le manuel DSM-IV ayant la même valeur que la classification CIM-10 utilisée par le psychiatre examinateur. La recourante a complété son recours par écriture du 18 avril 2011, en concluant sous suite de dépens à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et au versement d'une rente d'invalidité. Elle relève qu'aucun rapport du médecin généraliste qui l'a suivie jusqu'en février 2008 et lui a prescrit de nombreux médicaments n'a été versé au dossier. Elle conteste le volet psychiatrique et la valeur probante de l'expertise en se référant à l'avis du Dr B _____. Elle relève que l'examen psychiatrique n'a duré que 45 minutes et que l'expert psychiatre lui a posé des questions qu'elle ne considérait pas pertinentes. Cet examen a encore été compliqué par le fait qu'elle n'a pas l'habitude de se confier à un médecin qu'elle ne connaît pas. A titre d'exemple, elle indique qu'elle a été gênée par les questions de l'expert sur sa libido et qu'elle s'est sentie obligée de lui répondre qu'elle éprouvait encore du désir, alors qu'elle n'a plus de vie sentimentale depuis plusieurs années. Elle conteste certaines indications contenues dans l'expertise, notamment la durée du dérouillage matinal mentionnée qui ne tient pas compte du fait qu'elle est incapable de se lever certains jours. Elle considère le rapport incomplet dès lors qu'il n'indique pas la fréquence des humiliations qu'elle a subies tant auprès de ses employeurs qu'avec son ex-époux, et que les difficultés médicales rencontrées par sa fille ne sont pas non plus abordées par l'expert. Elle prétend également que si elle a pu exécuter certains mouvements sans difficulté selon les constatations des experts, c'est parce qu'elle a pris avant et pendant

l'entretien des antalgiques, sans que l'expert ne s'en rende compte, afin de "tenir le coup et éviter de se plaindre". Elle fait grief à l'expert psychiatre d'avoir écarté sans motivation l'existence d'un stress post-traumatique chronique. Elle se dit enfin choquée de voir ses souffrances banalisées par les experts. Par réponse du 16 mai 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il allègue que l'expertise réalisée est complète, et que l'anamnèse ne doit pas retracer le récit de la vie d'un assuré mais ses antécédents médicaux. Il souligne que la conduite de l'expertise est laissée au choix du médecin. L'intimé conteste que la durée de l'expertise soit un critère pour déterminer sa valeur probante. Il considère que l'expertise des Drs G _____ et H _____ remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, et qu'un complément d'instruction s'avère dès lors inutile. Copie de cette écriture a été adressée à la recourante par pli du 16 mai 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. La LPGA est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances

sociales (cf. art. 61 let. c 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 , consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2 ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 , consid. 4b; ATF 122 V 157 , consid. 1d). Il convient de se pencher sur la valeur probante de l'expertise et d'examiner les griefs de la recourante à l'égard de celle-ci et de l'instruction de son dossier. a) L'expertise réalisée par les Drs H_____ et G_____ satisfait entièrement aux critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le rapport de ces médecins se fonde en effet sur l'étude du dossier médical de la recourante, contient une anamnèse détaillée, relate les plaintes de la recourante et a été établi sur la base d'examens cliniques particulièrement minutieux, complétés par un examen radiologique. De plus, leurs

conclusions sont claires et convaincantes. b) S'agissant de l'examen psychiatrique, la Cour de céans relève que le Dr G_____ indique que l'entretien a duré deux heures et non pas 45 minutes, comme l'allègue la recourante. Quoiqu'il en soit, il ne s'agit pas là d'un élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non, comme le souligne à juste titre l'intimé. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006, consid. 2.3). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). De plus, s'il est souhaitable que la durée de l'entretien soit expressément mentionnée dans l'expertise, l'absence de cette indication n'est pas déterminante s'il n'existe aucun indice qui laisse supposer que le rapport d'expertise est lacunaire (ATF 9C_531/2007 du 3 juin 2008, consid. 2.2.4.). Tel n'est pas le cas du rapport du Dr G_____, qui discute les diagnostics posés par les autres médecins consultés par la recourante, tient compte des plaintes de cette dernière, et qui motive ses conclusions en se fondant sur les symptômes et ses observations cliniques. S'agissant en particulier du stress post-traumatique, l'expert psychiatre a écarté ce diagnostic en raison de l'absence de critères de modification durable de la personnalité, de sorte que sa conclusion sur ce point est motivée, contrairement à ce qu'allègue la recourante. On soulignera de plus que le Dr G_____ relate le parcours de la recourante de manière complète, puisqu'il signale notamment les difficultés rencontrées par celle-ci avec ses employeurs et son ex-époux. On ne peut d'ailleurs considérer que son expertise est incomplète au seul motif que le passé de la recourante est résumé. Il convient de rappeler qu'une expertise médicale est réputée incomplète lorsqu'elle omet de répondre aux questions posées ou qu'elle ne tient pas compte d'éléments essentiels d'ordre médical ou de constatations objectives (ATF I 568/06 du 22 novembre 2006, consid. 5.1). En revanche, la jurisprudence n'exige pas qu'une biographie complète de la personne examinée figure dans l'expertise. On voit au demeurant mal en quoi l'historique détaillée de la recourante serait déterminante pour les résultats de l'expertise. En effet, si l'apparition de certains troubles psychiques peut très certainement être favorisée par certains événements douloureux ou pénibles, un passé malheureux ne suffit pas pour autant à conclure à l'existence de telles atteintes en l'absence de symptômes et de constats objectifs en ce sens. La recourante évoque également la difficulté à se confier à un médecin qu'elle ne connaît pas et prétend que par gêne, elle a répondu de manière inexacte aux questions qui lui ont été posées, ce qui a faussé l'expertise et justifie la mise en œuvre d'un nouvel examen psychiatrique. Cet argument ne résiste cependant pas à l'examen. En effet, il n'est pas établi que les déclarations erronées aient eu une influence déterminante sur les conclusions de l'expert, qui doit avant tout se fonder sur les symptômes et ses constats objectifs. Même à supposer que tel soit le cas, la Cour de céans rappelle qu'aux termes de l'art. 43 al. 2 LPGA, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. Une expertise fait partie des examens raisonnablement exigibles (Ueli KIESER, op. cit., n. 44 ad art. 43 ; ATF I 988/06 du 28 mars 2007, consid. 4.2). Or, si l'assuré refuse de collaborer à l'instruction – par exemple en refusant de se soumettre à l'expertise ou de répondre à certaines questions, l'assureur est en droit de se prononcer en l'état du dossier (cf. art. 43 al. 3 LPGA). Partant, si la recourante a effectivement fait de fausses déclarations - ce qui doit être assimilé à un refus de collaboration - elle devrait en subir les éventuelles conséquences.

Par ailleurs, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2 ; ATF 121 V 45 , consid. 2a). Ainsi, les déclarations fondamentalement différentes que la recourante pourrait faire dans le cadre d'une deuxième expertise ne pourraient de toute façon pas être prises en compte en vertu de ce principe. En outre, on voit mal en quoi une nouvelle expertise permettrait de résoudre les difficultés liées aux inhibitions de la recourante, puisqu'elle serait par définition à nouveau confrontée à un médecin qu'elle ne connaît pas. Enfin, on notera ici que la recourante ne fait pas valoir que ses réponses et son attitude lors de l'expertise psychiatrique auraient été causées par un comportement inadéquat du Dr G _____, ce qui pourrait à certaines conditions justifier la mise en œuvre d'un nouvel examen. Pour le surplus, s'agissant de la pertinence des questions posées par le psychiatre, remise en cause par la recourante, on rappelle que les modalités de l'examen clinique et le choix des examens complémentaires sont laissées au libre arbitre de l'expert, dans les limites du mandat qui lui a été confié (ATF 9C_538/2009 du 8 janvier 2010, consid. 3.3). Ce grief doit donc également être écarté. c) S'agissant du volet rhumatologique de l'expertise, la recourante affirme également qu'il a été faussé par la prise de médicaments anti-douleurs avant et pendant l'examen. Cet argument tombe cependant à faux. Il ne paraît en effet guère vraisemblable que la recourante ait pu ingérer des antalgiques durant l'entretien et l'examen avec le Dr H _____ sans que celui-ci ne s'en rende compte, et on comprendrait mal pourquoi elle l'aurait fait. En effet, la recourante ne pouvait ignorer l'incidence des conclusions de l'expertise sur l'octroi de la rente à laquelle elle prétendait, et il est dans ces conditions peu crédible qu'elle ait cherché à minimiser ses troubles lors de cet examen. Quoi qu'il en soit, même si la recourante avait manifesté des douleurs plus intenses lors de l'examen du Dr H _____, cela n'aurait pas modifié les conclusions de l'expertise. En effet, le rhumatologue n'a pas trouvé de substrat organique expliquant les plaintes. Or, des douleurs alléguées en l'absence d'observations médicales concluantes sur le plan somatique ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle (ATF du 29 septembre 2008, 9C_405/2008 , consid. 3.2). d) La recourante allègue également que l'instruction de son dossier est incomplète dans la mesure où aucun rapport de son médecin traitant jusqu'en 2008 n'a été versé au dossier. Ce raisonnement ne peut être suivi. En effet, comme le démontre l'anamnèse figurant dans l'expertise des Drs G _____ et H _____, l'historique médical de la recourante a pu être retracé. De plus, la question n'est pas de savoir si la recourante a subi des troubles invalidants par le passé mais s'il existe une incapacité de gain persistant depuis une année au moins au moment de la décision. e) Enfin, s'agissant des rapports du Pr C _____ et des Drs A _____ et B _____, ils ne suffisent pas non plus à renverser les conclusions des experts. On notera d'abord que ces trois médecins posent des diagnostics de troubles psychiques alors qu'ils ne sont pas spécialisés en psychiatrie. Or, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF I 784/04 du 20 juin 2005, consid. 2.2). Pour ce motif déjà, les conclusions du Dr G _____ sur les atteintes psychiques de la recourante doivent l'emporter sur les diagnostics psychiatriques des médecins précités, qui sont respectivement

neurologue, rhumatologue et généraliste. On notera à cet égard que les conclusions du Dr G _____ sur la capacité de travail de la recourante rejoignent celles du Dr D _____, seul autre spécialiste en psychiatrie consulté. En outre, la formulation de la conclusion du Pr C _____ donne à penser qu'il a fait état d'un trouble anxiodépressif grave non en raison de la symptomatologie constatée, mais parce qu'il considérait que la recourante n'avait aucune chance d'obtenir la rente demandée en invoquant une fibromyalgie, et qu'il a adapté son diagnostic aux attentes de la recourante. Quant à la Dresse A _____, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante. Quant à l'existence du stress post-traumatique diagnostiqué par le Dr B _____, la Cour de céans relève en premier lieu que selon la définition de la classification CIM-10, ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. En l'espèce, le Dr B _____ n'indique pas quel serait l'élément déclencheur du stress post-traumatique, ce qui permet déjà de douter de la pertinence de ce diagnostic. De plus, contrairement à ce qu'indique ce médecin dans son avis du 24 mars 2011, si le délai de guérison dans les deux ans d'une telle atteinte articulé par le Dr G _____ ne figure pas dans le manuel DSM-IV, il ne s'agit pas non plus d'un critère établi par la CIM-10. On ne peut donc nier la pertinence du diagnostic de l'expert psychiatre au motif que la durée du décours de cette atteinte ferait l'objet d'une controverse doctrinale entre deux systèmes de classification de troubles psychiques. Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts, selon lesquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail. Partant, par appréciation anticipée des preuves, un complément d'instruction s'avère superflu. Mal fondé, le recours sera rejeté. La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il y a lieu de renoncer au paiement d'un émolument conformément à l'art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RSG E 5 10.03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à la perception d'un émolument. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER 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.