

GE_GERICHTE A/99/2011 vom 3. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_99_2011

FR: GE_GERICHTE A/99/2011 du 3 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/99/2011 del 3 maggio 2011

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame I _____, domiciliée à CHÂTELEINE, représentée par la Compagnie d'assurance de Protection juridique SA (CAP; Madame J _____) recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame I _____ (ci-après l'assurée), née en 1961, d'origine macédonienne, est arrivée en Suisse le 26 décembre 1991. Elle a travaillé à plein temps, en qualité de repasseuse, pour X _____ SA (anciennement XA _____ SA) de 1998 au 29 janvier 2010, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail. En date du 6 mars 2009, le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté à l'examen clinique que les talons de l'assurée se trouvaient en position de valgus physiologique, avec un pied plat valgus associé, ce qui occasionnait à l'intéressée des douleurs accompagnées de tatalgies bilatérales, peu soulagées par des supports plantaires. Ces tatalgies étaient « noyées » dans une problématique plus générale ressemblant fortement à une fibromyalgie. S'agissant de la tatalgie, le médecin a prescrit le port de supports plantaires spécifiques, très amortissants (pièce 14 intimé, p. 12). Le 17 juillet 2009, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), ont posé le diagnostic de douleurs chroniques des membres inférieurs. De leur rapport, il ressort que l'assurée se plaignait principalement de tatalgies bilatérales s'inscrivant dans un tableau de douleurs musculo-squelettiques plus diffuses avec positivité de la majorité des points de fibromyalgie. Les médecins ont exprimé l'avis que les tatalgies avaient probablement une composante nociceptive, par microtraumatismes apparus dans le cadre d'un emploi s'exerçant en position debout prolongée et associés à un excès pondéral ayant pu conduire à une atrophie du panicule adipeux ou à une fasciite plantaire. Sur le plan psychique, les médecins ont noté que l'assurée jugeait son moral non affecté par ses symptômes et qu'elle ne montrait que de rares symptômes dépressifs à l'échelle de Beck, notamment une fatigue importante et des troubles de l'endormissement (pièce 14 intimé, p. 15ss). Un examen neurologique avec électroneuromyographie (ENMG) des membres inférieurs effectué le 8 octobre 2009 par le Dr B _____ a montré une hypopallesthésie des membres inférieurs et une diminution des réflexes achilléens. Malgré tout, le médecin a conclu à un ENMG des membres inférieurs normal, sans signe en faveur d'une polyneuropathie. Au vu de la présence d'impatiences essentiellement vespérales et de sensations de chaleur et de brûlures nocturnes calmées par la marche, le médecin a émis l'hypothèse qu'il pourrait exister, outre la fibromyalgie, un phénomène des jambes sans repos (pièce 14 intimé, p. 17ss). En date du 27 avril 2010, un inspecteur des sinistres de l'assureur perte de gain s'est entretenu avec l'assurée, laquelle était assistée par sa fille qui faisait office d'interprète. L'inspecteur a décrit l'intéressée comme étant repliée sur elle-même, la tête basse tout au long de l'entretien, ne jetant pas un regard autour d'elle. Il a émis l'avis que la fibromyalgie dont

était atteinte l'assurée semblait invalidante attendu qu'elle ne sortait plus de chez elle - pas même pour faire des courses - et était très fatiguée, car réveillée toutes les nuits et les passant à se doucher ou se masser les jambes. Il a été noté que l'assurée était suivie tant par un rhumatologue que par un psychiatre (pièce 3 intimé, p. 15ss). Interrogé par l'assureur perte de gain, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a conclu, en date du 10 mai 2010, à un trouble somatoforme douloureux persistant, à un état dépressif sévère, à une gonarthrose bilatérale discrète modérée, à des tatalgies bilatérales, à des microtraumatismes dus à l'exercice d'un emploi impliquant une position debout prolongée et à un excès pondéral (BMI 31), à un possible phénomène de jambes sans repos et enfin, à un état variqueux bilatéral modéré. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 29 janvier 2010. Il a émis l'avis que l'assurée était principalement limitée pour des motifs d'ordre psychiatrique (pièce 14 intimé, p. 7ss). Le 11 mai 2010, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) en invoquant une fibromyalgie, une arthrose, un « mal au pied » et une dépression (pièce 1 intimé). Le 17 mai 2010, le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'assureur perte de gain qu'il avait retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a relevé les symptômes suivants : humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie, fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, altération de la capacité à penser et à se concentrer, perturbation du sommeil, multiples plaintes somatiques et symptômes anxieux. Il a décrit l'état psychique de l'assurée comme fluctuant d'une période à l'autre et estimé qu'il l'empêchait alors de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. L'évolution n'était pas favorable et le pronostic pas bon (pièce 14 intimé, p. 5ss). Dans un rapport établi le 27 mai 2010 à l'intention de l'OAI, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics mentionnés dans son rapport à l'assureur perte de gain. Il a fait état des symptômes suivants : troubles du sommeil, fatigue morale et physique, tristesse, angoisse, stress, manque de concentration avec troubles de la mémoire, perte d'envie d'accomplir ses tâches quotidiennes. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail et ce, pour une durée indéterminée (pièce 16 intimé). Le 31 mai 2010, le Dr E_____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a quant à lui conclu à des douleurs classiques des membres inférieurs présentes depuis 2008 et confirmé la totale incapacité de travail de l'intéressée dont il a indiqué qu'elle devait éviter les activités s'exerçant uniquement en position debout et/ou en marchant, les positions accroupie ou à genoux et les activités en hauteur (pièce 18 intimé). Le 1^{er} juin 2010, le Dr C_____ a posé les diagnostics suivants : trouble somatoforme douloureux persistant, état dépressif sévère, tatalgies bilatérales par microtraumatismes, probable phénomène des jambes sans repos et gonalgies bilatérales sur gonarthrose discrète modérée. Il a confirmé l'incapacité totale de l'assurée à travailler depuis le 29 janvier 2010 et a émis l'avis que l'intéressée était surtout limitée par son état psychiatrique et, dans une moindre mesure, par l'affection rhumatologique pure. Le médecin a souligné que ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que sa résistance étaient limitées. Il a également expliqué que, malgré le traitement instauré, l'état de l'assurée avait continué à s'aggraver : ses douleurs étaient devenues de plus en plus intenses et diffuses et elle avait commencé à se sentir de plus en plus triste et désespérée, avec l'envie de rester toujours seule. Sa symptomatologie douloureuse était désormais très étendue puisqu'elle touchait tout le rachis et toutes les articulations périphériques bien que l'assurée admette une légère diminution de ses douleurs aux niveaux des genoux et des pieds depuis son arrêt de travail. Le médecin a

préconisé une expertise multidisciplinaire (pièce 19 intimé). Interrogé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci avait travaillé en qualité d'employée de pressing du 1^{er} novembre 2001 jusqu'au 28 janvier 2010. Son activité consistait à repasser, de sorte que sa position de travail était la position debout. Son contrat de travail n'avait pas encore été résilié. Son salaire s'élevait en 2010 à 3'575 fr. par mois et à 42'900 fr. par année pour un horaire de 42.5 heures par semaine (pièce 21 intimé). Entendue par un collaborateur de l'OAI en juin 2010, l'assurée s'est plainte de fortes douleurs, surtout aux jambes, qu'elle a décrites comme de plus en plus insupportables au fil du temps. Elle a expliqué que, depuis son arrêt de travail, sa journée se structurait de la manière suivante : elle dormait et ne se levait que pour prendre des médicaments, ne faisait ni le ménage ni la cuisine et ne sortait pratiquement pas de chez elle. Le collaborateur de l'OAI a noté que l'assurée ne s'exprimait pas en français et qu'elle avait l'air "bien renfermée" sur elle-même. Il en a conclu qu'une mesure d'intervention précoce n'était pas susceptible d'être mise en place, attendu que l'assurée ne s'intéressait à rien et refusait d'entrer en relation (pièce 23 intimé). Le dossier de l'assurée a alors été soumis au service médical régional AI (SMR), et plus particulièrement à la Dresse F_____, qui a émis l'avis que l'assurée souffrait d'un trouble de l'adaptation (trouble anxieux et dépressif mixte) dans le cadre d'une fibromyalgie non invalidante. Le médecin a estimé inutile de mettre en place des mesures d'intervention précoce et préconisé d'essayer une reprise de l'activité auprès du dernier employeur avec l'aide d'un coach, alléguant qu'en cas de fibromyalgie, la reprise d'une activité était bénéfique (pièce 26 intimé). Par courrier du 14 juillet 2010, l'OAI a invité l'assurée à réfléchir à la possibilité de reprendre progressivement son activité de repasseuse et lui a proposé son soutien. Un délai à la fin du mois d'août lui était fixé pour se déterminer sur cette proposition (pièce 27 intimé). Le 22 octobre 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toutes prestations, motif pris que l'atteinte à sa santé ne pouvait être considérée comme invalidante (pièce 28 intimé). Le 1^{er} décembre 2010, l'OAI a rendu une décision formelle en ce sens. Par écriture du 14 janvier 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière, subsidiairement, à ce que lui soient octroyées des mesures d'ordre professionnel et une demi-rente ou à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante reproche au rapport du SMR sur lequel l'OAI fonde sa décision d'être trop sommaire et soutient que l'OAI aurait dû compléter ses investigations par la mise sur pied d'une expertise plus détaillée. Selon elle, l'avis du SMR, dans la mesure où il a été rendu sur la seule base des pièces médicales versées au dossier, sans examen rhumatologique ou psychiatrique, ne saurait être suffire, d'autant qu'il ne contient aucune anamnèse et que ses conclusions sont dénuées de toute motivation. La recourante soutient que les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie dont elle souffre sont remplies. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 31 janvier 2011, a conclu au rejet du recours. L'intimé relève que le diagnostic de fibromyalgie a été posé tant par le psychiatre traitant de la recourante que par son rhumatologue traitant, qu'il a également été évoqué par le Dr B_____, neurologue, le Dr A_____, chirurgien orthopédique, ainsi que par les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et du traitement de la douleur. Il en tire la conclusion que les avis de tous les spécialistes consultés concordent. Il relève par ailleurs qu'on ignore si l'assurée porte les supports plantaires qui lui ont été prescrits. L'intimé relève que le Centre multidisciplinaire d'étude et du traitement de la douleur n'a retenu que le diagnostic de douleurs chroniques des

membres inférieurs et que bien que le psychiatre de l'intéressée n'a jamais fait mention d'une dépression. Quant au Dr B _____, il a conclu à l'absence de toute neuropathie susceptible d'objectiver les douleurs. L'intimé rappelle que l'octroi de mesures de réadaptation est soumis à la condition que l'assurée soit susceptible d'être réadapté, c'est-à-dire qu'il soit objectivement, mais également subjectivement en état de les suivre avec succès. Or, en l'occurrence, l'intimé relève d'une part que son spécialiste en réadaptation a conclu à l'inutilité de telles mesures au motif que l'assurée ne s'intéressait à rien et refusait d'entrer en relation, d'autre part, qu'il a été proposé sans succès à l'assurée de reprendre son activité professionnelle avec le soutien d'un coach. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 24 février 2011, au cours de laquelle a été entendu le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr D _____, qui la suit depuis novembre 2009. Le témoin a confirmé qu'à son avis, les diagnostics à retenir sont ceux de trouble anxio-dépressif et de syndrome somatoforme persistant. Il a précisé que le premier était désormais plutôt de gravité moyenne que sévère, grâce à l'introduction du traitement antidépresseur, sans que l'on puisse toutefois vraiment parler d'amélioration, si ce n'est très discrète, l'état de l'assurée restant encore très fluctuant. Vu l'absence d'amélioration significative, le médecin a réservé son pronostic. Le témoin a émis l'avis que la recourante semble totalement incapable de remplir ses obligations professionnelles, ménagères ou mêmes sociales. Sur le plan du ménage, elle n'a aucune motivation si bien que ce sont son époux et sa fille cadette qui l'assument. D'après le Dr D _____, l'état psychique de la recourante est cristallisé. Par ailleurs, il dit avoir noté un net ralentissement psychomoteur. Sur question, le témoin a expliqué ses réserves du point de vue du pronostic par le fait que, même lorsque le trouble anxio-dépressif de sa patiente n'est que de gravité moyenne, l'intéressée est dans l'incapacité totale de vaquer à ses occupations et qu'au trouble anxio-dépressif s'ajoutent également des douleurs multiples, persistantes et variables. Le médecin a indiqué avoir d'abord prescrit de l'Efexor, que sa patiente n'a pas bien supporté, puis du Réméron 45 mg, soit la dose maximale. Selon lui, toutes les mesures médicales ont été envisagées. La seule chose qui pourrait encore apporter quelque chose à l'assurée serait d'être suivie à raison d'une fois par semaine par un psychiatre traitant parlant sa langue maternelle. Le témoin a expliqué que s'il ne reçoit la recourante en consultation qu'une fois par mois - ce qui est bien insuffisant -, c'est en raison du fait qu'elle peine à se rendre jusqu'à son cabinet (elle doit être accompagnée à chaque fois de sa fille qui fait office d'interprète) et qu'il est difficile de mener à bien des séances en présence d'une tierce personne. Quant à la recourante, elle a déclaré porter les supports plantaires qui lui ont été prescrits, mais n'avoir constaté que très peu d'amélioration. Elle a précisé avoir été finalement licenciée pour le mois de mai et a allégué que si elle n'envisage certes pas de reprendre son activité de repasseuse, ce n'est pas en raison d'un manque de motivation, mais parce que cette activité s'exerce en position debout, ce qui lui paraît impossible. Enfin, elle a indiqué ne pas contester les limitations fonctionnelles retenues. Informées de l'intention de la Cour de céans d'ordonner une expertise, les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre des experts pressentis. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis 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. Le 1 er janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de

la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI). Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). La cinquième révision a en revanche modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1). En l'espèce, l'incapacité de travail significative de la recourante a débuté au 29 janvier 2010 et la demande de prestations a été déposée durant le mois de mai 2010, de sorte que ce sont les dispositions entrées en vigueur le 1er janvier 2008 qui sont applicables. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et art. 38 al. 4 let. c LPGA p.a.). Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante tout droit à des prestations, singulièrement, si la fibromyalgie dont elle souffre peut être qualifiée d'invalidante. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er 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. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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). 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il 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 toutefois 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), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). 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 HENNINGSSEN, 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) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4). b) 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). c) 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). 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 la maxime 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). À 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'intimé s'est basé, pour rendre la décision litigieuse, sur l'avis de la Dresse F _____, médecin auprès du SMR, a conclu à l'absence d'atteinte invalidante et préconisé la reprise de l'activité professionnelle habituelle avec l'aide d'un coach. La Cour de céans constate cependant que les éléments résultant du dossier et de l'instruction mise en œuvre contrastent avec l'avis du médecin du SMR. En effet, d'un point de vue psychiatrique, le Dr D _____ a notamment expliqué que la recourante souffre d'un syndrome somatoforme persistant ainsi que d'un trouble anxio-dépressif de gravité moyenne à sévère, que son état est fluctuant et que le pronostic n'est pas bon. Elle lui paraît totalement incapable de remplir ses obligations professionnelles, ménagères ou mêmes sociales. D'après ce médecin, l'état psychique de la recourante est cristallisé et elle souffre d'un net ralentissement psychomoteur. Par ailleurs, toutes les mesures médicales avaient été tentées, à l'exception d'un suivi par un psychiatre parlant sa langue maternelle, faute d'en avoir un à disposition. Outre le fait que des troubles psychiatriques ont également été relevés par le Dr C _____, les déclarations du Dr D _____ sont confirmées par les observations de l'inspecteur des sinistres de l'assureur perte de gain, d'une part, d'un collaborateur de l'intimé, d'autre part : ceux-ci l'ont décrite

comme repliée et renfermée sur elle-même; il est au surplus ressorti de ces entretiens que l'assurée ne sort quasiment plus de chez elle, qu'elle ne s'intéresse à rien et qu'elle participe même pas aux tâches ménagères. Au vu de ce qui précède, il apparaît que la problématique psychique mise en exergue par le psychiatre traitant de la recourante est d'une gravité bien plus importante que ne l'a retenu la Dresse F_____ et pourrait réduire la capacité de travail de la recourante de manière conséquente. Partant, la Cour de céans considère qu'elle ne dispose pas des éléments suffisants pour statuer de manière définitive sur les conséquences de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail et plus particulièrement sur la question de savoir si ses troubles peuvent se voir reconnaître un caractère invalidant. La Cour de céans entend donc mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, comme déjà proposé dans le cadre de la procédure administrative par le Dr C_____. L'expertise sera confiée au Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et au Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné la recourante. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise rhumato-psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré. Les experts sont invités à s'assurer le concours d'un interprète albanais. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quelles sont les plaintes de l'assurée ? Quelles sont vos constatations objectives ? Quels diagnostics rhumatologique(s) et psychiatrique(s) reprenez-vous ? Depuis quand ? En cas de troubles psychiatriques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assurée, en pour-cent, dans sa profession habituelle de repasseuse ? Quelle est l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée depuis le 29 janvier 2010 ? Concluez-vous à une fibromyalgie ou à un trouble somatoforme douloureux ? Si oui : - 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, dans quelles situations (décrire les situations de perte d'intégration par rapport à la période antérieure à l'apparition des troubles psychiques 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 des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement) ? L'assurée suit-elle un traitement adéquat ? Sinon quel traitement est-il indiqué ? - Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle surmonte ses douleurs et qu'elle réintègre le monde du travail ? En d'autres termes, dispose-t-elle selon vous - et si oui, dans quelle mesure - des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? Quelle est votre position s'agissant des constatations et conclusions du Dr D_____ ? Des mesures de réadaptation sont-elles envisageables et utiles ? Avec quelles chances de succès selon vous ? Dans quelle mesure et à quel taux l'assurée peut-elle exercer son activité habituelle ?

Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ? Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assurée et à quel taux ? Dans ce cas, dans quel domaine et depuis quelle date ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ? Quelles sont les limitations fonctionnelles (qualitatives et quantitatives) entraînées par les troubles constatés ? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ou par une adaptation du poste de travail ? Quelle en serait l'influence sur le taux de capacité de travail ? Quel est votre pronostic ? Faire toute remarque ou suggestion utile. Commet à ces fins les Drs G _____ et H _____ ; Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales le

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