

EN FAIT

1. Madame B _____, née en 1967, est d'origine tunisienne. Elle est arrivée en Suisse en 1988 et a acquis la nationalité suisse la même année par mariage. Elle est mère de cinq enfants nés en 1990, 1993, 1995, 2001 et 2004 de cinq pères différents. Actuellement, elle vit avec quatre de ses enfants, sa fille née en 1990 étant chez son père. En Tunisie, elle a suivi la scolarité jusqu'au baccalauréat. Depuis son arrivée en Suisse, elle a travaillé comme dame de buffet, vendeuse, garde d'enfants malades à domicile, comme monitrice d'enfants à l'association des familles monoparentales, comme aide polyvalente dans une maison de repos et comme animatrice bénévole dans des maisons de retraite et comme accompagnatrice de personnes malades à l'Hôpital psychiatrique de Belle-Idée. De 1999 à 2001, elle a travaillé comme collaboratrice au Centre Genève-Solidarité comme réceptionniste, pour l'accueil et l'animation d'activités, classée par le Revenu minimum cantonal. Elle et sa famille sont actuellement entretenues par l'Hospice général.
2. Selon le rapport du 29 mai 2008 des Drs L _____ et M _____ du programme dépression de la Consultation psychiatrique de la Jonction, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, d'un trouble de la personnalité sans précision et d'un syndrome douloureux. Elle déclare souffrir d'un état dépressif chronique depuis l'âge de 17 ans. De fin 2004 jusqu'à fin 2007, elle a été suivie par le Dr N _____, psychiatre, lequel a retenu les diagnostics de personnalité limite et d'épisodes dépressifs. Il a instauré un traitement antidépresseur à partir de 2006. La patiente se souvient très peu de son enfance. Elle relève avoir été battue par son père et par un frère et avoir été violée entre 10 et 12 ans par un voisin. A 12 ans, elle aurait subi des attouchements par un frère. Dans le status, les médecins relèvent une présentation correcte, une diminution de la concentration et de l'attention, subjectivement et objectivement, des oublis et une anxiété non spécifique. Il y a un retrait social. Parfois, la patiente voit des ombres et sent des présences de personnes derrière elle ou a l'impression que quelqu'un l'appelle par son nom à la maison, alors qu'elle est seule. L'humeur est diminuée, selon la patiente, avec un sentiment de vide, parfois tristesse, occasionnellement irritabilité. Il n'y a pas d'idées noires, mais des difficultés à supporter la situation actuelle. Selon les médecins, il y a une discordance entre les émotions exprimées et observées, la patiente paraissant parfois très joviale, sans tristesse, mais émotionnellement distante. Le sommeil est perturbé. Les tests de dépression relèvent une dépression sévère. Le questionnaire de dépistage du trouble de la personnalité borderline donne trois critères positifs sur un total maximal de 9

points. Les médecins proposent un suivi psychiatrique à la consultation psychiatrique.

3. En juillet 2008, l'assurée est adressée par le Dr O_____ du Service d'accueil et de liaison psychiatrique au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur. Dans son rapport du 10 juillet 2008, la Dresse P_____ de ce centre diagnostique un trouble somatoforme douloureux et un syndrome dépressif. Elle mentionne que les douleurs ont apparu progressivement depuis environ cinq ans, qu'elles étaient au début variables et inconstantes, puis sont devenues progressivement permanentes et plutôt localisées dans l'hémicorps gauche. Il n'y avait pas de facteur déclenchant particulier, si ce n'est qu'une période très difficile liée aux troubles de santé de la fille de la patiente et de difficultés conjugales. Les douleurs sont aujourd'hui localisées dans l'épaule gauche, irradiant dans le bras, et au niveau du rachis cervical et lombaire avec irradiations dans la jambe gauche jusqu'à la cheville. Les douleurs sont décrites comme des décharges électriques d'une intensité constante à 9,5/10. Le sommeil est parfois perturbé par les douleurs. Celles-ci limitent la marche et tout effort physique, même modéré. Malgré tout, la patiente assure le soin de ses trois plus jeunes enfants et le ménage. Quand elle le peut, elle se détend en s'allongeant l'après-midi ou en allant boire un café. L'immobilité comme les mouvements et le stress aggravent les douleurs fortement. Une physiothérapie faite il y a quatre ans était restée sans effet. La prise de paracétamol diminue les douleurs pendant environ deux heures. Depuis 10 jours environ, elle vient de débiter un traitement anti-dépresseur qui n'a pas encore amélioré son psychisme. Elle vit avec son dernier mari qui travaille sur appel. L'assurée doit affronter seule un grand stress tant vis-à-vis des enfants, dont une fille souffre d'épilepsie et le cadet d'asthme, que du point de vue financier. A l'examen clinique, la Dresse P_____ constate que l'intéressée marche avec une canne pour soulager le pied gauche, mais peut marcher sans canne également. Le status ne confirme pas une fibromyalgie. Les douleurs semblent être liées au stress. La Dresse P_____ préconise l'augmentation du dosage du traitement antidépresseur ainsi qu'une physiothérapie en piscine chaude. Elle relève par ailleurs que les problèmes psychosociaux semblent être actuellement au premier plan.
4. Par demande reçue le 22 janvier 2009, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Selon le rapport du 3 février 2009 de la Dresse Q_____, généraliste, l'assurée souffre d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Elle se plaint de douleurs multiples musculaires et articulaires. La Dresse Q_____ ne se sent cependant pas en

mesure de répondre aux questions concernant la capacité de travail. Elle relève de multiples limitations dans les positions assise et debout, même en alternance. La capacité de concentration et de compréhension n'est pas limitée. Toutefois, tel est le cas pour la capacité d'adaptation.

6. Dans son rapport du 10 février 2009, le Dr R_____ émet les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il suit la patiente depuis le 1^{er} octobre 2008. Celle-ci a consulté les Urgences de psychiatrie en avril 2008, dans le contexte d'une péjoration clinique. Puis, elle a été adressée à la Consultation psychiatrique à partir de juillet 2008 pour une prise en charge au programme général. Dans le status, le médecin note que la patiente a une thymie triste avec une anhédonie et une abolie, une anxiété et une irritabilité fluctuante, avec une diminution du temps du sommeil. Elle ne présente pas d'idées suicidaires. Dans les plaintes subjectives, le médecin note qu'elle se plaint surtout de douleurs somatiques et de difficultés à gérer sa vie quotidienne. Le pronostic du Dr R_____ est réservé, tant que le suivi psychiatrique de la patiente et sa prise en charge médicamenteuse ne sont pas stabilisés. Dans les limitations, il note un trouble de la concentration, une instabilité dans les relations interpersonnelles, une instabilité de l'humeur et une abolie. Elle a des difficultés à maintenir un emploi, en raison de ses problèmes dans les relations interpersonnelles. La capacité de travail est nulle depuis le 7 juillet 2008 à ce jour.
7. Dans son rapport du 22 mai 2009, le Dr DI O_____ mentionne le diagnostic de trouble dépressif moyen récurrent depuis l'adolescence et un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2003. La capacité de travail est nulle depuis le 11 avril 2007 à ce jour. Dans les limitations, il indique des difficultés de concentration, de mémoire, une diminution marquée du seuil de tolérance au stress, lequel est source de difficultés relationnelles. Les limitations ne peuvent pas être réduites par les mesures médicales et on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.
8. Le 20 juillet 2009, l'assurée fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR). Dans le rapport du 14 août 2009, les Drs S_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et T_____, psychiatre, posent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques du rachis, de périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche, de syndrome rotulien bilatéral et d'épisodes récurrents de dépressions réactionnelles d'intensité moyenne, en rémission complète. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils citent un trouble de la personnalité

émotionnellement labile, type borderline, non décompensé et autres difficultés liées à une enfance malheureuse. De l'anamnèse, il ressort notamment que, pendant la grossesse et l'accouchement de sa fille en 2001, elle a présenté des problèmes d'humeur avec des pleurs fréquents, raison pour laquelle elle a arrêté de travailler. Elle a également déclaré ne plus travailler, dès lors qu'elle doit s'occuper de ses quatre enfants. Les douleurs se sont progressivement aggravées. L'assurée dit être fatiguée le soir, mais être très active pendant la journée, s'occupant de ses enfants. Elle signale une intolérance au bruit et qu'elle a de la peine à se trouver dans une foule. Concernant sa vie quotidienne, les médecins indiquent qu'elle se lève à 7h, prépare le petit-déjeuner pour ses enfants, puis les accompagne à l'école. Elle s'occupe ensuite du ménage, fait la lessive, passe l'aspirateur deux à trois fois par semaine et fait les courses une fois par jour. Elle ne repasse pas. A midi, elle prépare le repas. Elle ne fait pas de sieste. Dans l'après-midi, elle boit un café et s'occupe des enfants. Sa vie sociale est pauvre, ne voyant que rarement ses amies et connaissances. Son mari vit "en célibataire" et sort toujours seul. Au status, les médecins notent qu'il s'agit d'une femme en état général conservé, participant de manière adéquate à l'entretien et étant démonstrative à l'examen clinique. Elle peut rester assise pendant environ 50 minutes consécutives sans gêne particulière. Le déshabillage et l'habillage se font de manière fluide et elle n'applique aucune mesure de protection rachidienne. Dans le status psychiatrique, il est noté que l'assurée est correctement habillée, soignée de sa personne, collaborante et orientée aux trois modes. Le médecin psychiatre n'a pas objectivé des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. L'humeur est euthymique, par moment triste, lorsque l'assurée est confrontée à son bilan existentiel actuel. Ses traits dépressifs ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. L'appétit et la libido sont normaux. Quant au trouble de la personnalité, il n'est pas grave, il n'a pas de valeur invalidante. Par ailleurs, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse, les médecins n'ont pas retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils estiment que l'assurée présente une amplification verbale de plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable et sans toucher l'examineur. Après une rechute dépressive en avril 2008, la thymie s'améliore progressivement depuis juillet 2008. Pour cette affirmation, les médecins s'appuient sur le rapport de la Dresse P_____ qui a renoncé à proposer à la patiente la participation à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale, dès lors que les problèmes psychosociaux semblent être au premier plan. Selon les médecins du SMR, les symptômes dépressifs sont réactionnels à des conflits de couple et aux problèmes financiers. Il sont suivis d'une nette amélioration, qui a permis à l'assurée de remonter la pente, de refaire sa vie et d'assumer ses responsabilités. Ses épisodes dépressifs réactionnels ne

représentent pas une pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant. Le trouble de la personnalité non décompensé explique certaines difficultés dans la vie privée de l'assurée, mais n'a aucune incidence sur sa capacité de travail. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : nécessité d'alterner deux fois par heure des positions assise et debout, absence de soulèvement régulier de charges de plus de 5kg, de port régulier de charges de plus de 12kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé, d'exposition à des vibrations, d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°, de genuflexions répétées et de franchissement régulier d'escabeau, échelles ou escaliers. Du point de vue ostéo-articulaire, il y a une incapacité de travail de 50 % depuis le 11 avril 2007 dans l'activité habituelle de collaboratrice d'un centre de jeunes. Toutefois, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est complète. Sur le plan psychiatrique, il y a une amélioration progressive de l'état de santé. Depuis le 10 juillet 2008, il n'y a plus d'incapacité de travail.

9. Le 27 octobre 2009, une enquête économique sur le ménage est réalisée. L'assurée déclare à l'enquêtrice que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 40 %, sa priorité étant les enfants dont elle tient à s'occuper le mieux possible. Ses enfants ont beaucoup de problèmes de santé, un enfant étant asthmatique, une fille épileptique et une autre dépressive (cinq tentamens). Concernant les empêchements dans le ménage, il est notamment mentionné que l'assurée ne rencontre pas de problème particulier pour l'organisation du ménage, même s'il y a parfois des oublis. Elle peut préparer les repas pour toute la famille, tout en étant plus lente. Parfois, elle prépare des plats africains, des tajines. Elle ne peut plus faire les gros travaux de nettoyage ni passer l'aspirateur. Elle se contente de balayer. Personne ne fait les vitres et les grands nettoyages. Elle peut changer la literie. Elle s'est toujours occupée du travail administratif. Avec les enfants, elle ne fait plus d'activité sportive, mais peut les aider pour leurs devoirs. Les empêchements dans la sphère ménagère représentent 9,5 % selon l'enquêtrice, en tenant compte de l'aide apportée par les enfants.
10. Le 29 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) communique à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il retient que, sur la base des avis médicaux, qu'elle est en incapacité de travail à 50 % depuis le 11 avril 2007. Ce taux étant supérieur au taux auquel elle aurait travaillé sans invalidité (40 %), le taux d'invalidité est nul dans l'exercice d'une activité lucrative. Le taux d'empêchement dans le ménage n'étant que de 9,5%, son degré d'invalidité global est insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.

11. Par courrier du 23 novembre 2009, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Se fondant sur les rapports des Drs R_____ et O_____, elle fait valoir qu'elle présente une incapacité de travail totale, de sorte qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière pour une durée indéterminée.
12. Par décision du 30 novembre 2009, l'OAI confirme son projet de décision.
13. Par acte du 12 janvier 2010, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle demande l'audition des Drs U_____ et O_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale. Plus subsidiairement, elle demande l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle ou de mesures de reclassement. Elle relève que les médecins qui la suivent depuis plusieurs années ont toujours posé les diagnostics de trouble dépressif, trouble de la personnalité et trouble douloureux somatoforme persistant. Selon leurs avis convergents, sa capacité de travail est nulle. Elle estime par ailleurs que l'intimé a interprété à sa façon et de manière erronée les dates d'incapacité de travail mentionnées dans le rapport du SMR du 14 août 2009. Elle conteste en outre l'affirmation du SMR, selon laquelle l'état dépressif moyen ne représente pas une pathologie psychiatrique sévère et ne justifie qu'une capacité de travail à 50 %. Concernant le trouble somatoforme douloureux, elle fait valoir qu'elle ne dispose pas des ressources nécessaires pour surmonter les douleurs, en raison du trouble dépressif de gravité moyenne à sévère depuis l'adolescence, sans rémission durable.
14. A l'appui de son recours, la recourante produit le rapport du 30 septembre 2009 de la Dresse U_____, cheffe de clinique au Service de rhumatologie des HUG. La recourante lui a été adressée par le Dr O_____ en raison des douleurs de l'hémicorps gauche. Dans le rappel anamnestique, cette praticienne mentionne que les douleurs se sont exacerbées ces trois dernières années. Elles sont permanentes, jour et nuit, avec des phases d'exacerbation. Le bilan biologique ne montre aucun syndrome inflammatoire, le bilan phosphocalcique est dans les normes et il n'y a pas de déficit en vitamine D. La Dresse U_____ a pratiqué une synthigraphie osseuse qui n'a pas montré d'éléments suggérant une algoneurodystrophie ni d'autres éléments évocateurs d'une arthropathie. Il n'y pas de diagnostic rhumatologique clair pouvant expliquer les douleurs présentées par la recourante. La Dresse U_____ suppose dès lors un syndrome douloureux chronique et propose l'association d'un traitement médicamenteux et de physiothérapie, accompagné d'une augmentation de l'activité physique aérobique (marche, vélo, natation) et des exercices de renforcement musculaire et de stretching.

15. La recourante verse aussi à la procédure un rapport du 9 décembre 2009 de la Dresse P_____. Celle-ci pose les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état anxio-dépressif. Il ressort de l'anamnèse en particulier que les douleurs avaient cessé en 2008, lorsque la recourante était enceinte. La grossesse s'est toutefois terminée en novembre 2008 par une fausse couche à 3,5 mois, ce qui a provoqué une recrudescence des douleurs. Dans la même période, entre septembre 2008 et janvier 2009, sa fille de 15 ans a fait cinq tentamens provoquant un stress chez la recourante pouvant partiellement expliquer l'aggravation des douleurs. Elles sont diminuées par le paracétamol. Les douleurs étaient évaluées entre 3/10 et 10/10. Toutefois, au moment de l'examen par la Dresse P_____, elles ont diminué depuis que la recourante a appris qu'elle est enceinte de cinq semaines. Elle présente par contre des nouvelles douleurs au niveau de la fesse gauche, sous forme de brûlures. Le médecin traitant lui a proposé de diminuer la prise de Duloxétine à 30mgr un jour sur deux. Le jour où elle ne prend pas le traitement, elle décrit une irritabilité, une anxiété et des paresthésies principalement au niveau des extrémités et une aggravation de la douleur au niveau de la fesse. A l'examen clinique, la Dresse P_____ ne constate pas de douleurs à la palpation des points de fibromyalgie. Il n'y a pas de boiterie à la marche. Dans la discussion, elle relève que l'anamnèse et le status évoquent la présence des douleurs mécaniques au niveau de la fesse gauche, probablement musculaire, en l'absence de signe d'irradiation radiculaire. Les douleurs diffuses de l'hémicorps gauche semblent être très dépendantes du taux hormonal, puisqu'elles disparaissent lorsque la patiente est enceinte. La Dresse P_____ propose de modifier le traitement antidépresseur.
16. Le 1^{er} février 2010, la Dresse V_____ du SMR se détermine sur le recours et les pièces produites. Elle constate que la Dresse U_____ retient comme seul diagnostic des douleurs aspécifiques. Quant à la Dresse P_____, elle constate une amélioration des douleurs en décembre 2009. Le médecin du SMR relève en outre que, si les psychiatres traitants ont attesté un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne depuis l'adolescence, cette atteinte n'a pas empêché la recourante de travailler jusqu'en avril 2007. Par ailleurs, les résultats du test MADRS reflètent principalement le vécu subjectif du sujet examiné et doivent être confrontés à l'impression objective de l'examineur. Dans le cas présent, les médecins traitants eux-mêmes ont retenu une dépression d'intensité moyenne et non sévère. Cela étant, la Dresse V_____ estime qu'il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du SMR.
17. Dans sa réponse au recours du 4 février 2010, l'intimé conclut au rejet de celui-ci, en se fondant sur l'avis médical du SMR précité. Concernant le trouble

somatoforme douloureux retenu par les médecins traitants de la recourante, il relève que ce diagnostic n'a pas été retenu par les médecins qui ont examiné la recourante, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse.

18. Entendue en audience de comparution personnelle des parties en date du 17 mars 2010, la recourante déclare ce qui suit :

"Du fait que je n'ai pas de formation, je n'ai pas trouvé du travail en Suisse, du moins pas à 100 %. J'ai été placée par le revenu minimum et j'ai alors travaillé à 70 %.

Actuellement, je suis de nouveau enceinte de mon mari. Les enfants, c'est tout ce que j'ai.

Globalement, j'arrive bien à m'occuper de mes enfants. Je suis aussi aidée par mes enfants, mon mari et ma sœur."

Elle produit par ailleurs un certificat médical du Dr O _____ du 11 mars 2010 et un courrier du 15 mars 2010 que la Dresse Q _____ a adressé à son conseil.

19. Dans le certificat médical précité, le Dr O _____ atteste qu'il suit la recourante pour la prise en charge d'un trouble dépressif majeur et d'un trouble de la personnalité non spécifié. Ce médecin atteste par ailleurs une incapacité de travail totale du 1^{er} décembre 2009 au 11 mars 2010, soit le jour de l'établissement du certificat médical.
20. La Dresse Q _____ relève, dans le courrier produit par la recourante, que celle-ci présente un état dépressif secondaire aux abus sexuels, ainsi que des douleurs diffuses et chroniques. Cette praticienne indique par ailleurs "Problème actuel : mère de 5 enfants de 5 à 19 ans, chef de famille aux revenus incertains".
21. Le 30 mars 2010, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr W _____, psychiatre. Il leur communique également la mission de l'expert.
22. Par écriture du 15 avril 2010, l'intimé fait savoir au Tribunal de céans qu'il n'a pas de motif de récusation contre l'expert pressenti. Sur la base d'un avis du SMR, il propose par ailleurs de soumettre à l'expert un questionnaire d'expertise standard AI.
23. Le 19 avril 2010, la recourante accepte également que l'expertise soit confiée au Dr W _____.
-

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'un examen bi-disciplinaire par le SMR en juillet 2009. Les médecins du SMR ont retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité précédemment exercée. Sur le plan psychiatrique, aucune diminution de la capacité de travail n'est retenue.

Toutefois, en ce que les médecins du SMR ont considéré que les épisodes récurrents de dépression réactionnelle étaient en rémission complète au moment de l'examen, ils sont contredits par les Drs O _____ et R _____, lesquels ont constaté, dans leurs rapports du respectivement 22 mai 2009 et 1^{er} octobre 2008, que la capacité de travail était nulle.

Le rapport d'examen du SMR n'est pas non plus très convaincant, en ce qu'il ne retient pas un trouble somatoforme douloureux persistant, alors même que la recourante présente des plaintes somatiques non objectivables, ainsi qu'un trouble de la personnalité et a dû affronter des événements de la vie adverses.

Il ne ressort par ailleurs pas de l'examen du SMR comment se manifeste le trouble de la personnalité borderline et pourquoi il n'aurait pas une influence sur la capacité de travail. En effet, la Dresse T _____ se contente d'affirmer qu'il n'est pas décompensé sans donner des explications plus détaillées. De même, elle écarte un état psychique cristallisé, bien qu'il existe des éléments biographiques difficiles constituant des indices plaidant en faveur d'un tel état. Au vu de ces éléments, il appert que le rapport du SMR est trop superficiel et incomplet pour déterminer la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique. Il n'a ainsi pas une valeur probante suffisante pour écarter les avis contraires des médecins traitants. Aussi s'avère-t-il nécessaire de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

3. Quant à la demande de l'intimé de soumettre à l'expert le questionnaire standard AI, le Tribunal de céans estime que bon nombre des questions de ce questionnaire ne sont pas adaptées. Il va par ailleurs de soi que l'expert devra faire une anamnèse.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr W _____, expert.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
1. Prendre connaissance du dossier médical de Mme B _____.
 2. Examiner personnellement l'expertisée.
 3. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
 4. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 5. Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels diagnostics posez-vous, sur le plan psychiatrique, dans une classification internationale reconnue ?
 2. Quelles limitations fonctionnelles engendrent chacune des atteintes psychiatriques diagnostiquées dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations retenues par le SMR ?
 3. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée dans une activité adaptée, sur le plan psychiatrique, et comment cette capacité de travail a-t-elle évoluée depuis 2008 ?

4. Si, selon votre appréciation, la capacité de travail devait être réduite dans l'exercice d'une activité adaptée, en raison d'un éventuel trouble somatoforme douloureux diagnostiqué, convient-il de considérer que ce trouble est associé à une comorbidité psychiatrique grave ?
 5. Toujours dans cette hypothèse, le trouble somatoforme douloureux peut-il être expliqué par 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) ?
 6. Constatez-vous un retrait social?
 7. L'incapacité de travail est-elle due essentiellement à des facteurs psychosociaux ou socio-culturels ?
 8. Le traitement médical est-il adéquat ? Dans la négative, quel traitement proposeriez-vous ?
 9. La compliance est-elle optimale ?
 10. Quel est votre pronostic?
- D. Invite le Dr W_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le