

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2997/2012

ATAS/1333/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2014

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE / GE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BAIER Florian

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO , Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1955 au Maroc, s'est établie en Suisse en 1979. Elle a alterné des périodes d'emploi, notamment en qualité d'aide-soignante, avec des périodes de chômage et n'a plus travaillé depuis novembre 2000.
2. Le 13 janvier 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant une totale incapacité de travail depuis 2003 en raison d'une fibromyalgie, de troubles psychiques (dépression, anorexie, anxiété), d'une polyarthrite et d'un hématome sous-dural opéré en 2009.
3. Dans un rapport du 4 février 2010, Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne, allergologie et immunologie et médecin-traitant de l'assurée, a indiqué que sa patiente souffrait depuis 2002 d'un syndrome douloureux chronique fibromyalgique et, depuis mai 2009, d'un hématome sous-dural chronique. Il a précisé qu'elle suivait une psychothérapie et que les symptômes consistaient en céphalées et douleurs fibromyalgiques évoluant depuis dix ans, décompensées en juin et en octobre 2006.

Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail depuis 2003. Il a émis l'avis qu'on ne pouvait s'attendre, ni à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail. A titre de limitations, il a mentionné, entre autres, des troubles de l'équilibre, le fait que l'assurée ne puisse ni rester assise ou debout de façon prolongée, ni adopter certaines positions, ni porter des charges supérieures à 1 ou 2 kg ; au surplus, ses capacités d'adaptation et de résistance étaient limitées.

A son rapport, le médecin-traitant a notamment joint les documents suivants :

- un rapport rédigé le 16 décembre 2002 par le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, confirmant un probable syndrome fibromyalgique ou un trouble somatoforme douloureux, diagnostics ne justifiant pas d'emblée un arrêt maladie; un large bilan rhumatologique n'avait rien révélé de particulier;
- un rapport rédigé le 4 février 2003 par le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, diagnostiquant une fibromyalgie et précisant qu'il n'y avait pas de signes pour une atteinte articulaire inflammatoire;
- un rapport établi le 13 juin 2006 par le Dr E_____, médecin chef du Service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), suite à l'hospitalisation de l'assurée pour une symptomatologie digestive chronique, diagnostiquant une baisse de l'état général et des épigastralgies;

étaient mentionnées à titre de comorbidités : une fibromyalgie diagnostiquée en février 2003, une gastrite éradiquée en juin 2002, une épicondylite en 1996, un état dépressif ancien et une allergie à l'aspirine;

- un rapport rédigé le 13 novembre 2006 par le Dr F_____, chef de clinique au service de rhumatologie des HUG, relatant que l'assurée avait été hospitalisée du 26 octobre au 8 novembre 2006 en raison d'une fibromyalgie décompensée; l'assurée avait souffert, en cours d'hospitalisation, d'une décompensation anxieuse avec une attaque de panique, de sorte qu'elle avait été prise en charge par le Dr G_____, psychiatre, qui avait conclu à un trouble dépressif;
- un rapport rédigé le 12 mai 2009 par le Dr H_____, spécialiste en neuroradiologie, suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM), concluant à un hématome sous dural-subaigu;
- un rapport établi le 27 mai 2009 par le Dr I_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, relatant que l'assurée se plaignait de céphalées persistantes depuis février 2009 et qu'elle avait été opérée le 13 mai 2009 afin d'évacuer un hématome sous-dural; les suites opératoires étaient favorables;
- un rapport du Dr I_____ du 1^{er} juillet 2009, indiquant que l'assurée ne souffrait plus de maux de tête, qu'elle présentait un bon équilibre et que l'examen clinique n'avait pas révélé de déficit neurologique majeur;
- un rapport du 23 décembre 2009 du Dr J_____, spécialiste FMH en radiologie, faisant suite à une échographie de l'épaule droite, concluant à un conflit antéro-supérieur avec une tendinopathie du sus-épineux sans rupture et à une bursite.

4. Dans un rapport du 27 mars 2010, le Dr G_____, chef de clinique en psychiatrie aux HUG, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen; F33.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), troubles dont il a précisé qu'ils étaient présents depuis une quinzaine d'années et qu'ils avaient un effet sur la capacité de travail de l'assurée, qu'il suivait depuis octobre 2006.

Sur le plan psychiatrique uniquement, l'incapacité de travail était d'environ 60% depuis de nombreuses années, en raison d'une fatigabilité, d'une résistance médiocre au stress et de troubles de la mémoire et de la concentration.

5. Le 13 octobre 2010, le Dr G_____, interrogé par l'OAI, a confirmé les diagnostics et précisé que l'état de sa patiente était stationnaire. Il a maintenu que sa capacité de travail n'était que de 40% sur le plan strictement psychiatrique et suggéré de procéder à une évaluation somatique.
6. Mandaté par l'OAI, le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 13 mai 2011.

L'expert a retenu les diagnostics de trouble douloureux somatoforme lié à des facteurs psychologiques et d'affection médicale généralisée, de légère dysthymie et

de personnalité histrionique et estimé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

L'examen neuropsychologique était dans les normes.

L'expert a conclu que, d'un point de vue psychopathologique, la symptomatologie émotionnelle était relativement légère, parfois atypique. Il n'y avait pas d'éléments suggérant une aboulie ou un apragmatisme, de sorte qu'on ne pouvait évoquer un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère.

Des attaques de panique étaient survenues en rapport avec le décès du père de l'assurée, qui n'étaient désormais plus au premier plan.

Le tableau clinique consistait essentiellement en des plaintes multiples, ubiquitaires, subjectivement incapacitantes, mais, objectivement, l'assurée était peu limitée, surtout très théâtrale.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a relevé l'absence de désinsertion sociale et familiale, le fait que la comorbidité psychiatrique n'était pas majeure et que la dysthymie n'avait pas de valeur incapacitante. La personnalité histrionique était certes un facteur de vulnérabilité, mais il ne s'agissait pas non plus d'un trouble majeur de la personnalité, assimilable à une atteinte à la santé mentale. S'il y avait pu avoir par le passé trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive ou état dépressif majeur, l'évolution avait néanmoins été largement favorable.

L'expert a conclu qu'en fournissant l'effort médicalement exigible, l'assurée devait être apte à poursuivre une activité médico-théorique. Les limitations consistaient en une tendance aux somatisations et aux plaintes diverses, en une émotivité et une variation de l'humeur, ainsi qu'en une personnalité histrionique et dépendante.

L'expert a finalement retenu une incapacité de travail de 60% telle qu'attestée par le Dr G_____ au mois d'octobre 2006, ce qui correspondait à l'aggravation décrite dans les différents rapports. Il a cependant jugé que, par la suite, l'état de l'assurée s'était amélioré de sorte que, depuis le 1er janvier 2010 au plus tard, elle avait recouvré une capacité de travail médico-théorique de 80% au minimum dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, étant précisé que la diminution de rendement était de 20% au maximum pour une activité à temps complet.

7. Dans un rapport du 30 juin 2011, le Dr B_____ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le mois de février 2010.

Il n'y avait pas eu de récurrence de l'hématome sous-dural, mais une instabilité et des vertiges rotatoires – aggravé en position couchée et lors d'infections virales – persistaient.

8. Le 25 juillet 2011, le Dr G_____ a attesté que les limitations fonctionnelles psychiques et le tableau clinique demeuraient inchangés. Il a confirmé ses diagnostics (trouble dépressif récurrent, épisode moyen, et syndrome douloureux

somatoforme persistant) et son évaluation de l'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique (60%).

9. Interpellé par le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), le Dr K_____ a persisté dans ses conclusions. Selon lui, l'assurée avait vraisemblablement présenté, en octobre 2006, un état dépressif réactionnel. L'expert a expliqué que les personnalités histrioniques sont souvent assez sensibles et peuvent réagir de manière importante à toute situation de rupture ou de deuil. Il a ajouté que le facteur de gravité accompagnant le trouble somatoforme douloureux résidait essentiellement dans la structure de personnalité relativement fragile du registre histrionique.
10. Interrogé par l'OAI, le Dr B_____ a indiqué en date du 15 septembre 2011 que l'assurée souffrait d'un syndrome cervical aigu et d'un conflit sous-acromial droit avec des polymyalgies depuis juin 2011. Il a attesté d'une totale incapacité de travail dans toute activité et suggéré un examen rhumatologique et neuropsychiatrique aux HUG.
11. Le 17 janvier 2012, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique afin de déterminer les limitations fonctionnelles en relation avec l'atteinte ostéoarticulaire et leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assurée.
12. En date du 30 avril 2012, le Dr L_____, médecin au SMR et spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, a rendu son rapport.

L'expert a retenu les diagnostics de fibromyalgie, d'arthrose débutante des doigts et des orteils, de status post-tendinopathie du supra-épineux droit et de status post drainage d'un hématome sous dural chronique, diagnostics dont il a précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Il a relevé que l'examen articulaire était surtout marqué par une fibromyalgie connue de longue date, sans arthrite, avec 14 points positifs sur 18.

L'examen neurologique et l'IRM de contrôle permettaient de conclure à l'absence de séquelles de l'hématome sous-dural et d'exclure toute incapacité de travail persistante en relation avec une éventuelle atteinte neurologique.

L'examen clinique ne montrait ni conflit sous-acromial ni tendinite ni syndrome rachidien cervical ou lombaire, mais l'allongement du rachis dorsal était limité.

Des examens complémentaires réalisés en mars 2012 avaient montré des troubles dégénératifs débutants des doigts et des signes indirects pour une discopathie débutante cervicale. En revanche, les radiographies dorsales ne montraient ni troubles dégénératifs ni séquelles de la maladie de Scheuermann.

L'expert a conclu que le tableau clinique restait celui d'une fibromyalgie; il existait des discordances majeures entre l'importance des douleurs annoncées par l'assurée

et sa gestuelle spontanée. Cette discordance concernait également les douleurs importantes ressenties à la mobilisation articulaire, qui s'estompaient aussi rapidement qu'elles étaient apparues, et la préservation de la fonction des articulations concernées.

Selon l'expert, il n'existait pas de limitations fonctionnelles durables.

13. Le 12 juin 2012, le Dr M_____, médecin au SMR, en a tiré la conclusion que les seules atteintes entraînant une diminution de rendement étaient celles d'ordre psychiatrique. Conformément aux conclusions du Dr K_____, la capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 20%.
14. Le 22 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation au motif qu'en juillet 2010, soit six mois après le dépôt de sa demande, elle avait recouvré une capacité de travail entière, avec diminution de rendement de 20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires, dans la mesure où l'assurée pouvait reprendre les activités exercées antérieurement.
15. Le 3 juillet 2012, l'assurée a contesté ce projet en alléguant que son état de santé ne lui permettait pas d'occuper un emploi.
16. Par décision du 7 septembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
17. En date du 5 octobre 2012, cette dernière a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente d'invalidité.
18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 octobre 2012, a conclu au rejet du recours.
19. Par écritures complémentaires des 24 octobre et 30 novembre 2012, la recourante a demandé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique en vue de déterminer l'impact de la fibromyalgie sur sa capacité de travail.
20. Le 7 janvier 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
21. Le Dr G_____, entendu le 14 février 2013 à titre de témoin, a expliqué avoir suivi la recourante d'octobre 2006 à novembre 2012, à raison d'une à deux fois par semaine.

Il a indiqué avoir conclu à une incapacité de travail de 60% sur le plan strictement psychiatrique en raison du fait que le trouble dépressif récurrent - de gravité moyenne à sévère - entraînait une fatigue importante, des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une grande difficulté à se trouver

physiquement au travail. Cela étant, il avait toujours mentionné qu'il appartenait au médecin-traitant de se prononcer sur la capacité de travail sur le plan somatique.

Le témoin a précisé que le trouble dépressif existait depuis une dizaine d'années au moins lorsqu'il avait vu la recourante pour la première fois, en 2006.

Il avait pu constater une perte d'intégration sociale liée aux difficultés de la recourante à assumer les activités quotidiennes en raison d'une perte d'énergie, ce qui entraînait une incapacité à sortir de chez elle ou à prendre soin d'elle. En outre, la recourante souffrait de troubles du sommeil assez importants.

Selon lui, le trouble dépressif était antérieur au trouble somatoforme douloureux et s'était progressivement aggravé, mais tous deux étaient intrinsèquement liés.

Malgré un suivi durant six ans dans les règles de l'art, il n'avait pas constaté d'amélioration significative en termes de capacité de travail.

Le témoin a émis l'avis que sa patiente avait pu donner le change à l'expert le temps de l'examen, étant rappelé qu'on peut parfaitement être souriant et dépressif.

Depuis que lui-même avait quitté Genève, personne n'avait repris le suivi de la recourante, bien que cela eût été nécessaire. Le médecin a souligné à cet égard qu'il est difficile pour un patient de renouer un lien de confiance avec un nouveau thérapeute, particulièrement lorsque l'énergie fait défaut.

Enfin, le médecin s'est étonné de n'avoir pas été contacté par l'expert, dont il estime qu'il a pu ne pas avoir accès à tous les éléments.

22. Le Dr L_____, également été entendu le 14 février 2013, a déclaré que la recourante souffre d'une raideur au niveau de la colonne qui s'explique, vu l'absence de maladie dégénérative, par un raccourcissement musculaire, lui-même consécutif à un déconditionnement physique, sans maladie ostéoarticulaire sous-jacente. Cette raideur, qui peut être améliorée par de la physiothérapie, n'explique pas l'importance des douleurs diffuses ressenties au niveau du rachis, lesquelles relèvent de la fibromyalgie. Celle-ci se traduit non seulement par des douleurs périphériques (des membres), mais également par des douleurs axiales (le long du rachis). Les nuchalgies sont également à mettre en lien avec la fibromyalgie, vu la mobilité complète observée à l'examen clinique, l'absence d'atteintes segmentaires et les atteintes peu significatives montrées par les radiographies (discopathie cervicale débutante).

L'expert a expliqué avoir examiné l'assurée afin de vérifier si une autre atteinte ostéoarticulaire pouvant expliquer ses plaintes.

Or, les radiographies supplémentaires, notamment au niveau du dos et des mains, n'ont pas révélé d'autre atteinte pouvant expliquer l'ampleur des symptômes décrits par la recourante. Il y a certes des ébauches d'arthrose au niveau des mains, mais

rien de suffisant pour expliquer l'importance des douleurs, lesquelles sont donc à mettre exclusivement sur le compte de la fibromyalgie.

Il s'agit de douleurs nocturnes et d'allure mécanique et inflammatoire (c'est-à-dire sans relation avec une surcharge), ce qui est typique en cas de fibromyalgie, étant rappelé qu'une atteinte rhumatismale inflammatoire a été écartée.

L'expert a qualifié le traitement antalgique d'extrêmement important, car s'ajoutent aux anti-inflammatoires 20 mg de morphine tous les quinze jours. Selon lui, on est en présence de l'escalade thérapeutique souvent occasionnée par le fait que les douleurs ne répondent pas aux traitements.

Enfin, l'expert a souligné s'être exprimé, s'agissant de la capacité de travail, non seulement en sa qualité de rhumatologue, mais également en sa qualité de spécialiste en médecine physique et de rééducation, sur le plan neurologique.

23. Interpellé par la Cour de céans, le Dr K_____ a réitéré sa position le 4 mars 2013 : selon lui, la recourante a probablement présenté une symptomatologie dépressive réactionnelle suite au décès de son père mais, dès le 1er janvier 2011 au plus tard, elle avait recouvré une capacité de travail médico-théorique de 80%. Il a ajouté que les derniers rapports du Dr G_____, soit ceux des 27 mars et 13 octobre 2010, "sont difficiles à contredire (...), même si la discordance d'appréciation entre le médecin traitant et l'expert est attendue avec ce type de personnalité. La date du 01.10.2010 est probablement une regrettable coquille".
24. Par écriture du 9 avril 2013, la recourante a persisté dans sa demande d'expertise judiciaire, en soulignant que le Dr K_____ n'avait pas pris contact avec son psychiatre et que son rapport, tout comme son courrier du 4 mars 2013, comportaient des erreurs de date.
25. L'intimé a quant à lui admis que c'était à compter du 1er janvier 2011 - et non du 1er janvier 2010 - que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 80% (entendue comme une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 20%).
26. En date du 3 septembre 2013, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser.
27. Le 23 octobre 2013, la Cour de céans a ordonné une expertise (ATAS/1027/2013) dont elle a confié le volet psychiatrique au docteur N_____ et le volet rhumatologique à la doctoresse O_____. La Cour a en effet constaté que le rapport du Dr K_____ était difficilement compréhensible et que ses conclusions étaient

pour partie fondées sur des considérations inexactes et en tout cas insuffisamment motivées et voire contradictoires.

Le Dr K_____ avait écarté le trouble dépressif récurrent retenu par le Dr G_____ dans ses rapports des 27 mars et 13 octobre 2010, au profit d'un éventuel fond dysthymique. Il avait considéré que si l'assurée avait présenté, en 2006-2007, un trouble de l'adaptation avec une humeur anxio-dépressive ou un état dépressif majeur, l'évolution avait été largement favorable. Cependant, de nombreux médecins avaient attesté de l'existence d'un trouble dépressif chronique bien avant 2006 (le Dr G_____ avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent depuis 1995 [rapport du 27 mars 2010 ; procès-verbal d'enquêtes du 14 février 2013], la Dresse C_____ avait fait état d'un état dépressif depuis "quelques années" [rapport du 16 décembre 2002] et le Dr P_____ avait qualifié la recourante de "dépressive chronique" [rapport du 27 novembre 2004]).

En outre, les explications de l'expert quant à l'évolution favorable du trouble dépressif n'étaient pas convaincantes. En effet, il avait invoqué, d'une part, que le Dr G_____ ne prescrivait plus d'antidépresseurs à la recourante et, d'autre part, que ce médecin paraissait faire un pronostic favorable en 2010. Or, le Dr G_____ avait clairement mentionné, dans son rapport du 13 octobre 2010, que l'état de santé de la recourante était stationnaire et qu'il maintenait les diagnostics précédemment posés ; par ailleurs, l'instruction de la cause avait établi que les médicaments étaient prescrits par le médecin-traitant.

De surcroît, le Dr K_____ avait modifié les conclusions de son rapport en admettant, le 4 mars 2013, que la capacité de travail médico-théorique était de 80% au moins à partir du 1er janvier 2011, alors qu'il avait précédemment fait remonter cette supposée amélioration "au plus tard depuis le 1er janvier 2010", expliquant sommairement que "la date du 01.10.2010 [recte 01.01.2010] est probablement une regrettable coquille" et que les derniers rapports du Dr G_____ des 27 mars et 13 octobre 2010 "sont difficiles à contredire a contrario". La Cour a constaté que ces justifications étaient incohérentes : dans son rapport du 13 mai 2011, l'expert avait justifié la date du 1er janvier 2010 par le fait que le psychiatre de la recourante ne lui avait plus prescrit d'antidépresseurs et qu'il aurait émis un pronostic favorable en mars 2010.

Enfin, la Cour de céans avait relevé que les considérations de l'expert relatives aux limitations de la recourante étaient insuffisamment motivées : il n'expliquait en particulier pas pour quelles raisons il ne retenait aucune restriction liée aux troubles du sommeil pourtant mentionnés précédemment et confirmés par le Dr G_____.

28. Les Drs O_____ et N_____, du bureau d'expertises médicales (BEM), ont rendu leur rapport en date du 8 mai 2014.

Les experts se sont tout d'abord livrés à une anamnèse détaillée, avant de relater les plaintes et les données subjective de l'assurée.

Ils ont ensuite fait part de leurs constatations objectives, après avoir mis sur pied un certain nombre d'examens complémentaires (examens radiologiques et analyse du sang).

Sur le plan somatique, il a été relevé que l'assurée souffre depuis les années 2000 au moins de douleurs diffuses. En 2002–2003, un diagnostic de fibromyalgie a été posé et confirmé par la suite, tant par la Dresse C_____ que par le Dr D_____, rhumatologues spécialistes. Ceux-ci ont écarté le diagnostic différentiel de rhumatisme inflammatoire et celui de maladie systémique avec manifestations articulaires.

Un point d'inflexion somatique dans l'évolution de cette fibromyalgie a été la survenue d'un hématome sous-dural chronique gauche diagnostiqué en mai 2009, qui a nécessité une trépanation. Des suites de cette incident neurologique et neurochirurgical, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail durable, l'assurée ayant récupéré sans déficit neurologique, comme attesté par les spécialistes des HUG.

L'année 2012 a été marquée par la découverte d'une artériopathie avec des sténoses des artères iliaques ayant nécessité la pose de stents en janvier 2013. Le résultat a été excellent, puisque le Dr Q_____ a mentionné dès le lendemain que l'assurée ne souffrait plus de claudication. Un bilan artériel pratiqué à la fin de l'année 2012 a montré qu'il n'y avait plus d'insuffisance artérielle. Même si un souffle artériel bi-fémoral persistait à l'auscultation, les pouls périphériques étaient tous perçus et les pressions distales normales.

L'expert rhumatologue a relevé la nécessité « d'inverser la pyramide thérapeutique » et d'opter pour un sevrage progressif des médicaments, en tenant compte du fait que l'on se trouve face à une affection somatique bénigne sur le plan de l'appareil locomoteur. L'expert a souligné, tout comme le Dr L_____, que l'ascension de la pyramide thérapeutique ne veut pas forcément dire que l'on a affaire à une maladie grave : l'inefficacité thérapeutique peut produire chez le médecin-traitant le réflexe de prescrire des molécules plus puissantes pour soulager son patient, sans que le diagnostic ne soit modifié. Lorsque l'on se trouve face à des douleurs sans substrat évident qui peuvent prendre leur source dans des éléments sortant du champ purement médical et en impasse thérapeutique, même des médicaments très puissants se révèlent inefficaces.

Si les examens radiologiques ont montré des signes très périphériques d'arthrose débutante des doigts, l'expert a relevé qu'il ne s'agissait pas d'une forme agressive et déformante et que cela n'engendrait aucune incapacité de travail.

En définitive, l'expert n'a retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique. Le déconditionnement mis en évidence impliquerait une baisse de rendement professionnel durant les six premiers mois de reprise d'une activité seulement, de l'ordre de 20%.

Sur le plan psychique, l'examen de l'expert a mis en évidence des symptômes dépressifs et des symptômes anxieux, ainsi que des réactions dysfonctionnelles.

Au terme de sa discussion, l'expert a retenu le diagnostic de dysthymie, d'anxiété généralisée et de traits borderline et histrioniques de la personnalité. Il a précisé que l'ensemble de ces troubles pouvait être considéré comme étant de gravité moyenne si l'on considère à la fois la gravité de chacune des pathologies (légère pour la dysthymie, moyennes pour l'anxiété et la fragilité de la personnalité) mais aussi leur caractère ancré et durable. Leur cumul, et surtout leur caractère durable, entraînent les limitations fonctionnelles suivantes : fatigue chronique, manque de motivation et d'estime de soi, fatigue mentale (ruminations soucieuses et envahissantes) et physique, difficulté à gérer les stress relationnels, réactions émotionnelles et comportementales excessives ou dramatisées. De l'ensemble de ces limitations, l'expert a conclu à une diminution du rendement professionnel de l'ordre de 40%. Il a relevé que son appréciation était inférieure à celle du Dr G_____ - qui avait conclu à une incapacité de travail de 60% - mais supérieure à celle du Dr K_____ - qui n'avait retenu qu'une incapacité de travail de 20%. L'expert a émis l'hypothèse que cette différence d'appréciation provenait du fait que le Dr G_____ avait surestimé le trouble dépressif alors que le Dr K_____ avait sous-estimé la fragilité de la personnalité et n'avait pas pris en compte l'anxiété.

Le début de la baisse de rendement a été fixé à octobre 2006, date du début de la prise en charge du Dr G_____, à l'occasion d'une décompensation anxieuse aiguë, sous forme de trouble panique. L'expert dit n'avoir pu établir à travers l'anamnèse et le dossier de modifications significatives de l'état psychique à partir de cette date et en a tiré la conclusion que le taux de 40% de baisse de rendement restait valable jusqu'à ce jour. Il a encore précisé que les limitations fonctionnelles ne dépendent pas du contexte professionnel, elles se rencontreraient dans toute activité, qu'il n'y avait donc pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle sur le plan psychique.

S'agissant plus particulièrement de la fibromyalgie et des critères permettant de lui reconnaître un caractère invalidant, l'expert psychiatre a indiqué que l'intégration sociale était certes diminuée mais pas totale. L'atteinte somatique non objectivable n'entraînait pas en soi de baisse du rendement supérieure à celle reconnue sur le plan psychiatrique. Il y avait une comorbidité psychiatrique significative sous la forme d'une fragilité de la personnalité et d'un trouble anxieux de gravité moyenne tous deux. La dysthymie, en revanche, était liée au syndrome douloureux chronique. Il n'y avait pas eu d'amélioration significative des douleurs suite aux traitements conduits depuis au moins une dizaine d'années par le Dr B_____. Il était difficile de parler d'un état psychique cristallisé. Quant à l'aptitude à faire face aux douleurs, elle était modérément diminuée par l'existence de la comorbidité psychiatrique observée.

De manière consensuelle, les experts ont conclu que l'état physique objectif justifiait une baisse de rendement théorique temporaire de 20% durant six mois (laps de temps nécessaire pour recouvrer un état de conditionnement et d'accoutumance au travail). Ce taux, inférieur à la baisse de rendement d'ordre psychiatrique, était à intégrer dans ce contexte. En effet, l'état psychique, pour sa part, entraînait une baisse de rendement de 40 % depuis 2006. En conséquence, les experts se sont accordés sur une baisse de rendement globale de 40%, à considérer comme durable.

29. Par écriture du 10 juin 2014, l'intimé s'est déterminé.

En substance, il considère que la recourante ne réunit pas plusieurs des critères mis en évidence par la jurisprudence, dont le cumul permet de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie.

Il se réfère à l'avis émis par le Dr M_____, du SMR, le 14 mai 2014 : le médecin émet l'opinion que, contrairement à ce qu'indique le Dr N_____, le Dr K_____ n'a pas sous-estimé la fragilité de la personnalité et omis de prendre en compte l'anxiété de l'assurée. Il préconise de se rallier aux conclusions du Dr K_____.

30. Par écriture du 11 juin 2014, la recourante s'est quant à elle référée aux conclusions des experts.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 23 octobre 2013, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
4. 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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

5. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé

n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

7. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. En l'espèce, c'est en vain que l'intimé soutient que l'on devrait se rallier aux conclusions de l'expertise du Dr K_____.

Dans son ordonnance du 23 octobre 2013, la Cour a développé en détail les raisons qui la conduisaient à nier toute valeur probante à cette expertise (cf. supra, partie en fait). Il n'y a pas lieu d'y revenir.

L'expertise judiciaire, en revanche, remplit tous les critères permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

Tout d'abord, les rapports d'examen des experts se fondent sur une anamnèse détaillée, un examen clinique et tiennent compte des plaintes rapportées par l'assurée. Ils ont été établis en pleine connaissance du dossier – contrairement à celui du Dr K_____ – et leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Qui plus est, leurs conclusions sont corroborées par les constatations du Dr G_____, qui a attesté que l'état de sa patiente, contrairement à ce qu'affirmait le Dr K_____, ne s'était pas amélioré.

Les conclusions des experts apparaissent convaincantes. En particulier, le Dr N_____ a expliqué que si les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie n'étaient pas remplies, il existait par ailleurs d'autres troubles psychiques invalidants en eux-mêmes en raison non seulement de leur gravité – moyenne – mais également de leur cumul, de leur caractère ancré et durable, qui entraînent des limitations fonctionnelles qui ont été clairement énoncées et de l'ensemble desquelles l'expert a tiré la conclusion que la capacité de travail de l'assurée était réduite de 40% depuis octobre 2006, date du début de la prise en charge du Dr G_____, suite à une décompensation anxieuse aiguë, sous forme de trouble panique.

Il y a lieu de se ranger à l'avis des experts judiciaires et de reconnaître en conséquence à la recourante un degré d'invalidité – correspondant en l'occurrence au degré d'incapacité puisqu'indépendant de la profession envisagée – de 40%, ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité, à compter du 13 juillet 2010 (art. 29 al. 1 LAI).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Annule la décision du 7 septembre 2012.
4. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à compter à compter du 13 juillet 2010.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser la somme de CHF 4'500.- au recourant à titre de dépens.
7. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
8. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le