

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3000/2013

ATAS/118/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 28 janvier 2014

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame D_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître AELLEN Cyril

Recourante

contre

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

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame D _____, née en 1952 est d'origine équatorienne, divorcée et mère deux enfants adultes. Après une formation universitaire en science économique et sociale en Equateur, elle est arrivée en Suisse en 1983 où elle a travaillé comme employée de production, en dernier lieu chez X _____ SA (horlogerie) depuis 1990. A partir de 2002, elle était assistante au Service presse et communication dans cette société. Celle-ci a résilié son contrat de travail, dans le cadre d'un licenciement collectif, par courrier du 10 février 2009 pour le 31 mai 2009.
2. Depuis le 13 février 2009, une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques est attestée par le Dr L _____, psychiatre.
3. Après avoir été dénoncée par l'assureur perte de gain de son dernier employeur pour la détection précoce de l'invalidité, l'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité en janvier 2010. Du rapport d'évaluation du 13 avril 2010 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) résulte notamment que l'assurée n'arrive plus à se concentrer. Même la lecture est devenue très difficile. Elle ne sort que lorsqu'elle y est obligée pour faire les courses et les rendez-vous médicaux. Son travail était tout pour elle et elle était très fière de travailler pour le service de presse de X _____ SA. Ayant toujours été très perfectionniste, elle voulait toujours rendre un travail sur lequel on ne pouvait pas la critiquer. Le licenciement après presque 20 ans de services l'a détruite.
4. Dans son rapport du 8 juin 2010, le Dr M _____ du Centre Psychologie Clinique (CPC) a mentionné un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, une anxiété généralisée, et un trouble important de l'adaptation. L'incapacité de travail perdure. Dans les limitations sont citées une attention flottante, un sentiment d'être stressée et abandonnée, un sentiment d'être isolée et la gestion difficile du stress. Le traitement consistait en psychothérapie et un antidépresseur (Efexor 37,5 mg). Il est également mentionné dans ce rapport que la patiente a subi une blessure narcissique, liée et déclenchée par le départ de son mari et aggravée par le licenciement économique dont elle a fait l'objet. L'assurée décompensait par des pleurs, l'agitation et par une forme de somatisation à bas bruit, rampante, car elle se plaignait d'avoir mal au cœur et des fourmillements aux bras et main gauches.
5. En juin 2010, l'intéressée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique à la Clinique Corela, fonctionnant en tant que Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (COMAI). L'expert, le Dr N _____, psychiatre et psychothérapeute, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail était totale dès le jour de l'expertise. Concernant les comorbidités, l'expert a mentionné

l'âge qui démotivait l'expertisée, dans la mesure où il était difficile de trouver du travail à son âge. Une inscription au chômage serait souhaitable. Dans les plaintes, l'expert a rapporté que l'assurée manquait d'énergie, ressentait une petite douleur à l'épaule gauche, se plaignait d'un dégoût de la situation et d'un sentiment d'échec et d'injustice après tant d'années de travail. L'expert a écarté les critères majeurs de la dépression, estimant, en ce qui concerne la tristesse, que l'expertisée se disait uniquement être plus triste le soir et n'étant pas abattue. Concernant le critère d'intérêt et de plaisir, selon l'expert, l'expertisée faisait certaines activités, qui ne sont toutefois pas précisées dans l'expertise, avec un plaisir non négligeable. Quant à l'énergie, elle n'était réduite que de façon modérée, l'assurée étant très en forme le matin selon l'expert. Elle avait par ailleurs une certaine confiance et estime en elle-même, même si elle se trouvait partiellement ébranlée par le cours des événements, ressentant un rejet en raison du licenciement. Il n'y avait pas de culpabilité et la concentration restait relativement correcte. Depuis la séparation de son mari, elle n'avait plus d'idées de mort. Il y avait un petit ralentissement discret, mais pas de troubles cognitifs ni d'anxiété. Quant au sommeil, il était variable et fluctuant. L'appétit avait un peu augmenté. Sur l'échelle Hamilton, le score était à la limite supérieure d'absence de dépression. Le traitement médicamenteux consistait en Efexor à 37,5 mg, de phytothérapie anxiolytique et d'Amitriptyline. L'expert a considéré ce traitement insuffisant et a recommandé à l'expertisée de sortir davantage et d'être un peu moins passive face aux événements. Son état pourrait s'améliorer si elle se prenait davantage en charge et ruminait moins un sentiment d'échec. Elle devrait aussi faire plus les choses par elle-même et sortir ainsi de sa dépendance vis-à-vis de sa fille.

6. Dans son rapport du 26 août 2010 à l'attention de l'assureur perte de gain, la Dresse O _____ du CPC a confirmé les diagnostics émis par le Dr M _____ dudit centre et a attesté une aggravation de l'état suite à l'expertise. Le pronostic était très réservé quant à la capacité de travail et on ne pouvait pas envisager une reprise de travail.
7. Dans son rapport du 7 octobre 2010, la Dresse O _____ a confirmé la péjoration des troubles psychiques avec un manque de concentration, une très grande fatigabilité, un ralentissement psychomoteur marqué et une importante perte de motivation empêchant la mobilisation des ressources. La chronicité de la pathologie constituait un élément défavorable pour envisager la reprise à moyen ou long terme.
8. Dans son rapport du 16 décembre 2010, la Dresse O _____ a attesté une aggravation sur le plan psychologique et physique. L'arrêt des prestations de l'assureur perte de gain avait provoqué un choc psychologique. Elle n'avait plus aucun intérêt ou désir quelconque, n'arrivait plus du tout à assumer son ménage, ses

repas et l'administration. Elle ne pouvait sortir qu'accompagnée. Les symptômes étaient une tristesse et des idées noires, une perte de tout élan vital, de plaisir et de l'intérêt, un sentiment de dévalorisation très important et de culpabilité, un pessimisme face à l'avenir, un isolement social et une grande dépendance de sa sœur et de ses deux enfants. Les plaintes étaient une tête vide, la perte de tout plaisir, la peur de sortir seule, et une perte de concentration.

9. Selon le rapport du 18 avril 2011 du Dr P_____, psychiatre FMH, il suit l'assurée depuis le 28 octobre 2010. Il a émis les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Elle suivait une psychothérapie à raison d'une séance par semaine avec une bonne adhésion au traitement. Le traitement médicamenteux consistait en Citalopram 20mg par jour et de Trittico 50mg le soir. L'incapacité de travail était toujours totale, mais on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % probablement en automne 2011. Il y avait une légère amélioration depuis janvier 2011. Dans le status clinique, le Dr P_____ a notamment mentionné que l'assurée était soignée de sa personne, au contact poli voire obséquieux, ralentie dans le discours et dans les mouvements, avec perte d'élan vital, au discours cohérent mais assez monocorde, évitant le regard de l'interlocuteur en s'occultant les yeux de la main comme craignant la lumière. Ses propos, d'une grande banalité, alternaient entre ses difficultés à « remonter la pente, à voir le jour » et des propos de nature mélancolique d'humiliation, de perte définitive de l'honneur aux yeux d'autrui et de la dignité, ainsi que d'une grande culpabilité. Elle avait un vif sentiment d'injustice et décrivait son licenciement comme un effondrement de sa vie antérieure. Enfin, à ses troubles psychiques, s'ajoutaient des troubles auditifs en voie d'investigation.
10. Le 13 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il lui octroyait deux appareils acoustiques.
11. En juillet 2011, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) par la Dresse Q_____, psychiatre FMH. Dans son rapport du 27 juillet 2011, celle-ci a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère en rémission, ayant une répercussion durable sur la capacité de travail. Les diagnostics de dysthymie et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Il y avait donc une amélioration qui devait être située en janvier 2011, comme cela avait été attesté par le Dr P_____. L'assurée présentait des périodes où elle se

sentait mieux ou même bien et des périodes où elle se sentait moins bien. La plupart du temps elle se sentait fatiguée et déprimée. Tout lui coûtait et rien ne lui était agréable. Elle déclarait en outre ne plus être capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, soit à son ménage qui était assumé par ses proches. Elle n'aimait plus sortir non plus. Toutefois, selon la Dresse Q_____, la pathologie psychiatrique ne donnait aucune explication à ce sujet. Par ailleurs, le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ne représentait pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. La capacité de travail était ainsi complète depuis janvier 2011.

12. Le 26 août 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui refuser les prestations.
13. Par courrier du 28 septembre 2011, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a souligné que le Dr P_____ avait envisagé la reprise d'une activité lucrative à compter de l'automne 2011 et non pas en janvier 2011. Par ailleurs, l'amélioration de son état était contesté par le Dr P_____, lequel a déclaré, dans son rapport du 27 septembre 2011, qu'elle était toujours en incapacité totale de travailler et que ce n'était qu'à partir du 1^{er} octobre 2011, qu'une reprise de l'activité professionnelle à 50 % pouvait être envisagée. Elle a également relevé souffrir d'hernies dorsales. En définitive, elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010 et d'une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2011.
14. A l'appui de ses observations, l'assurée a notamment annexé l'attestation médicale sur 27 septembre 2011 du Dr P_____, attestant une capacité de travail à 50 % à partir du 1^{er} octobre 2011, tout en relevant qu'il demeurait prématuré d'évaluer actuellement le degré d'incapacité de travail future, dans la mesure où il n'y avait pour l'heure pas d'expérience concrète sur son adaptation potentielle dans un poste proposé. L'amélioration lente de la pathologie dépressive restait fragile et l'évolution incertaine.
15. Le 1^{er} octobre 2011, l'assurée s'est inscrite à l'assurance-chômage.
16. Le 5 octobre 2011, l'assurée a transmis à l'OAI un certificat médical du 5 octobre 2011 du Dr R_____, généraliste, ainsi que les rapports relatifs à une IRM cervicale du 2 décembre 2010 et à des radiographies de la colonne cervicale et de la colonne lombo-pelvienne. L'IRM cervicale a mis en évidence une discopathie dégénérative débutante C4-C5 et C6-C7 associée à des minimes hernies discales postéro-médianes, sans empreinte sur le fourreau dural et sans toucher le cordon médullaire qui ne présentait pas de lésion. Il n'y avait pas non plus de canal cervical étroit ni sténose foraminale. La radiographie de la colonne lombo-pelvienne a notamment montré une spondylose discrète de la colonne lombaire basse et une

arthrose facettaire débutante au niveau de la jonction lombo-sacrée pouvant signifier la présence d'un syndrome facettaire. Dans son certificat médical, le Dr R_____ a repris les conclusions des examens radiologiques.

17. Le 5 octobre 2012, le Dr P_____ a attesté que l'assurée était en arrêt de travail à 50 % pour une durée indéterminée.
18. Selon le rapport du 15 octobre 2012 de l'entreprise Intégration pour tous (IPT), la collaboration avec l'assurée a débuté avec le module "PIE". Elle s'était montrée discrète durant le module, mais tout de même preneuse de l'outil. Puis elle avait continué avec le module « Gestion du changement » avec comme objectif l'acquisition des outils pour pouvoir faire le deuil de son ancienne activité professionnelle et apprendre à mieux gérer émotionnellement la situation actuelle. Là aussi, elle s'était montrée respectueuse du cadre et ponctuelle. Elle avait cependant des difficultés pour s'affirmer et gérer ses pensées. Malgré l'évolution positive de la situation de santé, elle n'avait pas encore réussi à faire le deuil de son ancienne activité professionnelle, ce qui l'empêchait actuellement d'avancer dans ses démarches de façon constructive. A l'issue du module, un stage d'observation en tant qu'employée de tri de petites pièces mécaniques légères lui avait été proposé. Toutefois, elle avait interrompu le stage en raison d'un nouveau problème de santé. Pour l'instant, ce problème ne lui permettait pas de poursuivre la mesure IPT.
19. En mars 2013, l'assurée a fait l'objet d'une expertise rhumatologique par le Dr S_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne, ainsi que médecine manuelle. L'assurée souffrait d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), avec influence sur la capacité de travail. Les autres diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir les lombalgies chroniques récurrentes, sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires et avec une minime arthrose facettaire postérieure L5-S1, les cervicalgies chroniques récurrentes sans signes radiculaires irritatifs et déficitaires, le status post cure de canal carpien en 2011 et le status post surdité et transmission appareillée depuis 1998, ainsi que le status post opération de l'oreille gauche en 2006. Elle se plaignait de lombopygialgies, de cervico-brachialgies, de polyarthralgies, de gonalgies et d'omalgies à droite. A l'examen clinique, elle pouvait rester assise pendant les deux heures de l'entretien. Elle était très démonstrative (gémissements et grimaces aux moindres effleurements cutanés). Elle s'était également levée sans signaler de douleur et suivait l'expert dans le cabinet sans boiterie, mais très lentement. Le dévêtement et le rhabillage se faisaient de manière laborieuse et lente. Elle s'était couchée et relevée de manière fluide, en exprimant la douleur de manière très intense avec grimacement. L'examen frappait par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel

douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de tolérance à la douleur. Il y avait 5/5 signes de non organicité selon Waddell. L'expert a proposé la poursuite de physiothérapie, une médication antalgique avec une médication tricyclique dans le but de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur. Dans son activité antérieure d'employée de bureau, sa capacité de travail était de 100 %. Cette activité était tout à fait adaptée.

20. Dans son avis médical du 12 juillet 2013, la Dresse T_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la suisse romande (SMR), a constaté que l'assurée souffrait d'un syndrome polyinsertionnel de type fibromyalgie et que les autres atteintes ostéo-articulaires étaient sans répercussion sur la capacité de travail. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave, d'une absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et d'une maladie grave sans rémission durable, il convenait de considérer que l'assurée était capable de surmonter ses douleurs et de retrouver sa capacité de travail entière.
21. Par décision du 17 juillet 2013, l'OAI a confirmé son projet précité.
22. Le 16 septembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière de février 2010 à septembre 2011, d'une demi-rente d'octobre 2011 à juillet 2012 et d'une rente entière dès août 2012, sous suite de dépens. A titre préalable, elle a demandé à ce qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée, ainsi que l'audition de ses médecins traitants et une expertise médicale pluridisciplinaire. Elle a répété qu'elle présentait une incapacité de travail depuis février 2009 et non pas depuis février 2010 comme retenu à tort par la Dresse Q_____. Par ailleurs, son état de santé ne s'était amélioré qu'à partir d'octobre 2011 et elle était donc toujours nulle au début de l'année 2011. Il était par ailleurs étonnant que la Dresse Q_____ eût nié la présence de critères pour la présence d'un épisode dépressif, ayant elle-même relevé un léger ralentissement psychomoteur, une thymie légèrement triste et une dépression chronique de l'humeur. Ce médecin avait aussi mentionné que l'assurée se sentait fatiguée et déprimée la plupart du temps, elle n'était plus capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, son ménage et ses repas étant assumés par ses proches, et qu'elle avait renoncé aux sorties. Par ailleurs, elle était en incapacité totale de travailler dès le 13 août 2012, en raison d'une fibromyalgie. Il convenait de considérer que cette affection était accompagnée d'une comorbidité psychiatrique importante sous forme d'une dépression, d'une anxiété généralisée et d'un important trouble d'adaptation, selon ses médecins traitants. Par ailleurs, le fait qu'elle n'avait plus de vitalité physique et psychologique, ni intérêt ou désir quelconque, n'arrivait plus à sortir seule et devait être accompagnée, n'était plus

capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, à savoir son ménage et ses repas qui étaient assumés par ses proches, attestait d'une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. A cela s'ajoutaient des problèmes d'audition et des problèmes dorsaux.

23. Dans le rapport médical, non daté et non signé, du Dr P_____ produit par la recourante, celui-ci a attesté que l'assurée souffrait d'un état dépressif majeur devenu désormais chronique malgré la mise en place d'une médication au long court et l'essai de divers changements médicamenteux. Une stabilisation sur le plan de la thymie avait été obtenue, mais demeurait discrètement fluctuante, notamment par l'expression surtout anxieuse. L'assurée souffrait actuellement également d'un état de dépendance très important et de la perte de ses capacités d'autonomie due à son manque manifeste d'adaptation à la plupart des tâches exigées par la vie quotidienne. Elle était ainsi épaulée quasi en permanence par une personne de son entourage proche ou de sa famille pour exécuter la plupart de ses activités ménagères. On lui préparait les repas, l'accompagnait pour sa toilette et pour ses sorties à l'extérieur. Souvent elle gardait le lit ou le fauteuil et supportait très mal les changements de température, surtout les stimuli de lumière qu'elle ressentait comme une agression. Ainsi, son comportement était d'une passivité extrême en lien avec son anhédonie qui était l'expression principale de sa dépression. Elle avait ainsi perdu goût à la vie pour la plupart des activités et adoptait un comportement d'évitement massif. Son manque manifeste d'adaptation aux moindres changements de repères d'existence rendait toute tentative de réinsertion professionnelle vouée à l'échec, l'assurée étant très vite déstabilisée par exemple par un retard de bus, une contrariété dans son emploi du temps ou une frustration quelconque. Il est vrai qu'elle avait pu accepter un bénévolat à minima par le biais d'IPT sous forme d'un espace de dialogue, à raison de deux heures par semaine en compagnie d'un petit groupe de dames en recherche d'insertion sociale et originaires d'autres cultures. Cependant, cette activité, suivie de façon pas toujours régulière, l'épuisait sur le plan physique et psychique et elle n'envisageait ni la possibilité d'augmenter le taux d'activité ni une autre activité. Ainsi, selon le Dr P_____, il fallait également tenir compte dans le tableau clinique d'une importante pathologie de la personnalité à forte composante de dépendance et évitante qui aggravait et maintenait en échec toute tentative de réinsertion professionnelle ou sociale.
24. Le 3 octobre 2013, la Dresse T_____ du SMR s'est déterminée sur le dernier rapport du Dr P_____. Elle a reproché à ce psychiatre de s'être aventuré sur le terrain de l'interprétation psychosociale, sans avoir démontré que la recourante souffrait d'une maladie psychiatrique grave. Par ailleurs, l'assurée arrivait à surmonter ses douleurs pour travailler à titre bénévole deux heures par semaine. Son attitude passive et plaintive, voire démonstrative vis-à-vis de l'entourage était

en lien avec son syndrome polyinsertionnel. Cependant, en l'absence de maladie psychique grave et d'autres critères de gravité, il était exigible que la recourante surmonte ses douleurs et travaille. Le dernier rapport du Dr P_____ constituait ainsi uniquement une appréciation différente d'un même état de fait, reposant sur une analyse bio-psycho-social qui sortait du champ de l'assurance-invalidité, selon la jurisprudence.

25. Dans son avis médical du 30 octobre 2013, la Dresse Q_____ a notamment relevé que selon le Dr N_____, expert de la clinique Corela, il n'existait en juin 2010 aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Partant, l'aggravation de l'état de santé attestée par la Dresse O_____ en juin 2010 n'était pas crédible. Certes, par la suite, le Dr P_____ avait attesté un épisode dépressif sévère en août 2010 avec une légère amélioration depuis janvier 2011 et une récupération de la capacité de travail à 50 % probablement dès automne 2011. Toutefois, cette aggravation objectivée en août 2010 ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée. A cela s'ajoutait que le traitement médicamenteux antidépresseur n'était pas adapté à une telle pathologie aigue. Partant, selon la Dresse Q_____, il n'y avait qu'une incapacité de travail totale d'octobre 2010 à fin janvier 2011. Elle a ainsi maintenu que la reprise de travail était exigible à 100 % dès janvier 2011.
26. Dans sa réponse du 12 novembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours sur la base des expertises des Drs S_____ et N_____, auxquelles il a reconnu une pleine valeur probante, ainsi que les avis médicaux du SMR.
27. Le 17 décembre 2013, la chambre de céans a informé les parties qu'il avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr U_____, psychiatre FMH. Elle leur a communiqué également la liste des questions à poser à l'expert.
28. Dans son avis médical du 6 janvier 2014, la Dresse T_____ du SMR a accepté le choix de l'expert et suggéré de compléter les questions. L'intimé en a fait de même, par écriture du 9 janvier 2014, sur la base de cet avis.
29. Par écriture du 16 janvier 2014, la recourante a accepté et le choix de l'expert et sa mission telle que proposée par la chambre de céans.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En présence de syndromes sans pathologie ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 138 V 457, consid. 5.3 et la référence).

Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), 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).

3. En l'espèce, le Dr N_____ constate dans son expertise du 27 août 2010, sur la base d'un examen en juin 2010, une amélioration de l'état de santé de la recourante. Se fondant sur cette expertise, l'assureur perte de gain a mis fin à ses prestations, ce qui a provoqué une aggravation du trouble dépressif, selon les rapports de la Dresse O_____ des 26 août, 10 octobre et 10 décembre 2010, confirmés par la suite par le Dr P_____ dans son rapport du 18 avril 2011.

Dans le rapport relatif à son examen du 7 juillet 2011, la Dresse Q_____ estime qu'il y a une amélioration de l'épisode dépressif en janvier 2011 avec la récupération d'une pleine capacité de travail, sur la base de l'attestation précitée du Dr P_____, alors même que ce médecin a retenu à ce moment précisément le diagnostic d'épisode dépressif sévère et évalué la capacité de travail à 100 % depuis février 2009. Même si ce psychiatre atteste une légère amélioration depuis janvier 2011, il considère que l'activité professionnelle ne pourrait être reprise qu'en automne 2011 et seulement à 50 %. Tout au plus, la Dresse Q_____ aurait pu constater au moment de son examen que les critères pour un épisode dépressif majeur n'existaient plus et considérer qu'il y avait une pleine capacité de travail le jour de son examen. A cela s'ajoute que sa conclusion qu'il y a seulement une dysthymie et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie, sans répercussion sur la capacité de travail, n'est pas non plus convaincante. D'abord il convient de constater qu'elle n'a pas réellement rapporté toutes les plaintes de la recourante, celles-ci ne tenant même pas sur une ligne. Elle mentionne uniquement des difficultés de concentration, de vertiges, d'être mal et la fatigue. Or, à la page 5 de son rapport relatif à son examen, on apprend que l'assurée présente des périodes où elle se sent mieux ou même bien, mais la plupart du temps fatiguée et déprimée, tout lui coûtait et rien ne lui était agréable. Elle se disait ne plus être capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, de sorte que son ménage devait être assumé par ses proches. Cependant, le médecin du SMR ne semble pas avoir tenu compte de ces éléments importants pour apprécier l'état psychiatrique de l'assurée. On ne voit par ailleurs pas comment on pourrait

objectiver la fatigue et des troubles du sommeil et de l'appétit lors d'un entretien. Ainsi, en écartant les plaintes pertinentes pour l'appréciation de l'état psychique, sans explication convaincante, la Dresse Q_____ discrédite son appréciation. Enfin, en ce qui concerne le traitement médicamenteux, qui paraît effectivement insuffisant pour un état dépressif sévère, cet élément ne permet pas à lui seul de conclure à un épisode dépressif d'une moindre intensité. Tout au plus, l'intimé aurait pu fixer un délai à la recourante pour augmenter le traitement antidépresseur, après en avoir discuté avec le médecin traitant, afin de tenter d'améliorer sa capacité de travail.

Pour les raisons précitées, le rapport d'examen de la Dresse Q_____ n'emporte pas la conviction de la chambre de céans.

Il s'avère ainsi nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique judiciaire.

4. Celle-ci sera confiée au Dr U_____.

La Dresse T_____ du SMR a suggéré que l'expert se prononce sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante non seulement depuis octobre 2011, comme proposé dans le questionnaire soumis aux parties, mais aussi depuis octobre 2009. Toutefois, s'agissant d'une appréciation rétroactive de la capacité de travail, l'expert devrait se fonder sur les rapports d'expertise dans le dossier. Dans la mesure où, selon la Chambre de céans, le rapport de la Dresse Q_____ n'a pas de valeur probante, il y a donc lieu de se fonder sur les rapports des médecins traitants dont on connaît l'appréciation de la capacité de travail jusqu'en octobre 2011. Par conséquent, il n'y a pas lieu de modifier les questions sur ce point. Toutefois, il sera demandé également à l'expert judiciaire de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2011 et non seulement dans l'activité habituelle.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr U_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme D_____.
 - Examiner personnellement l'expertisée.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - 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 sont les limitations fonctionnelles de Mme D_____ sur le plan psychiatrique ?
 3. Pour quelles raisons Mme D_____ n'est-elle le cas échéant pas en mesure de faire son ménage et de s'occuper des affaires administratives ? Est-ce pour des raisons psychiques ou à cause des douleurs dues à la fibromyalgie ?
 4. Quelle est actuellement sa capacité de travail sur le plan psychiatrique dans son ancienne profession ? Quelle serait sa capacité de travail dans une activité impliquant moins de responsabilité et de sens de l'initiative que l'activité que Mme D_____ a exercée en dernier lieu chez X_____ SA ?
 5. Selon le Dr P_____, Mme D_____ présentait une capacité de travail à 50 % à partir du 1er octobre 2011. Jugez-vous cette appréciation crédible ? Si non, pour quelles raisons précises ?
 6. Comment a évolué la capacité de travail de Mme D_____ depuis octobre 2011 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ?
 7. L'éventuelle atteinte psychiatrique constatée constitue-t-elle une comorbidité grave à la fibromyalgie dont elle est affectée ?

8. Les autres critères pour reconnaître à la fibromyalgie un caractère invalidant, selon la jurisprudence en la matière, sont-ils réalisés ?
 9. Quel est votre pronostic ?
- D. Invite le Dr U_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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