

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3895/2016

ATAS/684/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 17 août 2017**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GORLA

Recourante

contre

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

Intimé

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1968, d'origine portugaise et naturalisée suisse en 2012, est arrivée en Suisse en 1997. Elle est mère d'une enfant née le \_\_\_\_\_ 1990. Depuis son arrivée en Suisse, elle a notamment travaillé comme employée de maison à 50 %, puis comme nettoyeuse à raison de deux heures par jour, respectivement dix heures par semaine, au salaire-horaire de CHF 15.55 plus 8,33 % d'indemnité de vacances.
2. Selon le certificat de travail du 11 décembre 2002, l'intéressée a été licenciée de son emploi pour des raisons économiques pour le 31 décembre suivant. Depuis lors, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle.
3. Selon le rapport du 24 septembre 2004 relatif à une radiographie réalisée le même jour, l'intéressée souffre d'une minime côte cervical de chaque côté et d'une hypoplasie des douzièmes côtes, ainsi que d'une spondylose de l'étage moyen.
4. Par courrier du 9 juillet 2008, l'Agence immobilière B\_\_\_\_\_ SA a fait savoir à l'intéressée et à son mari que leur candidature n'avait pas été retenue pour un poste de conciergerie.
5. Par demande reçue le 31 juillet 2012 à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité en indiquant qu'elle était femme au foyer.
6. Dans son rapport du 29 août 2012, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a émis les diagnostics de dessiccation et de hernie discale L4-L5 depuis début 2011. La patiente souffrait de douleurs cervicales et lombaires, ainsi que de contractures musculaires. Elle ne pouvait exercer une activité physique lourde et une reprise de l'activité dans le domaine du nettoyage n'était pas exigible.
7. Selon le rapport du 30 août 2012 de la doctoresse D\_\_\_\_\_ du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée souffre de cervicobrachialgies à droite avec une petite hernie C5-C6 à gauche. En l'absence de déficit neurologique au niveau des membres supérieurs, il n'y a pas d'indication chirurgicale actuellement.
8. Le 6 février 2013, l'assurée a fait part à l'OAI que son état s'était aggravé, dès lors qu'elle souffrait également de problèmes à l'estomac et aux intestins. Malgré les nombreuses infiltrations et l'auriculothérapie, elle ne pouvait pas faire beaucoup d'efforts physiques et était devenue totalement dépendante de sa fille et de son mari qui s'occupaient de toutes les tâches ménagères. Même soulever une casserole pour la ranger dans une armoire était devenu impossible en raison d'une hernie discale.

9. Dans son rapport du 23 mars 2013, le docteur E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une gastrite à helicobacter pylori et une maladie de reflux sur engagement hiatal.
10. Le 8 avril 2013, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été effectuée. Selon les conclusions du rapport y relatif, l'examen est strictement superposable à l'IRM de mai 2012. On retrouve une fissure de l'annulus fibreux à l'étage C4-C5 médiane avec une discopathie circonférentielle simple. À l'étage C5-C6, il y a un pincement discal avec hernie discale protrusive postéro-latérale gauche estimée à un tiers du canal venant en conflit au niveau préforaminal avec la racine C6, une barre ostéophytaire C5 et un rétrécissement foraminal C5-C6 droit sur hernie protrusive.
11. Le 30 avril 2013, l'assurée a répondu, dans le questionnaire de l'OAI relatif à son statut, que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé dans le secteur du nettoyage pour des raisons financières et afin de s'occuper. Elle ne savait cependant pas à quel taux. Elle n'avait pas fait de démarches concrètes pour des recherches d'emploi depuis qu'elle était malade. Sa situation financière avait par ailleurs subi des modifications importantes dans le sens où elle devait payer des factures de médecins parfois à l'avance, avant d'en être remboursée, ce qui représentait une charge financière importante.
12. Le 30 avril 2013, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Il est mentionné dans le rapport y relatif que l'assurée a déclaré n'avoir jamais travaillé au Portugal. De mars 1997 à janvier 1998, elle avait travaillé dans une exploitation agricole à raison de quatre à cinq heures par jour, trois fois par semaine en moyenne. Entre avril et décembre 1998, elle avait travaillé comme femme de ménage dans une maison de repos à un taux d'activité de 50 %. Il s'agissait d'un remplacement d'une personne en congé maternité. Entre février 1999 et décembre 2002, elle avait travaillé pour une entreprise de nettoyage du lundi au vendredi de 18h00 à 20h00, soit à raison de dix heures par semaine. Depuis 2003, elle était femme au foyer. Sans handicap, elle aurait exercé une activité lucrative dans le domaine du nettoyage pour des raisons financières et afin de se sentir occupée. Elle ne savait pas à quel taux elle aurait travaillé. Elle n'avait pas fait de recherches d'emploi. L'enquête a conclu que les empêchements pondérés dans la sphère ménagère étaient de 20,5 %, compte tenu d'une exigibilité de 26,25% des membres de la famille, à savoir l'époux et la fille de l'assurée.
13. L'IRM des articulations sacro-iliaques du 29 juillet 2014 n'a pas mis en évidence de francs signes de sacro-iléite. Il y avait une discrète ostéophytose et prise de contraste antérieure de l'articulation sacro-iliaque droite, d'allure dégénérative, et une prise de contraste inter-épineuse L4-L5 et L5-S1 pouvant correspondre à une enthésite.

14. L'IRM de la colonne lombaire réalisée le 14 août 2014 avec comparatif de l'IRM sacro-iliaque du 29 juillet 2014, fait état d'une atteinte inflammatoire de type spondylarthrite et de discopathies L4-L5 et L5-S1 avec contact disco-radiculaire L5 gauche.
15. Une scintigraphie osseuse du corps entier effectuée le 15 septembre 2014 a mis en évidence des anomalies scintigraphiques non spécifiques évocatrices d'une inflammation de la symphyse pubienne et une inflammation focale, minime et non spécifique de la malléole interne gauche et de l'IPP du troisième doigt de la main droite. Il n'y avait pas d'argument scintigraphique pour une sacro-iléite ou une atteinte inflammatoire rachidienne.
16. En raison de céphalées en aggravation, l'assurée a été adressée à la doctoresse F\_\_\_\_\_, neurologue FMH. Dans son rapport du 9 février 2015 au docteur G\_\_\_\_\_, elle a rappelé que ce dernier médecin suivait l'assurée pour un possible rhumatisme inflammatoire, qu'elle était connue pour une hernie discale C5-C6 à gauche et des discopathies L4-L5 et L5-S1. Elle présentait des céphalées de tension chroniques avec notion d'un caractère névralgique, ainsi que des cervicalgies et des lombalgies. Une IRM cérébrale réalisée le 22 janvier 2015 n'avait pas révélé d'anomalie, hormis un comblement du sinus maxillaire à droite. Le traitement de la sinusite par antibiotiques n'avait pas amélioré la symptomatologie. Il semblait fort probable que l'exacerbation des céphalées était à relier à un abus des médicaments antalgiques. En raison des douleurs multifactorielles de la patiente, la diminution des antalgiques semblait cependant très difficile. Enfin, ce médecin a fait une proposition de modification du traitement.
17. Le 12 février 2015, l'assurée a été soumise à une expertise par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne FMH. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, l'expert a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques et cervicalgies chroniques sur discopathies, ainsi que de cervicarthrose. Le diagnostic de fibromyalgie (18 points sur 18) est mentionné comme étant sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles pour le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétés du rachis et devait changer de position toutes les heures. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle était totale. Dans l'anamnèse, il est relevé que l'assurée a déclaré avoir arrêté de travailler en 2002 en raison de douleurs au niveau de tout le rachis et avoir demandé les prestations de l'assurance-invalidité avec retard, pensant ne pas avoir droit à celles-ci. Depuis 2002, les douleurs s'étaient diffusées dans tout le corps et les traitements tentés n'avaient pas permis de les améliorer. Depuis un an, elle s'est déclarée très déprimée, restant enfermée chez elle durant toute la journée et n'ayant plus de contact social. Son mari travaillait comme chauffeur de poids lourd et sa fille, âgée de vingt-cinq ans

au moment de l'expertise, était avocate-stagiaire. Concernant la vie quotidienne, il est mentionné que l'assurée ne faisait strictement plus rien à la maison et que sa fille et son mari s'occupaient de tout. Elle sortait très peu et n'avait quasi pas de contacts sociaux. Toutefois, son chien l'obligeait à sortir deux fois par jour. Outre des antidouleurs et inflammatoires, elle prenait aussi un antidépresseur (Venlafaxine 150 mg/jour). Dans les plaintes somatiques sont mentionnées des douleurs ostéo-articulaires dans tout le corps, des épisodes de fourmillements dans les épaules, les mains et les pieds et de fortes douleurs dans les jambes. Elle avait moins de force dans les mains et se plaignait de céphalées, de difficultés de sommeil et de fatigue. Dans les observations cliniques, aucune limitation n'est observée, si ce n'est que des difficultés pour se déshabiller à cause de son obésité morbide (59 kg pour 156 cm). L'assurée était très déprimée et avait pleuré à plusieurs reprises. L'examen clinique était dans la norme et ne montrait pas de raideur ni d'arthrite. Il n'y avait pas de signes de non organicité selon WADDELL. La présence d'un état de grande tristesse et l'importance de la thérapie antalgique était compatible avec une fibromyalgie, de même que l'échec de tous les traitements depuis 2012, début des investigations médicales. Les atteintes dégénératives de la colonne cervicale et lombaire ne pouvaient pas expliquer à elles seules le tableau clinique. Il y avait dès lors lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour définir la répercussion de la fibromyalgie sur la capacité de travail.

18. Selon le rapport du 21 avril 2015 du Dr G\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, l'assurée souffre de rachialgies diffuses et il y a une suspicion d'une pelvispondylite rhumatismale. Il n'y a pas d'incapacité de travail en tant que ménagère.
19. Un bilan urodynamique réalisé le 4 novembre 2015 par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, a mis en évidence un trouble mictionnel complexe avec combinaison d'une hyperactivité détrusorienne, une vessie de petite capacité et une insuffisance sphinctérienne intrinsèque. Les troubles mictionnels pouvaient éventuellement être en rapport avec les hernies discales.
20. Selon la note du 25 février 2016 du docteur J\_\_\_\_\_ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR), le statut de ménagère pure est confirmé, de sorte qu'il pouvait être renoncé à un examen par le SMR.
21. Le 2 mars 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations, dès lors qu'elle était femme au foyer depuis de nombreuses années et que le taux des empêchements dans la sphère ménagère n'était que de 20,5 %, ce qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.
22. Par courrier du 21 mars 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé de façon considérable.

23. Par courrier du 22 mars 2016, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision au motif que la péjoration de son état de santé n'avait pas été prise en compte.
24. Le 21 avril 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assurée souffrait d'une spondylarthrite ankylosante, une cystite interstitielle, d'une intolérance à certains médicaments et d'un syndrome sec. De nouveaux diagnostics étaient d'actualité, ce qui justifiait une réévaluation du dossier.
25. Le 31 mai 2016, l'assurée a complété son opposition au projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, et a sollicité une expertise multidisciplinaire. Les divers traitements administrés n'avaient pas permis d'améliorer son quotidien. Concernant l'enquête ménagère, elle a rappelé la péjoration de son état de santé qui n'avait pas été prise en compte ni la nouvelle répartition des tâches ménagères suite au déménagement de sa fille du foyer familial en décembre 2015. Une nouvelle enquête ménagère devrait ainsi être menée. Une expertise psychiatrique était par ailleurs nécessaire pour définir la répercussion de la fibromyalgie sur la capacité de travail. Enfin, il était étonnant de constater que le Dr H\_\_\_\_\_ relevait une capacité de travail totale dans l'activité habituelle, alors que l'expertise ménagère réalisée en 2013 constatait déjà une incapacité de travail de 20,5 %.
26. Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2016, l'OAI a confirmé le projet de décision précité, considérant que les éléments produits ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. Le 17 juin 2016, l'OAI a annulé cette décision, celle-ci ayant été notifiée avant réception du courrier du 31 mai 2016 de son avocat.
27. Le 30 août 2016, une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée. Selon l'enquêtrice, une activité lucrative ne serait pas exercée sans handicap. Quant à la situation financière, le salaire de l'époux de l'assuré était d'environ CHF 5'000.- par mois comme chauffeur-livreur. Celui-ci exerçait aussi un deuxième emploi le samedi pour l'entreprise K\_\_\_\_\_ pour environ CHF 400.- par mois. Le loyer était de CHF 1'430.- et les primes d'assurance-maladie de CHF 987.- par mois pour le couple. Il y avait une modification de la situation socio-familiale depuis la dernière enquête en avril 2013, la fille de l'assurée ayant quitté le domicile familiale en février 2015 et étant financièrement autonome depuis septembre 2014. Quant à l'époux, il avait pris un second emploi pour compléter les revenus. Il n'y avait pas de limitation sur le plan psychique et organisationnel. Quant à la préparation des repas, l'assurée devrait pouvoir participer à celle-ci en fractionnant son travail et en alternant les positions. Un empêchement de 30 % a toutefois été retenu, respectivement de 20 % avec l'aide du mari. Pour l'entretien du logement, l'époux faisait le ménage. Les gros nettoyages n'étaient plus faits régulièrement. Toutefois, l'assurée devrait pouvoir effectuer des tâches légères comme faire la poussière sur les meubles à sa hauteur, nettoyer le lavabo de la salle de bains, la table et le plan de cuisine, balayer à l'aide de moyens auxiliaires ou

passer la serpillière en fractionnant son travail. Un empêchement de 85 %, respectivement de 20 % avec l'aide du mari a été retenu pour ce champ d'activité. Les courses étaient effectuées toutes les deux semaines en voiture avec l'époux et complétées pour des choses légères par l'assurée ou son époux en voiture. Il n'y avait pas de limitation pour les tâches administratives. L'empêchement retenu, avec l'aide du mari, était de 25 % pour les courses et tâches administratives. La lessive était effectuée par l'époux et l'assurée étendait elle-même les petites pièces. Plus personne ne faisait le repassage. L'empêchement retenu était de 50 %, respectivement de 20 % avec l'aide du mari. Pour les autres activités, soit les plantes d'intérieur et le jardin familial avec un potager, un empêchement de 50 % était admis. Le total des empêchements était de 47,25 %, respectivement de 31,3 % avec l'aide du mari. Il est noté à cet égard que l'exigibilité de la participation du membre de la famille au ménage était moindre que dans l'enquête de 2013, puisque la fille de l'assurée ne vivait plus avec ses parents et que l'époux avait pris un second emploi pour compléter ses revenus.

28. Par courrier du 2 septembre 2016, l'assurée a souligné, par l'intermédiaire de son conseil, qu'elle était suivie par la doctoresse L\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et qu'il était étonnant qu'aucun rapport n'eût été réclamé à ce médecin. Or, une dépression avait un impact significatif sur la conduite du ménage.
29. Selon le rapport relatif à une IRM du rachis lombaire et des articulations sacro-iliaques réalisée le 5 septembre 2016, il y a des sigmates de spondylarthropathie lombaire et sacro-iliaque et des minimes signes d'inflammation L1 et L4.
30. Selon l'entretien téléphonique du 15 septembre 2016 du Dr J\_\_\_\_\_ du SMR avec la Dresse L\_\_\_\_\_, celle-ci suit l'assurée depuis 2014 et il n'y a pas d'empêchement dans le ménage, d'un point de vue strictement psychiatrique.
31. Selon l'avis du Dr J\_\_\_\_\_ du SMR du 29 septembre 2016, l'IRM précitée ne mettait en question ni le résultat de l'enquête ménagère ni le rapport précédent.
32. Par décision du 13 octobre 2016, l'OAI a refusé à l'assurée ses prestations.
33. Par acte du 14 novembre 2016, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et, implicitement, à l'octroi d'une rente d'invalidité, sous suite de dépens. Préalablement, elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Elle a rappelé des diverses activités exercées. En décembre 2002, à la suite de douleurs récurrentes du dos, elle avait préféré interrompre son activité, espérant une amélioration de son état. Elle avait par ailleurs effectué des recherches d'emploi postérieurement à 2002, sans toutefois en avoir conservé toutes les traces écrites. À ce jour, elle souffrait au quotidien et ne parvenait pas à comprendre qu'aucun médecin ne parvînt à poser un diagnostic. Elle devait effectuer quotidiennement des siestes et se

reposait pour maintenir un contact positif avec sa famille. Elle ne pouvait plus sortir autant, faire des courses ou encore du sport. La médication puissante comportait des effets secondaires tels que des étourdissements et des vomissements. Son mari cumulait deux activités professionnelles pour continuer à subvenir aux besoins de la famille et peinait à effectuer autant de tâches ménagères. Sa fille ne pouvait pas non plus s'occuper du ménage, si bien que bon nombre de tâches ménagères n'étaient plus accomplies, ne pouvant être exigées de son époux. Concernant son statut, elle a mis en avant avoir indiqué déjà en 2013 à l'enquêtrice que sans atteinte à la santé elle aurait travaillé dans le domaine du nettoyage et qu'elle avait effectué des recherches d'emploi. L'intimé l'avait ainsi qualifiée à tort en tant que ménagère à 100 %. Au demeurant, son mari avait dû trouver un deuxième emploi depuis 2004, faute de la recourante de reprendre son activité dans le domaine du nettoyage. En effet, le salaire de son époux était relativement modeste. S'agissant du trouble psychique, la recourante a estimé choquant que l'enquêtrice eût conclu qu'il n'y avait pas de limitations sur le plan psychique et organisationnel pour la conduite du ménage. Conformément à la jurisprudence, les limitations dans le ménage devaient être déterminées par une expertise psychiatrique. Il était en outre excessif d'exiger que son époux effectuât une bonne partie des tâches ménagères, alors qu'il travaillait à plus de 100 %. L'enquêtrice a également omis de mentionner que bon nombre de tâches ménagères n'étaient plus effectuées depuis le départ de sa fille, tels que le repassage ou encore le nettoyage de la salle de bains. Il était aussi incompréhensible que le taux d'exigibilité pour les emplettes et les courses diverses n'eût pas diminué, en dépit du départ de sa fille, laquelle avait également participé à ce poste. Il en était de même pour l'exigibilité dans le domaine de l'alimentation.

34. Dans sa réponse du 12 décembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant le statut, l'intimé a nié qu'il était établi que la recourante avait effectué des recherches d'emploi, la seule pièce produite pour la recherche d'une conciergerie étant insuffisante. Il a rappelé qu'une incapacité de travail significative dans le ménage ne pouvait être admise que si les tâches devaient être assumées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui subissaient de ce fait une perte de gain ou une charge extraordinaire. L'aide des proches allait plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé. Au demeurant, la Dresse L\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait aucun empêchement dans le ménage d'un point de vue psychiatrique. Ainsi, c'était à juste titre que l'intimé avait retenu des empêchements de l'ordre de 47,25 % sans exigibilité et de 31,30 % avec exigibilité.
35. Dans sa réplique du 9 janvier 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a notamment jugé insuffisant de s'adresser par téléphone à la psychiatre traitante, au lieu de lui envoyer un questionnaire médical détaillé. L'instruction était

dès lors lacunaire. En outre, renseignements pris auprès de cette dernière, elle n'avait pas de trace écrite de cet entretien téléphonique avec l'intimé et il lui paraissait étrange d'avoir pu affirmer oralement qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle dans le ménage. Enfin, une exigibilité de 15,95 % à l'égard de son époux constituait une charge excessive.

36. Le 23 février 2017, la recourante a été entendue par la chambre de céans et a déclaré ce qui suit :

« J'ai arrêté de travailler en 2002 parce que j'ai commencé à me sentir très mal. Un jour, je m'étais trouvée presque paralysée. J'avais beaucoup de douleurs un peu partout.

En 2002, j'étais suivie par la Dresse C\_\_\_\_\_ qui pensait que je souffrais de douleurs à cause de mes hernies discales. Elle m'a adressée ensuite au Dr M\_\_\_\_\_ et j'ai été aussi envoyée à l'Hôpital de La Tour. Une spondylarthrite m'a alors été diagnostiquée.

J'ai essayé de trouver après 2002 une place de concierge à 50 %. Même s'il y a des tâches qui demandent de la force, j'aurais pu assumer cette activité avec l'aide de mon mari pour ces tâches.

Mon mari avait accepté un deuxième emploi en 2004 sauf erreur. Il a pris cet emploi parce que je n'arrivais plus à travailler à l'extérieur.

Il y a deux mois j'ai changé de traitement, malheureusement sans amélioration.

Je ne pourrais pas travailler dans une position assise, car je ne peux pas rester dans cette position très longtemps à cause des douleurs importantes au bas du dos.

J'ai constamment très mal. Pendant la journée, je dois me coucher à certains moments et marcher ensuite, étant précisé que je dors très peu à cause des douleurs très fortes. (...)

J'ai fait plusieurs recherches d'emploi comme concierge, mais je n'ai pas gardé les pièces qui le prouvent ».

L'intimé a contesté à cette audience que la recourante eût arrêté de travailler en 2002 à cause des douleurs et a demandé à ce que cette question soit investiguée plus en avant auprès de la Dresse C\_\_\_\_\_.

37. Le 27 février 2017, la recourante a fait savoir à la chambre de céans qu'elle avait été suivie en fait en 2002 par le docteur N\_\_\_\_\_ et non pas par la Dresse C\_\_\_\_\_, comme elle l'avait indiqué par erreur lors de son audition. Le Dr N\_\_\_\_\_ étant aujourd'hui décédé, son cabinet avait été repris par le docteur O\_\_\_\_\_. Celui-ci ne disposait toutefois plus de son dossier.

38. Le 7 mars 2017, la recourante a informé la chambre de céans qu'aucun de ses médecins traitants n'était en mesure de fournir des informations permettant de retracer ou de reconstituer le dossier médical de l'époque.

39. À la demande de la chambre de céans, le docteur R\_\_\_\_\_ l'a informée que la recourante l'avait effectivement consulté les 20 septembre et 6 octobre 2004. Toutefois, comme tous les dossiers sous forme de papier datés de plus de dix ans, il avait été supprimé. Il lui était dès lors impossible de donner plus d'informations au sujet de ces consultations, notamment pour le diagnostic et la capacité de travail.
40. Dans sa réponse postée le 20 mars 2017, la Dresse L\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les limitations fonctionnelles étaient des troubles attentionnels et cognitifs. La recourante présentait également des troubles de la mémoire, une thymie dépressive avec aboulie et anhédonie, fatigabilité, inefficacité, mauvaise gestion du temps et difficultés pour la planification. À la question de savoir si la recourante subit une diminution de la capacité de travail dans le ménage sur le plan psychiatrique, ce médecin a répondu qu'elle était actuellement aidée dans le ménage par son entourage. La Dresse L\_\_\_\_\_ a par ailleurs signalé l'importance de l'impact au niveau thymique des multiples problématiques somatiques qui avaient entraîné une fragilité psychique importante, accompagnée d'un comportement peu souple, voire rigide et souvent non adapté, ce qui la faisait penser à une possible modification durable de la personnalité.
41. Par courrier du 5 mai 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à la chambre de céans que la recourante manquait de force dans les quatre membres et présentait des douleurs diffuses permanentes l'empêchant de rester longtemps dans une même position, et une asthénie chronique. Cela l'empêchait de travailler, même dans une activité limitée à deux heures par jour.
42. Par courrier du 10 mai 2017, la recourante a persisté à requérir une expertise psychiatrique judiciaire.
43. Le 18 mai 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en contestant notamment que la recourant aurait repris une activité lucrative en bonne santé. Il a fait valoir qu'il n'y avait notamment aucun rapport médical avant 2012 justifiant une incapacité de travail. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles dans le ménage, il y avait lieu de se fonder sur les conclusions de l'enquête économique sur le ménage du 30 août 2016.
44. Par courrier du 7 juin 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au docteur Q\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH. Elle leur a également communiqué les questions à poser à l'expert.
45. Par courrier du 9 juin 2017, la recourante a accepté l'expert pressenti et sa mission. Elle a toutefois sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dès lors

que le Dr H\_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur sa capacité de travail en présence d'une atteinte psychique, réservant expressément son pronostic dans cette hypothèse. Par ailleurs, les médecins qui l'avaient examinée n'avaient pu s'accorder sur un diagnostic. Enfin, d'autres problèmes médicaux étaient apparus par la suite (troubles mictionnels complexes, cystite interstitielle, problèmes d'incontinence) qui n'avaient pas fait l'objet d'une appréciation médicale de la part de l'intimé.

46. Par écriture du 17 juillet 2017, l'intimé a persisté à contester que la recourante présentait un statut mixte. Il a par ailleurs relevé que les questions à l'attention de l'expert étaient dirigées et limitaient l'appréciation de la capacité de travail à 25% dans une activité adaptée. Cela étant, l'intimé s'est opposé au principe même de la mise en place d'une expertise judiciaire, tout en réservant ses conclusions à ce sujet, si la chambre de céans persistait à l'ordonner.

### **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 ; ATF 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. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées, comme la fibromyalgie, peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une

vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

3. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "celles-ci désignent des

capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss )" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

4. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

5. En l'occurrence, le Dr H\_\_\_\_\_ a jugé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour définir la répercussion de la fibromyalgie sur la capacité de travail. Cela est également conforme à la jurisprudence précitée en la matière.

L'évaluation de la capacité de travail dans une activité lucrative sur le plan psychiatrique est en outre nécessaire dans l'hypothèse où il devait être admis que la recourante aurait travaillé, si elle était en bonne santé.

Cela étant, la chambre de céans estime nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique.

6. Quant à la question de la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire rhumatologique, elle sera examinée ultérieurement. Au demeurant, les éléments

médicaux nouveaux, à savoir notamment les problèmes de vessie et d'incontinence, pourront être pris en considération en tant que comorbidités dans l'évaluation des ressources de la recourante pour surmonter la fibromyalgie.

7. L'expertise sera confiée au Dr Q\_\_\_\_\_.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr Q\_\_\_\_\_.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame A\_\_\_\_\_.
  - 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.
  - Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    1. Quels sont vos diagnostics au niveau psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
    2. Quelles limitations fonctionnelles provoquent les atteintes à la santé psychique dans une activité adaptée aux handicaps physiques?
    3. Sur le plan psychiatrique, quelle est la capacité de travail de Mme A\_\_\_\_\_ dans une activité lucrative adaptée aux limitations physiques?
    4. Y-a-t-il une diminution de la capacité de travail dans le ménage en raison des atteintes psychiques et, dans l'affirmative, de quel pourcentage?
    5. Constatez-vous une exagération des symptômes, aussi sur le plan somatique, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?
    6. Y-a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique ?
    7. La gravité de la fibromyalgie est-elle rendue plausible par des éléments ressortant de l'étiologie et la pathogénèse ?
    8. Quel est le contexte social (quotidien et environnement) ?

9. Y-a-t-il des limitations fonctionnelles uniformes, sur le plan somatique, dans les activités de tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ?
  10. Quelle est la compliance ?
  11. Mme A\_\_\_\_\_ a-t-elle les ressources suffisantes pour surmonter les manifestations de la fibromyalgie, compte tenu notamment de son environnement social, des comorbidités physiques et psychiques et de la structure de sa personnalité ? Cas échéant, pour quelles raisons estimez-vous que ces ressources sont insuffisantes ?
  12. Compte tenu des plaintes de l'expertisée liées à la fibromyalgie, ainsi que des atteintes psychiatriques, quelle est sa capacité de travail dans une activité adaptée ?
  13. Quel est votre pronostic ?
- D. Invite le Dr Q\_\_\_\_\_ 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 le