

## **GE\_GERICHTE ATAS/151/2016 vom 1. März 2016**

GE Cour de justice, 2016-03-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_151\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_151_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/151/2016 du 1 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/151/2016 del 1 marzo 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 45**

minutes, que ce dernier n'avait disposé d'aucun rapport médical, ni eu de contact avec le psychiatre traitant de la recourante et qu'il n'avait pas évoqué avec elle le problème de consommation d'alcool révélés par les examens biologiques, dont les résultats avaient été obtenus après l'unique consultation. De plus, les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ étaient opposées à celles des Drs D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, tous deux psychiatre, et du Dr G\_\_\_\_\_, médecin traitant, s'agissant des diagnostics retenus et de leurs effets sur la capacité de travail de la recourante. En effet, alors que pour les Drs D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, la capacité de travail de cette dernière était nulle, le Dr E\_\_\_\_\_ et le SMR (et l'intimé à sa suite) avaient retenu que les différents diagnostics posés n'induisaient aucune invalidité, y compris, pour le SMR et l'intimé, les problèmes somatiques de ténosynovite calcifiante du long biceps de l'épaule gauche et du syndrome vertébral douloureux dorso-lombaire algique sur troubles statiques et dégénératifs du rachis. Ordonner une expertise bidisciplinaire s'avérait par conséquent nécessaire. 25. Par décision du 23 mars 2015, le vice-président du Tribunal civil a admis la recourante au bénéfice de l'assistance juridique, avec effet au 9 mars 2015. 26. Dans un rapport d'expertise du 15 avril 2015, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué s'être fondé sur une consultation avec la recourante du 22 décembre 2014 et le dossier de l'intimé mis à sa disposition. Il a résumé le dossier médical, exposé l'anamnèse de la recourante et ses plaintes, fait état de l'examen rhumatologique conduit par ses soins et livré son appréciation du cas. Le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status après acromio-plastie décompressive avec résection acromio-claviculaire et libération du nerf supra-scapulaire le 4 novembre 2014, en raison d'un conflit sous-acromial avec arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, et de cervico-dorsalgies diffuses, d'origine musculaire probable. S'agissant des cervico-dorsalgies, le degré de gravité était faible, en raison du caractère modérément handicapant et diffus des douleurs, sans atteinte segmentaire précise. En outre, l'examen rhumatologique était tout à fait rassurant, avec une mobilité du rachis cervical et dorsal parfaitement conservé, sans limitation ni douleur segmentaire de la colonne dorsale. Le diagnostic somatique était difficile à préciser. Les douleurs étaient probablement dues à des influences psychologiques

A/1079/2014 - 10/26 - jouant un rôle amplificateur. Cette atteinte n'induisait aucune limitation fonctionnelle et n'entraînait aucune incapacité de travail significative. En ce qui concerne les douleurs à l'épaule gauche, la recourante était encore en phase post-opératoire d'une acromioplastie arthroscopique. Il convenait dès lors d'attendre une récupération fonctionnelle de six à neuf mois après l'intervention, soit en juin 2015. Lors de la consultation, la recourante se sentait toujours très handicapée par les douleurs de son épaule gauche, notant toutefois une amélioration de 50 % par rapport à son état préopératoire. Certains éléments discordants évoquaient une possible amplification des plaintes, dans la

mesure où elle présentait à l'examen clinique de fortes autolimitations dans toutes les amplitudes alors que, quelques semaines avant, lors de l'examen de contrôle chez le Dr I\_\_\_\_\_, la mobilité était bien conservée. Dès lors, le degré de gravité de l'atteinte à l'épaule gauche était moyen, puis, faible, début juin 2015 au plus tard. La recourante était limitée dans les activités nécessitant de lever l'épaule au-dessus de l'horizontal, de porter des charges avec élévation-abduction ou des mouvements de rétropulsion et des mouvements répétitifs du bras en abduction ou rotation. Une récupération fonctionnelle était probable début juin 2015, au plus tard. L'incapacité de travail était complète, le temps de sa récupération fonctionnelle post-opératoire. La pathologie handicapante remontait environ à décembre 2013, compte tenu du rapport du 16 décembre 2013 du Dr G\_\_\_\_\_. Depuis lors, sa capacité de travail était restée stationnaire, essentiellement en raison de son épaule. Dès le mois de juin 2015, la capacité de travail de la recourante serait entière dans son activité habituelle et dans une activité manuelle adaptée, sans port de charges ou mouvements répétitifs du bras gauche, même si la récupération n'était pas totalement satisfaisante, ce qui ne semblait pas être le cas, dans la mesure où elle était droitrière. Aucune baisse de rendement n'était à prévoir. Après discussion avec la Dresse J\_\_\_\_\_, il apparaissait que le handicap de la recourante était principalement d'ordre psychiatrique. De plus, les douleurs cervico-dorsales s'inscrivaient en grande partie dans une problématique psychologique, sans grand substrat organique. Le caractère handicapant des douleurs à l'épaule semblait également fortement influencé par la problématique psychique, pouvant faire craindre une évolution insatisfaisante de l'intervention chirurgicale, alors que d'un point de vue objectif, l'opération était plutôt un succès avec une bonne récupération fonctionnelle. 27. Dans un rapport d'expertise du 15 avril 2015, la Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué s'être fondée sur un entretien avec la recourante de 90 minutes, sur le dossier de l'intimé et de la chambre de céans et sur des entretiens téléphoniques avec les Drs L\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Elle a exposé l'anamnèse de la recourante et ses plaintes, fait état de ses constatations objectives et du status clinique et livré son appréciation du cas. La Dresse J\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'agoraphobie sans attaque de panique et d'autres troubles psychotiques aigus et transitoires. Elle

A/1079/2014 - 11/26 - a également posé le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation d'alcool – utilisation épisodique. La recourante montrait un faciès marqué par la tristesse, un manque d'élan vital important, un ralentissement psychomoteur évident et un repli sur elle-même, y compris physique. Elle semblait anéantie, ne sachant pas trop quoi dire, comme si elle était « sans défense », « comme un enfant », « perdue ». Elle avait pleuré durant quasiment tout l'entretien. Elle était inquiète, anxieuse et appréhendait son avenir. Elle était orientée dans les quatre modes et ne présentait pas de troubles cognitifs, de troubles de l'attention ou de la concentration, du moins durant l'entretien. La thymie était marquée par une humeur triste, une perte de goût de la vie, une anhédonie, une aboulie et un sommeil régulé par la prise de médicaments. L'appétit était complètement dérégulé. Elle disait avoir perdu l'appétit mais « grignotait beaucoup ». Les premiers psychotropes donnés lui avaient fait perdre vingt kilogrammes. Après leur arrêt, elle avait pu perdre dix kilogrammes mais n'était jamais revenue à son poids initial (109 kilogrammes). Des douleurs chroniques s'étaient accentuées depuis son licenciement. Elle était angoissée et avait peur de se faire du mal, présentant souvent des idées suicidaires – elle pensait souvent à prendre des médicaments « pour en finir ». Depuis un an et demi, elle présentait des idées de concernement, elle avait

des hallucinations auditives. Quand elle éprouvait de trop fortes angoisses, elle entendrait sa mère décédée lui parler à l'oreille gauche. Elle voyait également sa mère à la télévision, ce qui l'inquiétait passablement. Elle était nosognosique de ce qui lui arrivait, mais elle avait perdu totalement confiance en elle et semblait ne plus savoir utiliser ses ressources internes. Le trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive était apparu à l'annonce de son licenciement, soit le 27 avril 2012. Il était sévère et entraînait des limitations fonctionnelles, son anxiété et sa dépression l'empêchant d'assurer les tâches quotidiennes à domicile ou d'assumer un quelconque travail. L'incapacité de travail était totale. L'agoraphobie sans attaque de panique était apparue à la même date que le trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, selon les dires de la recourante. Il était de gravité moyenne et l'empêchait d'être autonome, dans la mesure où elle était dépendante, le plus souvent de son mari, pour sortir de chez elle ou se trouver dans les lieux publics. Les hallucinations auditives et visuelles, dont elle était victime depuis un an et demi, aggravaient le tableau clinique. En effet, si le traitement par neuroleptiques masquaient ce problème, il en aggravait un autre, soit la prise de poids, ce qui était problématique chez une personne hypertendue avec des apnées du sommeil, telle que la recourante, en raison des risques de diabète majeur. L'arrêt des neuroleptiques entraînait une montée de l'anxiété et une possibilité de présenter un état psychotique transitoire dont elle avait peur, mais dont elle avait encore

A/1079/2014 - 12/26 - conscience qu'il n'était pas réel. Ces hallucinations, quand elle était très anxieuse, l'empêchait de se concentrer, de se focaliser sur quoi que ce soit d'autre, de se centrer et de s'organiser. S'agissant des troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation d'alcool - utilisation périodique -, la recourante souffrait de cette dépendance depuis son licenciement, étant précisé qu'elle n'avait jamais été dépendante à l'alcool au préalable. Sa dépendance était actuellement épisodique et n'était plus un problème qui pourrait la limiter dans ses actions. La prise en charge nécessaire était déjà en cours, soit une psychothérapie à raison d'une séance hebdomadaire au minimum, une thérapie d'orientation cognitive et comportementale, la prise des médicaments actuels, voire une majoration du traitement, et un soutien important. Les chances de succès d'une réadaptation professionnelle ne pouvaient pas être déterminées en l'état, mais devraient être réévaluées après un à deux ans de suivi thérapeutique. Le pronostic global était mauvais, mais avec des chances de progression si le traitement préconisé était suivi. D'un point de vue psychiatrique, il était clair que la recourante présentait trop de troubles pour pouvoir reprendre une quelconque activité professionnelle, et ceci à long terme. La capacité de travail pourrait s'améliorer sur le long terme, ce qui devrait faire l'objet d'une réévaluation avec les psychothérapeutes traitant. Elle pourrait bénéficier d'une association de deux antidépresseurs pour potentialiser leurs effets avec la psychothérapie d'orientation cognitive et comportementale. Dans ce contexte, le soutien de ses proches était fondamental pour le bon déroulement de son suivi. Il ressortait de l'entretien avec le Dr K\_\_\_\_\_ que l'intensité des douleurs exprimées par la recourante n'était pas explicable. Il était vrai que lorsqu'un diagnostic tel qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse était posé, il n'était pas rare d'observer une accentuation des douleurs physiques chez l'intéressé. Le traitement psychothérapeutique et pharmacologique pourraient alors aider à atténuer les symptômes algiques. 28. Le 6 mai 2015, les Drs K\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont adressé à la chambre de céans leur note d'honoraires de respectivement CHF 3'150.- et CHF 1'332.60. 29. Dans ses observations du 22 mai 2015, la recourante a conclu à l'annulation de la décision du 12 mars 2014 et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 27

avril 2012, sous suite de frais et dépens. L'expertise bidisciplinaire des Drs K\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ concluait à une incapacité totale de travail à long terme. L'expertise était complète et actuelle de sorte que sa valeur probante devait être reconnue et l'expertise de la clinique Corela écartée. Son invalidité étant de 100 %, elle avait le droit de bénéficier d'une rente entière. En incapacité de travail depuis le 27 avril 2012, ladite rente devait lui être octroyée dès cette date.

A/1079/2014 - 13/26 - 30. Dans ses observations du 10 juin 2015, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions. L'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ présentait des incohérences et des contradictions. À l'appui de ses écritures, l'intimé a produit un avis du SMR, établi le 20 mai 2015 par le docteur M\_\_\_\_\_. Après avoir énuméré les diagnostics retenus par la Dresse J\_\_\_\_\_ et fait état des conclusions de cette dernière relatives à la capacité de travail de la recourante, le Dr M\_\_\_\_\_ a relevé que l'experte n'avait pas retenu de diagnostic de trouble dépressif sévère, mais seulement un trouble de l'adaptation qui ne pouvait pas être considéré comme incapacitant. De plus, bien qu'elle qualifiât le trouble de l'adaptation de sévère, elle précisait que la recourante ne présentait plus d'idées suicidaires « grâce à son suivi psychothérapeutique et pharmacologique ». De même, elle qualifiait l'agoraphobie de sévère, mais précisait que la recourante n'avait pas d'attaque de panique et pouvait tout-à-fait sortir en compagnie de sa famille. En ce qui concerne les troubles psychotiques, la Dresse J\_\_\_\_\_ précisait qu'ils étaient intermittents et avaient été nettement améliorés par le traitement médicamenteux. Enfin, elle ne donnait aucun élément sur la dépendance à l'alcool, lequel était pourtant un facteur de résistance majeur au traitement des troubles dont souffrait la recourante. Compte tenu de ces éléments, en particulier de l'absence de diagnostic de trouble dépressif sévère et d'élément permettant de confirmer l'arrêt de la dépendance à l'alcool, les conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_ devaient être écartées, d'autant qu'elle considérait que l'illettrisme de la recourante était un problème majeur pour une reconversion. Comme signalé dans le rapport du SMR du 28 janvier 2014, il fallait considérer que la dépendance à l'alcool jouait un rôle essentiel dans les troubles psychiques et l'incapacité de travail de la recourante, de sorte que les atteintes ne pouvaient pas être prises en compte par l'intimé et qu'il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes. 31. Par courrier du 17 juin 2015, l'intimé a confirmé son analyse du cas et persisté dans ses conclusions. 32. Dans ses observations du 19 juin 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions du 22 mai 2015. L'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où elle ne souffrait d'aucune contradiction ; elle était claire, documentée et surtout impartiale. Contrairement au Dr M\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'était pas connue, l'experte l'avait rencontrée. Ses constatations objectives, listées dans l'expertise, lui avait permis de poser ses diagnostics. La Dresse J\_\_\_\_\_ avait relevé la présence d'idées suicidaires. De même, concernant son agoraphobie, l'experte avait mentionné qu'elle ne pouvait sortir qu'accompagnée d'un membre de sa famille, et non qu'elle sortait tranquillement avec sa famille, comme tentait de le faire croire le Dr M\_\_\_\_\_. S'agissant de la soi-disant absence de renseignement sur sa dépendance à l'alcool, l'expertise abordait cette question à plusieurs reprises et retenait finalement qu'elle n'entravait pas sa capacité de travail. Sur ce point, la recourante a précisé que sa psychothérapie et sa médication lui avaient permis de réduire sa consommation,

A/1079/2014 - 14/26 - laquelle était devenue épisodique. Enfin, si le Dr M\_\_\_\_\_ contestait le diagnostic posé, il n'émettait aucun avis objectif permettant de le justifier, ce qui ne pouvait pas suffire à contredire les conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_. EN DROIT 1. a.

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA, en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Déposé le 11 avril 2014 contre une décision du 12 mars 2014 reçue par la recourante le 14 mars 2014, le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il contient un exposé des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions de la recourante, et satisfait ainsi aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'AI auxquelles elle estime avoir droit, car elle est touchée par cette décision et a un intérêt digne de protection à son annulation ou modification (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre 2012 et 2014, soit sous l'empire de la LAI dans sa version actuelle (pour mémoire, les trois dernières révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision], 6 octobre 2006 [5ème révision] et 18 mars 2011 [révision dite 6a], sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004, 1er janvier 2008 et 1er janvier 2012). Le droit éventuel aux

A/1079/2014 - 15/26 - prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard du droit actuel (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ; à noter que les trois révisions précitées n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier sur la notion d'invalidité et le cas échéant la manière d'évaluer l'invalidité [arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322]). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en

considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 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

A/1079/2014 - 16/26 - les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, moyennant au besoin un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c ; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle

résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a ; 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle

A/1079/2014 - 17/26 - dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

A/1079/2014 - 18/26 - 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 LPG), 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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

A/1079/2014 - 19/26 - 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 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de

l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

A/1079/2014 - 20/26 - consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 8. En l'espèce, la recourante soutient être en incapacité totale de travailler depuis le 27 avril 2012. Elle se fonde principalement sur les

expertises réalisées par les Drs K\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Pour sa part, l'intimé conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ et soutient que la recourante dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans toute activité, comme le retient la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR dans son rapport du 28 janvier 2014. En l'occurrence, il convient de rappeler que, dans son ordonnance du 30 octobre 2014, la chambre de céans a nié la valeur probante de l'expertise de la clinique Corela du 14 novembre 2012, au motif que la durée de l'entretien entre le Dr E\_\_\_\_\_ et la recourante avait été trop faible, que l'expert n'avait pas eu à sa disposition les pièces médicales figurant au dossier, ni eu de contact avec le psychiatre traitant de la recourante et qu'il n'avait pas évoqué avec elle le problème de consommation d'alcool révélés par les résultats des examens biologiques, obtenus après l'unique consultation. De plus, les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ étaient opposées à celles des médecins et psychiatres traitants. La chambre de céans ne peut que confirmer la pertinence de cette appréciation quant au défaut de valeur probante de ladite expertise. S'agissant de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, ce dernier a retenu les diagnostics de status après acromio-plastie décompressive avec résection acromio-claviculaire et

A/1079/2014 - 21/26 - libération du nerf supra-scapulaire le 4 novembre 2014, en raison d'un conflit sous- acromial avec arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, et de cervico- dorsalgies diffuses, d'origine musculaire probable. La capacité de travail de la recourante était nulle de décembre 2013 à mai 2015, puis entière dès le début du mois de juin 2015, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle et dans une activité manuelle adaptée, sans port de charges ou mouvements répétitifs du bras gauche, même si la récupération n'était pas totalement satisfaisante, ce qui ne semblait pas être le cas, dans la mesure où elle était droitnière. Cette expertise répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de la recourante, sur une étude approfondie de son dossier médical et sur un entretien avec la Dresse J\_\_\_\_\_, tient compte des plaintes exprimées et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ permet aisément de comprendre les troubles dont souffre la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Aucun élément au dossier ne permet de contredire les conclusions de l'expert, étant précisé qu'aucune des parties ne les a remises en cause. Dès lors, la chambre de céans n'a aucun motif de s'en écarter. Quant à l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_, elle a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'agoraphobie sans attaque de panique, d'autres troubles psychotiques aigus et transitoires et de troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation d'alcool – utilisation épisodique –, étant précisé que ce dernier diagnostic n'avait aucun effet sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans toute activité, depuis avril 2012, étant précisé qu'une amélioration de l'état de santé dans le futur n'était pas inenvisageable. Pour parvenir à ces conclusions, la Dresse J\_\_\_\_\_ s'est fondée sur un entretien de 90 minutes avec la recourante, sur une étude du dossier lui ayant été transmis et sur des entretiens avec les Drs L\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Elle a exposé l'anamnèse de la recourante et ses plaintes et fait état de ses conclusions objectives et du status clinique de l'intéressée. Certes, cette expertise est concise. Cependant, elle est suffisamment motivée et claire pour permettre de comprendre quelles sont les atteintes de la recourante et en quoi elles limitent sa capacité de travail. Dans son avis du 20 mai 2015, dont les conclusions ont été reprises par l'intimé, le Dr M\_\_\_\_\_ émet plusieurs griefs à l'encontre de cette expertise. En premier lieu, il apparaît que l'énumération par le Dr M\_\_\_\_\_ des diagnostics retenus par la Dresse J\_\_\_\_\_ est approximative et incomplète. Selon le Dr M\_\_\_\_\_, le fait que seul le diagnostic de trouble

de l'adaptation ait été retenu, à l'exclusion d'un trouble dépressif sévère, ne suffit pas à justifier une incapacité de travailler, ce d'autant plus que la recourante ne présentait plus d'idées suicidaires. Or, comme indiqué précédemment, la Dresse J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, qu'elle a qualifié de sévère, ce qui ne constitue pas le même diagnostic, ni n'implique les mêmes effets qu'un simple

A/1079/2014 - 22/26 - trouble de l'adaptation. À ce trouble s'ajoutent également deux autres diagnostics incapacitants et le fait que la recourante présente encore des idées suicidaires (p. 3 de l'expertise). En absence de toute motivation de la part du Dr M\_\_\_\_\_, il apparaît en réalité que ce dernier se contente de superposer sa propre analyse à celle de l'experte, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en cause ses conclusions. S'agissant de l'agoraphobie, la critique du Dr M\_\_\_\_\_ est fondée sur une mauvaise lecture de l'expertise. En effet, il ne ressort en aucun cas de ce document que la recourante « peut tout-à-fait sortir en compagnie de sa famille », mais qu'elle n'est en mesure de sortir ou de se trouver dans les lieux publics qu'en présence de sa famille, ce qui n'a pas la même signification, ni la même portée. En ce qui concerne les troubles psychotiques, une fois encore, la lecture de l'expertise par le Dr M\_\_\_\_\_ est erronée, puisque si lesdits troubles ne sont pas permanents et qu'ils sont améliorés par le traitement médicamenteux, ils apparaissent encore lorsque l'anxiété est importante, ce qui n'est pas sans conséquence pour la recourante. Enfin, le grief de l'absence d'élément sur la dépendance à l'alcool invoquée par le Dr M\_\_\_\_\_ est difficilement compréhensible, l'experte ayant retenu un diagnostic associé à cette dépendance, sans effet sur la capacité de travail, et ayant abordé cette problématique dans son analyse du cas. Le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR ne permet pas non plus de remettre en cause l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_. En effet, ladite expertise a été établie et doit être lue en parallèle avec celle du Dr K\_\_\_\_\_. Or, la Dresse H\_\_\_\_\_ n'a pas abordé les questions somatiques dans son rapport, se contentant de poser un diagnostic sans effet sur la capacité de travail, sans le discuter. Par ailleurs, il convient de souligner que l'atteinte somatique présentée par la recourante a conduit cette dernière à devoir subir une chirurgie et une convalescence de plusieurs mois, ce qui contredit le fait que l'atteinte ait été sans effet sur la capacité de travail de la recourante, compte tenu de son activité manuelle. En tout état de cause, le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ est antérieur à celui de la Dresse J\_\_\_\_\_ et insuffisamment motivé pour permettre de remettre en cause les conclusions d'une expertise judiciaire. À cela s'ajoute que les conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_ vont dans le même sens que celles des deux psychiatres, en particulier celles, particulièrement motivées, de la Dresse F\_\_\_\_\_ et des deux médecins traitants de la recourante, ce qui rend d'autant plus vraisemblable, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité, sous réserve d'une amélioration ultérieure de son état de santé. Compte tenu de ce qui précède, l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans n'a dès lors aucun motif de s'écarter de ses conclusions ou de celles du Dr K\_\_\_\_\_. Ainsi, c'est à tort que l'intimé a considéré que les atteintes à la santé de la recourante n'étaient pas invalidantes. À la lecture des expertises précitées, il apparaît au contraire que la recourante présente une incapacité totale de travailler, dans toute activité.

A/1079/2014 - 23/26 - 9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en

moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 10. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). 11. En l'espèce, la recourante présente une incapacité de travail totale depuis le 11 mai 2012, de sorte que son degré d'invalidité se monte à 100 %. Ce taux, supérieur à 70 % (art. 28 al. 2 LAI), lui donne droit à une rente entière d'invalidité, depuis le mois de décembre 2013, soit six mois après le dépôt de sa demande, en juin 2013 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le principe du droit à la rente étant admis, il appartiendra à l'intimé d'en déterminer son montant, de s'acquitter des arriérés de rentes en main de la recourante et de lui verser mensuellement la rente d'invalidité qu'il aura fixée, jusqu'à extinction du droit (art. 30 LAI) ou une éventuelle révision. 12. Il convient enfin de déterminer si les frais de l'expertise judiciaire mise en œuvre dans l'ordonnance du 30 octobre 2014 peuvent être mis à la charge de l'intimé. a. À l'ATF 137 V 210 consid. 4.4.2, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire mono-, bi- ou pluridisciplinaire pouvaient le cas échéant être mis à la charge d'un assureur social. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un ou plusieurs experts ou à un centre d'expertise parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137

A/1079/2014 - 24/26 - V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer, dans son principe, aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment

le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4; voir également 139 V 225 consid. 4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 134 V 496 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 4.1). b. En l'espèce, l'intimé a rendu la décision querellée sur la base de l'expertise la clinique Corela du 14 novembre 2012, dont la valeur probante a été déniée par la chambre de céans. S'ajoute à cela que l'intimé n'a jamais investigué les atteintes rhumatologiques de la recourante, malgré le fait que le Dr G\_\_\_\_\_ les ait signalées dans son rapport du 16 décembre 2013 et que le SMR les ait retenues dans son rapport du 28 janvier 2014, sans toutefois les discuter ou motiver pourquoi les diagnostics y relatifs n'avaient aucun effet sur la capacité de travail. L'intimé s'étant fondé sur une expertise non probante et n'ayant pas procédé à une expertise permettant une évaluation globale de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail, en fonction des diverses atteintes somatiques et psychiques, la chambre de céans a dû ordonner une expertise judiciaire bidisciplinaire, afin de disposer des éléments médicaux nécessaires pour déterminer le droit aux prestations

A/1079/2014 - 25/26 - de la recourante. Par conséquent, il existe un lien de causalité entre les défauts de l'instruction administrative et la mise en œuvre de l'expertise judiciaire ordonnée le 30 octobre 2014. Aussi la chambre de céans considère-t-elle qu'il se justifie de mettre à la charge de l'intimé la totalité des frais de l'expertise judiciaire des Drs K\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, soit CHF 4'482.60 (CHF 3'150.- + 1'332.60). 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 2 juillet 2013 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-.

A/1079/2014 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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