

GE_GERICHTE ATAS/17/2018 vom 8. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_17_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/17/2018 du 8 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/17/2018 del 8 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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

A/2043/2016 - 27/44 - 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

E. 4

L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, étant rappelé que par décision du 22 juin 2012, entrée en force, une rente entière d'invalidité lui a été octroyée, pour une durée limitée du 1er février 2011 au 30 avril 2012.

E. 5

En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque

la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

E. 6

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/2043/2016 - 28/44 - Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

E. 7

Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain 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 (al. 1). 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 (al. 2). 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 et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 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).

E. 8

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

A/2043/2016 - 29/44 - 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 finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant 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 ; ATF 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).

E. 9

a. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont notamment applicables en cas de trouble de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). b. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 131 V 49 consid. 1.2).

A/2043/2016 - 30/44 - Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux

sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. c. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

A/2043/2016 - 31/44 - Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète

dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social »

A/2043/2016 - 32/44 - Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 10

a. 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

A/2043/2016 - 33/44 - un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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). 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. 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 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A 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 des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 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

A/2043/2016 - 34/44 - 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). c. L'évaluation psychiatrique comporte une importante marge d'appréciation pour l'exercice de laquelle les impressions directes que se fait l'expert de la personne soumise à l'examen psychiatrique est essentielle, de sorte que ce dernier doit en principe être effectué sur la base d'une consultation médicale et qu'aucun psychiatre ne peut valider l'avis d'un collègue sans avoir examiné lui-même l'assuré. Quant au temps consacré pour l'entretien, il y a lieu de rappeler que la durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Au demeurant, dans le cadre d'examen psychiatrique, les procédés d'évaluation schématiques n'ont qu'une fonction complémentaire et ne peuvent se substituer à l'examen clinique, avec anamnèse, description des symptômes et observation du comportement de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1 et 4.2, ainsi que les références).

E. 11

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

E. 12

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les

A/2043/2016 - 35/44 - expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 13

Enfin, 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 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).

E. 14

a. En l'espèce, après avoir dénié toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr S_____ du 2 janvier 2016 et constaté que les autres rapports médicaux au dossier ne permettaient pas non plus de statuer sur l'état de santé de la recourante et sur la capacité de travail de celle-ci, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire. b. Le rapport d'expertise du 30 juin 2017, comprenant son complément du 27 octobre 2017, en tant qu'il est fondé sur l'entier du dossier et plusieurs entrevues avec la recourante, dont un auquel a participé l'époux de celle-ci, ainsi que des entretiens téléphoniques avec les Drs X_____, U_____ et K_____, qu'il comprend une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et médico-psychiatrique, une description des plaintes de la recourante, un status clinique, un diagnostic motivé de façon précise ainsi qu'une appréciation du cas avec la description des limitations fonctionnelles et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante, répond à tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'expert a conclu à la présence d'un trouble stress post-traumatique entraînant des limitations fonctionnelles importantes, à hauteur de 70 %, de 2012 à 2015 et de 100 % dès le 1er janvier 2016, soit une limitation de la flexibilité, des capacités d'adaptation, de prise de décisions, d'endurance, de l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe par la présence d'une asthénie, des troubles de la concentration, d'irritabilité, de douleur morale persistante, de souffrance psychique constante avec des hospitalisations et de la chronicisation de la situation. Le trouble stress post-traumatique était de forme sévère et chronique (sur presque trois décennies), d'un mauvais pronostic, en particulier parce que la recourante avait été victime de plusieurs événements traumatiques différents, qui étaient

A/2043/2016 - 36/44 - crédibles (torture, viols, situation de guerre, accident de la voie publique, traumatisme de son frère, incarcération, disparitions de proches), s'étalant sur de nombreuses années, dont certains étaient des traumatismes intentionnels, dont le pronostic était plus mauvais que des traumatismes non-intentionnels. Des capacités de résilience avaient été mobilisées par la recourante jusqu'en 2010, puis étaient en grande partie inopérantes depuis ; le bon pronostic et la récupération totale de la capacité de travail annoncée par le Dr T_____ ne s'étaient pas produits, l'état psychique s'étant détérioré avec plusieurs hospitalisations. S'agissant de l'analyse des indicateurs fixés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en présence d'un trouble somatoforme douloureux, applicables au trouble stress post-traumatique, il convient de relever que l'expert a, d'emblée, mentionné que le trouble stress post-traumatique, qui n'est plus contesté par l'intimé (avis du Dr Z_____ du 7 septembre 2017), dont la recourante présente une forme sévère, est, en lui-même, associé à un haut niveau de handicap physique, social et professionnel et que l'altération du fonctionnement s'observait dans le domaine social, interpersonnel, développemental, éducatif, physique et professionnel (complément d'expertise, p. 2). En particulier, l'expert a relevé que la recourante s'était globalement conformée aux traitements prescrits, relationnels et médicamenteux, qu'elle acceptait volontiers ; elle était demanderesse de soins afin de soulager sa souffrance. La personnalité

de la recourante s'était modifiée quand ses capacités de résilience avaient été épuisées avec la présence d'altérations négatives de l'humeur. Le degré de cohérence était élevé ; les limitations touchaient certains domaines de manière relativement uniforme (tâches ménagères et administratives assurées par l'époux, absence de loisirs, baisse de l'activité psychomotrice). c. La recourante conclut à la prise en compte du rapport d'expertise judiciaire et à la reconnaissance d'une capacité de travail de 30 % entre 2012 et 2015 et nulle dès janvier 2016. L'intimé conteste en revanche la valeur probante de l'expertise judiciaire et conclut à l'absence de caractère incapacitant du syndrome de stress post-traumatique.

E. 15

La chambre de céans constate que les critiques émises tant par le SMR que l'intimé ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire. a. Le SMR estime que l'existence d'un trouble stress post-traumatique est convaincante mais que les conséquences retenues par l'expert sur l'état de santé de la recourante ne le sont pas, au motif que l'expert ne relève aucun signe objectif de la ligne dépressive (pas d'idées suicidaires, pas de pleurs, pas de signe de tristesse visible...) ou anxieuse (pas de signe de tension, pas de tremblement ou de sudation) ni de signe de trouble dans la relation interpersonnelle au cours de l'examen (pas d'irritabilité, pas de refus de réponse, pas de prostration...) et qu'il décrit une

A/2043/2016 - 37/44 - thymie labile en relation avec une alternance de plainte, de désespoir exprimé et de colère et non avec des éléments objectifs. La chambre de céans constate que l'expert a, au contraire, précisé, dans son complément d'expertise, que la souffrance constatée était liée au trouble stress post-traumatique et au diagnostic de trouble dépressif et que la thymie était labile avec une alternance de désespoir exprimé avec faciès triste et pleurs, de propos de la recourante exprimant de la colère envers sa famille et son père, de nombreuses plaintes et l'expression d'idées suicidaires ; le status clinique résumé dans l'expertise révélait déjà que les émotions étaient dominées par la tristesse, le pessimisme, avec l'expression d'une souffrance morale, d'un mal être généralisé et d'idées suicidaires ; les questions sur le vécu traumatique entraînaient l'expression de symptômes de dissociation et de la peur de rester en tête à tête avec l'expert ; les troubles du sommeil étaient confirmés par l'époux (expertise, pp. 8 et 9). Il existait de la colère et des affects négatifs qui étaient prédominants, une réduction très marquée des activités, un sentiment de détachement, des émotions uniquement négatives, une irritabilité et sensibilité exacerbées dans les relations interpersonnelles, des problèmes de concentration et une perturbation chronique du sommeil qui entraînait une souffrance cliniquement significative (expertise, pp. 12- 14). L'expert a aussi insisté sur le fait que la recourant avait dû séjourner à l'hôpital ou en clinique en psychiatrie, à plusieurs reprises (en 2007 aux HUG suite à une réaction suicidaire, plusieurs hospitalisations depuis 2010 à la Métairie, la Lignière, la clinique Biotom et plus récemment en mars 2016 aux HUG, en avril 2016 à la clinique générale de Montana et en octobre 2016 et dès mai 2017 à la Métairie). L'expert a indiqué que le trouble stress post-traumatique selon le DSM-5 était défini de manière plus détaillée et exhaustive que l'état de stress post-traumatique selon la CIM-10, de sorte que ce seul diagnostic suffisait à rendre compte de la labilité émotionnelle, des affects à prédominance dépressive et des changements durables de la personnalité (expertise, p. 16) ; il existait un chevauchement des symptômes entre ceux liés au trouble dépressif et ceux de trouble stress post- traumatique (tels que l'insomnie ou des difficultés de concentration) (expertise, p. 16).

Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, l'expert a bien relevé des signes objectifs de la lignée dépressive (thymie labile, expression de désespoir, faciès triste, pleurs, nombreuses plaintes, idées suicidaires, pessimisme, mal être généralisé, trouble du sommeil, affects négatifs, émotions uniquement négatives, problèmes de concentration), anxieuse (colère), ou des signes de troubles de la relation interpersonnelle (peur de rester en tête à tête avec l'expert, irritabilité, sensibilité exacerbée dans les relations interpersonnelles). Enfin, la thymie était labile en lien avec son vécu (complément d'expertise, p. 3), de sorte qu'on ne saurait retenir, comme le fait le SMR, que la thymie est labile sans relation avec des éléments objectifs ou que les éléments subjectifs sont majeurs (avis du SMR du 7 septembre 2017).

A/2043/2016 - 38/44 - b. Le SMR estime que l'expert ne se prononce pas sur les contradictions relevées par le Dr S_____ concernant, en particulier, le licenciement de la recourante d'août 2010. A cet égard, la chambre de céans constate que le Dr S_____ a mentionné que la recourante avait donné plusieurs versions différentes de son licenciement (harcèlement avec une vive réaction de sa part à l'encontre du harceleur, confrontation verbale avec un supérieur hiérarchique et arrêt maladie non accepté ou encore contexte de tentative de viol). Or, les explications de la recourante, résumées par le Dr S_____, ne varient pas dans une mesure aussi importante que celui-ci entend démontrer. En effet, il s'agit à chaque fois du récit d'un conflit professionnel dans un contexte de harcèlement. Par ailleurs, et comme déjà relevé dans l'ordonnance d'expertise par la chambre de céans, il a été démontré que le Dr S_____ s'est employé à décrédibiliser les propos de la recourante, tout au long de son rapport d'expertise, qu'en particulier s'agissant du licenciement de la recourante, les dissonances et imprécisions ne pouvaient être imputées avec certitude à la recourante dès lors qu'elles pouvaient également résulter d'une mauvaise retranscription de ses propos par les médecins et qu'elles portaient en outre sur des faits relativement anodins en regard avec l'anamnèse du cas. Enfin, l'expert a indiqué que des contradictions dans le récit de la recourante, d'une fois à l'autre sur les circonstances péri-traumatiques ne devaient pas être interprétées comme preuve de non-crédibilité mais étaient expliquées par la dissociation péri-traumatique (expertise p. 15). c. L'intimé reproche à l'expert son absence de détermination à l'égard des rapports des Drs S_____, AA_____, R_____ et U_____. A cet égard la chambre de céans constate que l'expert a contesté le rapport du Dr S_____ sur deux aspects. Le premier en motivant les raisons qui permettaient de considérer que les événements traumatiques étaient bien réels, en relevant que plusieurs indices concordants plaidaient en faveur de la sincérité de la recourante (expertise p. 15 – 16) et que la dissociation péri-traumatique pouvait expliquer certaines contradictions dans le récit (expertise p. 15). Cet avis remet en effet sérieusement en question l'expertise du Dr S_____, laquelle s'attachait principalement à démontrer que la recourante était démonstrative, théâtrale, exagérait ses plaintes, que son discours était moyennement fiable, que ses dires devaient être pris avec circonspection, que les événements traumatiques étaient invérifiables et que les symptômes l'étaient également (expertise S_____ p. 20 – 21). S'agissant du second aspect, l'expert a relevé la présence chez la recourante d'altérations négatives de l'humeur, comportant des attentes exagérément négatives quant à elle-même, à d'autres personnes et à l'avenir, ainsi que de l'irritabilité avec une sensibilité exacerbée dans les relations interpersonnelles, de la colère et des troubles du sommeil incluant des cauchemars, des souvenirs répétitifs involontaires

A/2043/2016 - 39/44 - et envahissants des évènements traumatiques provoquant un sentiment de détresse, des problèmes de concentration, des émotions uniquement négatives, un sentiment de détachement d'autrui et des réactions dissociatives (expertise p. 10 à 14 et complément d'expertise p. 2 – 3). Or, ces constats vont à l'encontre de l'expertise du Dr S_____, lequel a estimé que la recourante ne présentait aucun symptôme persistant traduisant une hypervigilance (difficultés de concentration, niveau de vigilance accru, irritabilité, accès de colère). En développant ces deux aspects, l'expert s'est distancé de façon majeure de l'appréciation du cas effectué par le Dr S_____ et, en conséquence, des conclusions prises par celui-ci, de sorte qu'il convient d'admettre qu'il a, de cette manière, bien pris position par rapport à l'expertise du Dr S_____. Quant aux médecins traitants, l'expert s'est référé à leurs observations (expertise p. 15 à 17), en particulier à l'observation de la Dre U_____ (expertise p. 17) et a précisé que le fait de ne pas retenir de diagnostic additionnel à celui de trouble stress post-traumatique ne signifiait pas qu'il était en désaccord avec les médecins traitant (expertise p. 16). En conséquence, la critique de l'intimé sur le caractère incomplet de l'expertise judiciaire, en rapport avec la détermination de l'expert sur les autres avis médicaux au dossier, ne peut être suivie. d. L'intimé estime que, selon les indicateurs jurisprudentiels pertinents, le trouble de la recourante n'est pas totalement incapacitant, ce d'autant que des motifs d'exclusion sont présents puisque le Dr S_____ a souligné la majoration, par la recourante, de ses symptômes ainsi que son attitude marquée par la démonstrativité, la théâtralité, l'exagération des plaintes et le manque de fiabilité. En particulier, le SMR, dans sa détermination transmise après le complément d'expertise, relève que l'expert confirme que les limitations liées à la modification durable de la personnalité ne touchent pas uniformément tous les domaines de la vie de la recourante (la recourante entretient par exemple de bons contacts avec des membres de sa famille). L'intimé met en avant le fait que l'incapacité de travail de la recourante serait survenue à la suite de son licenciement, problème psychosocial non du ressort de l'AI, qu'il n'y a pas, selon l'expert, de comorbidité psychiatrique interférant défavorablement sur les ressources psychiques de la recourante, que le trouble de la personnalité en lien avec des difficultés professionnelles n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité et que le contexte social de la recourante est plutôt mis en avant de façon positive par l'expert. d.a. S'agissant de l'analyse des indicateurs jurisprudentiels (ATF 141 V 281), l'expert l'a effectuée de façon précise dans son complément d'expertise. Il en ressort que l'atteinte à la santé est sévère, ce que l'expert a motivé en mettant en évidence la chronicité du trouble, la présence de traumatismes intentionnels et différents vécu par la recourante s'étalant sur plusieurs années, soit deux facteurs de mauvais pronostic et une symptomatologie floride ayant donné lieu à plusieurs

A/2043/2016 - 40/44 - hospitalisations en psychiatrie. En particulier, l'incapacité de travail qui a suivi le licenciement en 2010 est motivée par l'expert par des raisons médicales, la personnalité de la recourante s'étant modifiée avec le temps, en lien avec le trouble stress post traumatique et les capacités de résiliences étant devenues, depuis 2010, inopérantes (expertise p. 17 et complément d'expertise p. 3). A cet égard, et contrairement à l'avis de l'intimé, l'incapacité de travail postérieure au licenciement de la recourante n'est pas un problème psycho-social non du ressort de l'assurance-invalidité, puisque l'intimé a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1er février 2011 au 30 avril 2012, laquelle prenait justement en compte l'incapacité de travail totale de la recourante depuis le 12 février 2010, soit postérieure au licenciement du 2 février 2010, sur la base d'une expertise du Dr T_____ du 23 février 2012 selon laquelle l'incapacité de travail dès février 2010

était justifiée par la dépression sévère et un état d'anxiété important de la requérante (expertise T_____ p. 23 – 24) ainsi que les rapports du SMR des 12 et

E. 19

mars 2012 constatant, depuis février 2010, la présence chez l'assurée d'une dépression narcissique totalement incapacitante et cela jusqu'à février 2012. L'intimé ne saurait, dans ces conditions, revenir sur une décision antérieure d'octroi de rente d'invalidité en estimant que l'incapacité de travail totale présentée par la requérante depuis février 2010 n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité. d.b. L'expert a aussi exposé que le pronostic était négatif en raison de l'échec de nombreux traitements, malgré l'adéquation de ceux-ci et la compliance de la requérante ; il a proposé une thérapie cognitivo-comportementale, approche spécialisée pratiquée par un petit nombre de thérapeutes ; à cet égard, on ne saurait reprocher à la requérante de ne pas avoir suivi cette thérapie, proposée seulement au stade du rapport d'expertise (expertise p. 18 et complément d'expertise p. 2) ; l'échec des traitements permet en l'occurrence de conclure à un pronostic négatif et l'on peine à comprendre la remarque de l'intimé selon laquelle le fait que la requérante a été compliant aux traitements constituerait la preuve de l'absence d'échec desdits traitements. d.c. L'expert a encore expliqué que le diagnostic de stress post-traumatique comprenait des symptômes que l'on retrouvait en présence de troubles dépressifs, et de changement de personnalité (expertise p. 16 et complément d'expertise p. 2), de sorte que l'affirmation de l'intimé selon laquelle il n'existe aucune comorbidité interférant défavorablement sur les ressources psychiques de la requérante doit être fortement nuancée. d.d. L'expert a relevé que le changement durable de la personnalité faisait partie du trouble stress post-traumatique (expertise p. 16) et que la personnalité de la requérante s'était modifiée après la trentaine, suite à des traumatismes et à des difficultés professionnelles, quand ses capacités de résilience avaient été épuisées (complément d'expertise p. 2). La remarque de l'intimé selon laquelle le trouble de la personnalité serait survenu dans des difficultés professionnelles est ainsi par trop réducteur, celles-ci étant un élément parmi d'autres, dont la présence de divers

A/2043/2016 - 41/44 - traumatismes et d'un processus d'épuisement des ressources de la requérante, étant rappelé que l'intimé a admis que l'incapacité de travail de la requérante présente entre 2010 et 2012, relevait de l'invalidité. d.e. S'agissant du contexte social, l'expert a relevé que la requérante était très attachée et dépendante de son époux (expertise p. 4), que ce contexte comprenait certains atouts, comme la stabilisation du statut de la requérante qui était devenue suisse, le mari qui était soutenant, le bon niveau d'éducation du couple et des ressources financières permettant de financer une assurance maladie complémentaire, permettant à la requérante d'être soignée en Clinique privée (complément d'expertise p. 2). Selon l'intimé, le contexte social était mis en avant de façon positive par l'expert. A cet égard, les éléments positifs relevés par l'expert permettent d'exclure la présence de difficultés sociales ayant directement des conséquences fonctionnelles négatives et qui ne seraient pas à la charge de l'assurance-invalidité. En revanche, les atouts soulignés par l'expert ne permettent pas de conclure, comme le fait l'intimé, à la présence de ressources mobilisables, hormis la présence soutenant de l'époux de la requérante. d.f. Par ailleurs, il est à constater que l'intimé ne remet pas en question le caractère uniforme du niveau des activités de la requérante ; l'expert a en effet mentionné un degré de cohérence élevé entre les différentes anamnèses, la requérante n'assumant aucune tâche domestique, administrative, n'ayant aucun loisir et présentant une baisse globale de l'activité

psychomotrice, avec une peine à se mobiliser, même si elle était capable de se prendre en charge elle-même (du point de vue des soins et de l'hygiène) et avait pu maintenir des contacts avec certains membres de la famille (complément d'expertise p. 3). L'intimé ne remet pas non plus en cause le poids important de la souffrance, révélé par l'investissement conséquent de la recourante dans le suivi des traitements proposés (expertise p. 18 et complément d'expertise p. 3). d.g. Enfin, contrairement à l'avis de l'intimé, on ne saurait admettre que des motifs d'exclusion sont réalisés, au sens de la jurisprudence précitée ; en effet, l'intimé s'est borné à renvoyer à l'expertise du Dr S_____ pour affirmer que la recourante majorait ses plaintes, était démonstrative, théâtrale, incohérente et peu fiable dans son discours ; or ces propos ont été dûment écartés par la chambre de céans dans son ordonnance d'expertise du 3 mai 2017. A cet égard, il est constaté que malgré l'argumentation déniait toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr S_____, l'intimé et le SMR persistent à s'y référer, sans pour autant répondre aux griefs, pourtant nombreux, qui ont été énoncés et qui ont ensuite en grande partie été confirmés par le rapport d'expertise judiciaire. e. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que les critiques émises par l'intimé à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas fondées et que les

A/2043/2016 - 42/44 - conclusions de celle-ci doivent être suivies, soit la constatation d'une capacité de travail de la recourante de 30 % entre 2012 et 2015 et nulle depuis janvier 2016. 16. La nouvelle demande de prestation ayant été déposée le 23 janvier 2014, le droit à la rente naît le 1er juillet 2014. A cette date, la recourante présentait un degré d'incapacité de travail de 70 %, lequel se confond avec le degré d'invalidité, l'activité antérieure étant exigible, de sorte qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2014. L'incapacité de travail totale depuis le 1er janvier 2016 a comme conséquence un degré d'invalidité de 100 % depuis le 1er janvier 2017, soit postérieurement à la date de la décision litigieuse ; toutefois, ce constat ne modifie pas le droit de la recourante, celle-ci devant déjà être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er juillet 2014. 17. a. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er juillet 2014. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante 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]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. b. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient 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 constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). 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

A/2043/2016 - 43/44 - 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, 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 (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). 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 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3). c. En l'occurrence, une expertise judiciaire psychiatrique a été nécessaire compte tenu de l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr S_____ effectuée à la demande de l'intimé, comme cela a été exposé dans l'ordonnance d'expertise du 3 mai 2017 (ATAS/347/2017). Dans ces conditions, il se justifie de mettre les frais d'expertise de CHF 3'488.45 à la charge de l'intimé.

A/2043/2016 - 44/44 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

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