

# **GE\_GERICHTE ATAS/569/2019 vom 25. Juni 2019**

GE Cour de justice, 2019-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_569\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_569_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/569/2019 du 25 juin 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/569/2019 del 25 giugno 2019

## **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), 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.

### **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**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, par une recourante qui a un intérêt digne de protection à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité, étant précisé que le recours ne porte pas sur la simple constatation exacte du degré d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_345/2008 du 25 juillet 2008 consid. 2.3), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Il convient en premier lieu de déterminer l'objet du présent litige. a. En vertu de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur ne peut reconsidérer une décision contre laquelle un recours a été formé que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours. L'art. 53 al. 3 LPGA règle le cas particulier de la reconsidération pendente lite d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (ATF 136 V 2 consid. 2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et les références). A contrario, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision. Une décision pendente lite rendue postérieurement à l'échéance du délai de réponse est donc nulle et n'a valeur que d'une simple proposition au juge (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1/2011 du

### **E. 5**

septembre 2011 consid. 1.1 et les références). La décision prise pendente lite ne met fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans

A/501/2018 - 14/26 - que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 127 V 228 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 115/06 du 15 juin 2007 consid. 2.1).  
b. En l'occurrence, la recourante conclut notamment à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2014. Par écriture du 16 octobre 2018, l'intimé a accepté de reconnaître à la recourante une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès le 1er avril 2017, respectivement de lui accorder une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2018. À cet effet, il se base sur l'avis du SMR du

### **E. 8**

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

A/501/2018 - 18/26 - 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. 9**

Dans le cadre de la procédure d'instruction complémentaire qui a suivi l'arrêt de renvoi du 16 avril 2013, l'intimé a mis en œuvre une expertise rhumatologique, puis une expertise psychiatrique. La recourante conteste la valeur probante de ces deux expertises. En premier lieu, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise rhumatologique du 23 mai 2014, étant précisé que la recourante reproche à l'expert de s'être basé sur des IRM réalisées de 2009 à 2011 alors qu'elle souffre de troubles dégénératifs et de ne pas expliquer pourquoi il considère que ses plaintes sont infondées. En l'espèce, sur le plan physique, selon les divers rapports du Dr C\_\_\_\_\_ qui suit la recourante depuis 2003, celle-ci souffre d'une lésion de la coiffe des rotateurs à droite qui a fait l'objet d'une acromioplastie en juin 2009 compliquée par une capsulite rétractile et la persistance de signes de conflit sous-acromial. Elle présente également depuis le printemps 2010 des douleurs à l'épaule gauche – exacerbées à partir de février 2011 – et à la colonne cervicale, puis depuis octobre 2010 des douleurs à la main droite dues à une ténosynovite du fléchisseur des troisième et quatrième doigts. Enfin, depuis février 2011, elle souffre aux coudes d'une épicondylite et d'une épitrochléite, ainsi que de douleurs lombaires dans le cadre de discopathies de la colonne lombaire associées à une périarthrite de la hanche. Dans son rapport d'expertise, le Dr D\_\_\_\_\_ confirme pour l'essentiel les diagnostics posés par le Dr C\_\_\_\_\_, à l'exception de ceux de ténosynovite à la main droite, d'épicondylite et d'épitrochléite aux coudes, ainsi que de périarthrite de la hanche dont il ne fait pas état. Il retient le caractère incapacitant d'une altération douloureuse de la mobilité des épaules dans le cadre d'un status après chirurgie de l'épaule droite en juin 2009 et d'une tendinopathie calcifiante de

l'épaule gauche. Il considère que les rachialgies chroniques ainsi que le status après cure de doigts à ressort et synovectomie n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. Il conclut à une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'ouvrière et de 0 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles avec toutefois une diminution de rendement de 10 %. Il explique son appréciation de la capacité de travail par le fait que les plaintes de la recourante ne correspondent pas à ses constatations cliniques qui montrent essentiellement des signes de surcharge fonctionnelle témoignant d'un syndrome douloureux chronifié persistant qui parasite l'examen. Il s'écarte de l'appréciation de la capacité de travail de 50 %

A/501/2018 - 19/26 - dans une activité adaptée faite par le Dr C\_\_\_\_\_, au motif que celle-ci ne décrit aucune diminution d'amplitude des mains et du rachis qui permette de retenir une diminution de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Dans son expertise, le Dr D\_\_\_\_\_ explique pourquoi il s'écarte des conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ notamment s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, eu égard à l'absence de descriptif de limitations d'amplitude des mains et du rachis. Toutefois, dans son rapport du 8 janvier 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ fait état dans le courant de l'année 2011 d'une aggravation des douleurs aux épaules avec conflit sous-acromial des deux côtés, confirmée par des éléments objectifs, à savoir à droite, une limitation plus marquée des mobilisations passives en élévation abduction, une mobilité interne nettement diminuée, et à gauche, une limitation active de la mobilité en abduction-élévation. Or l'expert ne précise pas si ces éléments permettent de retenir une limitation de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en février 2011, respectivement si l'état de santé de la recourante a évolué favorablement depuis 2011 et de quelle façon. Il n'explique pas davantage pourquoi, il ne retient pas les diagnostics de périarthrite de la hanche, ni d'épicondylite et d'épitrôchléite aux coudes. Par conséquent, son rapport d'expertise est lacunaire. Pour le reste, son rapport d'expertise prend en compte l'anamnèse, les plaintes de la recourante et son examen clinique. De plus, il concorde pour l'essentiel avec les diagnostics retenus par le Dr C\_\_\_\_\_. Toutefois, le nouveau diagnostic de maladie de Sjögren posé en avril 2017 justifie de vérifier si les autolimitations constatées par l'expert lors de son examen du 21 mai 2014 ne sont pas explicables en réalité par un début méconnu de cette maladie qui est rare et ne peut être diagnostiquée que par des examens poussés. En effet, si le diagnostic de cette maladie est posé depuis avril 2017, aucun rapport médical ne donne d'explications sur son étiologie et sur l'existence ou non de symptômes précurseurs, notamment un état douloureux latent. Aucun rapport médical ne précise si le syndrome douloureux de la recourante constaté lors de l'examen de l'expert à fin mai 2014 est en lien avec cette maladie, respectivement si les limitations de mouvements constatées par l'expert sont réellement des autolimitations ou s'il ne s'agit pas d'un état articulaire inflammatoire douloureux symptomatique de la maladie de Sjögren. En effet, il n'est pas exclu que la recourante présente en lien avec cette maladie, respectivement avec les autres troubles diagnostiqués, une incapacité de travail partielle, voire entière, dans toute activité déjà avant le 1er avril 2017. Par conséquent, faute d'être renseignée sur ces divers éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail de la recourante en lien avec ses troubles physiques. Dès lors, il y a lieu de procéder à une instruction médicale complémentaire sur ces divers points.

Reste à examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr F \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2016.

A/501/2018 - 20/26 - a. 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 malade, 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan

A/501/2018 - 21/26 - psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou

psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

## **E. 11**

En l'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise eu égard à ses nombreux jugements de valeur et sous-entendus, au fait que son accent très important a rendu ses déclarations peu compréhensibles pour l'expert en l'absence d'un interprète en langue tagalog et que l'expert n'a pas tenu compte de ses difficultés à parler de son ressenti et de ses souffrances psychiques. Sur le plan psychique, le Dr C\_\_\_\_\_ a adressé la recourante à la Dresse E\_\_\_\_\_ le 8 décembre 2014 en raison de la suspicion d'un syndrome douloureux somatoforme. Selon le rapport de cette spécialiste du 24 novembre 2015, il n'est pas possible d'évoquer un syndrome douloureux somatoforme tant qu'un substrat organique à l'origine de la symptomatologie douloureuse ne peut pas être exclu. À l'examen clinique, elle constate un manque de confiance en soi, des oublis fréquents, un manque d'énergie et de motivation, ainsi que l'absence de capacité à mobiliser ses ressources psychiques. Elle diagnostique avec effet sur la capacité de travail, un trouble anxio-dépressif mixte présent depuis 2006 et un probable syndrome douloureux somatoforme persistant depuis plusieurs années. Elle expose que depuis 2006, la recourante présente des difficultés psychologiques de type anxiété à la suite de certaines tensions apparues à son travail. Elle retient une capacité de travail de 50 % dans toute activité. Dans son rapport d'expertise du 8 septembre 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ ne pose aucun diagnostic psychiatrique même non incapacitant. À l'anamnèse, il ne décèle aucune symptomatologie dépressive même légère. Quant aux plaintes de la recourante, elles évoquent tout au plus une dysthymie. S'agissant de la symptomatologie anxieuse, la seule répercussion décelable a trait aux plaintes de la recourante concernant la qualité de son sommeil à cause de l'anxiété. Ces diverses constatations et conclusions de l'expert ne sont pas plausibles au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, si la recourante ne présente aucun diagnostic psychiatrique comme le soutient le Dr F\_\_\_\_\_, il est incompréhensible que la recourante suive un traitement à base de soins psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés auprès de la Dresse E\_\_\_\_\_ depuis décembre 2014, soit depuis près de deux ans au moment de l'expertise, ainsi qu'un traitement à base d'antidépresseur. De plus, les constatations cliniques de l'expert ne correspondent pas aux restrictions psychiques constatées par la psychiatre traitante, qui suit la recourante depuis une année au moment de l'établissement de son rapport et a donc acquis le temps nécessaire pour poser un diagnostic fiable. À cet égard, il est

A/501/2018 - 22/26 - étonnant que, face à de telles constatations divergentes, il n'ait pas jugé utile de s'entretenir avec la psychiatre traitante avant de finaliser son rapport d'expertise, alors que les observations de celles-ci auraient pu lui permettre d'apprécier plus précisément la question des troubles mnésiques, du manque de confiance en soi, de l'incapacité à mobiliser ses ressources psychiques, ainsi que de la perte d'énergie et de motivation, constatés par la Dresse E\_\_\_\_\_ lors de ses divers examens. De plus, bien qu'il considère que des difficultés dans la pensée abstraite ne soient pas exclues, il n'en tient pas compte. Par conséquent, le rapport d'expertise est incomplet, voire contradictoire. Par ailleurs, ainsi que le relève la recourante, le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ ne se borne pas à relater les plaintes de la recourante, ses constatations cliniques et ses conclusions, mais il comporte bons nombres de tournures à connotation subjective. Ainsi, il précise que la mémoire à long terme ne peut pas être évaluée, les déclarations de l'assurée étant «

manifestement contrefaites ». L'expert relève également que le discours de la recourante comporte de « nombreuses contradictions d'une phrase à l'autre ». D'après le médecin, le fait que la recourante apporte des soins à son apparence, se déclare heureuse lorsqu'elle écoute de la musique ou est en présence de ses petits-enfants et n'a pas d'attentes envers l'intimé est incompatible avec un trouble dépressif. Il précise qu'il convient « de garder à l'esprit le fait que [la recourante] préfère son activité de grand-mère à n'importe quelles autres et qu'elle a l'habitude de se montrer pleine de bonne volonté avant de devenir oppositionnelle ». D'après l'expert, la recourante « livre une histoire de vie qui est en soi peu crédible avec de nombreuses contradictions », alors que l'étude du dossier permet de constater d'autres entorses à la vérité qu'il met en exergue en procédant à un examen de l'histoire de la recourante véritablement à charge de celle-ci, en confondant son activité d'expert avec celle d'un procureur et en ne tenant compte à aucun moment des troubles de la mémoire constatés par la Dresse E\_\_\_\_\_. Enfin, ses explications quant à l'absence de critères de somatisation partent de l'hypothèse que la recourante est une simulatrice, ce qui est non seulement un jugement de valeur, mais une hypothèse erronée. En effet, l'expert semble ignorer que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est posé que si des troubles objectivables ne sont pas diagnostiqués, de sorte que par définition lorsqu'un tel diagnostic est retenu les plaintes subjectives ne correspondent pas aux constats objectifs, sans que les autolimitations constatées ne puissent être qualifiées de simulation. Or, dans le cas du trouble somatoforme douloureux, la manifestation clinique consiste en plaintes douloureuses diffuses et il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). Dès lors, l'attitude de l'expert ne procède pas d'un examen objectif de la situation médicale et ne permet pas de reconnaître une valeur probante à son rapport d'expertise. On peut en effet attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a

A/501/2018 - 23/26 - faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non sur des jugements de valeur. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177 et 9C\_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1). Au demeurant, en tant que le rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2015 n'examine pas le caractère incapacitant des diagnostics psychiques posés au regard de la grille d'analyse requise par la jurisprudence, son rapport est incomplet et n'a par conséquent pas non plus de valeur probante. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le caractère incapacitant des troubles psychiques de la recourante, de sorte qu'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

## **E. 12**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En l'espèce, force est de constater que l'intimé a violé son obligation d'instruire d'office et de recueillir les renseignements dont il a besoin pour trancher (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sur le plan rhumatologique, il s'est borné à inviter la recourante à lui transmettre de nouvelles pièces médicales sans requérir un nouveau rapport du Dr C\_\_\_\_\_, alors qu'il savait qu'une nouvelle IRM était prévue et que l'intéressée souffrait d'oublis. Quant au plan psychique, le SMR était en mesure de constater, à

A/501/2018 - 24/26 - la lecture du rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, qu'il ne respectait pas les lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance- invalidité émises par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie, respectivement qu'il n'avait pas de valeur probante. Au vu de l'absence de rapports médicaux fiables quant à la maladie de Sjögren et quant aux troubles psychiques, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé au sens des considérants pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique afin de compléter l'instruction sur les troubles inflammatoires, sur l'évolution de l'incapacité de travail de septembre 2010 à fin mars 2017 en lien avec les troubles organiques et sur l'effet incapacitant de l'éventuel trouble somatoforme douloureux et des autres troubles psychiques au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral. Ce renvoi rend superflue l'analyse des autres griefs soulevés par la recourante.

### **E. 13**

La recourante requiert dans sa réplique l'audition de ses médecins traitants. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, l'audition sollicitée par la recourante de la Dresse E\_\_\_\_\_ et du Dr C\_\_\_\_\_ ont pour but de démontrer que son état de santé et sa capacité de travail ne se sont pas améliorés entre septembre 2010 et avril 2017. Au vu de l'appréciation que fait la chambre de céans des expertises du Dr D\_\_\_\_\_ et du Dr F\_\_\_\_\_ servant de base à la décision litigieuse, par

appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de procéder à l'audition requise par la recourante dès lors qu'elle n'est pas susceptible de modifier l'issue du litige.

**E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 12 janvier 2018 sera annulée et le dossier sera renvoyé à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au sens des considérants. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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]). Eu égard au sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). \* \* \* \* \*

A/501/2018 - 25/26 - 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.