

GE_GERICHTE ATAS/609/2020 vom 23. Juli 2020

GE Cour de justice, 2020-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_609_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/609/2020 du 23 juillet 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/609/2020 del 23 luglio 2020

Erwägungen

E. 35

Par avis médical du 23 octobre 2017, la Dresse L_____ a retenu que selon le Dr M_____, l'expertise du Dr J_____ était probante et répondait aux critères de jurisprudence et qu'il n'y avait pas de preuve d'une aggravation depuis cette dernière. L'expertise du Dr M_____ concluait, comme celle du Dr J_____, que l'assurée ne présentait aucune atteinte psychique incapacitante justifiant une incapacité de travail. Les conclusions du SMR du 9 décembre 2016 restaient par conséquent valides.

E. 36

Par décision du 26 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Une précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 3 juin 2013. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si elle rendait plausible que l'état de fait s'était modifié après cette date et qu'il était désormais susceptible de changer son droit aux prestations. Après avoir étudié le rapport d'expertise ainsi que les éléments versés au dossier, le SMR ne pouvait retenir une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. De ce fait, l'OAI ne pouvait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

E. 37

Le 27 novembre 2017, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

E. 38

Dans un complément de recours du 10 janvier 2018, elle a fait valoir que les expertises des Drs J_____ et M_____ n'emportaient pas conviction. Le Dr J_____ avait eu un entretien de 35 minutes avec l'assurée dans une des brèves périodes d'amélioration de son état de santé. Il n'avait dès lors pu mettre en évidence que peu de symptômes. L'expert M_____ retenait qu'en présence d'une maladie qui connaissait des périodes de rémission, le plus important pour pouvoir formuler un diagnostic valable et se prononcer sur l'incapacité de travail et les limitations fonctionnelles était une vue claire et datée des périodes de rémission. Aucun des experts n'avait interrogé les médecins traitants à ce propos. Le médecin psychiatre traitant suivait la patiente depuis cinq ans, de façon hebdomadaire, et il était dès lors absolument en mesure de fournir des informations utiles à ce propos. Les experts avaient ainsi rendu une expertise catégorique tout en affirmant que des éléments cruciaux faisaient défaut. Ils n'avaient absolument pas discuté les éléments médicaux au dossier, notamment les divers diagnostics de fibromyalgie. L'assurée sollicitait l'audition de son médecin traitant ainsi que de sa fille, qui partageait son quotidien, et qui avait pu constater les manifestations des phases hypomanes et la durée des phases de rémission. Tous les médecins avaient posé depuis 2001, date de la première consultation répertoriée aux HUG, un diagnostic constant de troubles somatoformes

douloureux ou de fibromyalgie. À plusieurs reprises, les médecins du SMR avaient écarté une incapacité de travail au motif que ce diagnostic n'était pas incapacitant au sens de la jurisprudence. Toutefois et compte tenu de la récente jurisprudence, il était manifeste que le tableau idoine d'analyse de ce type de troubles n'avait pas été examiné par l'OAI. L'assurée sollicitait donc la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire rhumato- psychiatrique judiciaire. Elle concluait, préalablement, à sa comparution, à

A/4710/2017 - 12/32 - l'audition de témoins, notamment le Dr I_____, et à ce qu'une expertise psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée. Principalement, elle concluait à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de frais et dépens.

E. 39

Par réponse du 5 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Force était de constater que les rapports d'expertise des Drs J_____ et M_____ remplissaient les critères jurisprudentiels applicables en la matière pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Dans rapport d'expertise du 26 septembre 2016, le Dr J_____ ne retenait aucune comorbidité psychiatrique incapacitante. L'expert M_____ avait conclu à une capacité de travail complète. Le fait qu'il avait pu mentionné que des informations faisaient défaut au dossier pour pouvoir se prononcer sur les éventuelles incapacités de travail passées, fluctuantes et non durables, n'était pas déterminant. Il convenait de relever que l'expert indiquait qu'une incapacité de travail durant quatre ans était tout à fait surprenante alors qu'il y avait eu des signes d'amélioration, des périodes de rémission et qu'entre le rapport du Dr J_____ et le sien, il s'était passé plus de sept mois, alors qu'ils n'avaient pas reçu d'incapacité de travail. Il avait considéré cette période comme significative. Ceci signifiait clairement que les éventuelles incapacités n'avaient jamais été durables ni significatives. Le fait que le Dr M_____ n'ait pas pris contact avec les médecins traitants de l'assurée n'ôtait pas valeur probante à son expertise, étant rappelé que la conduite de l'expertise était laissée au libre arbitre de l'expert dans les limites du mandat confié (arrêt du Tribunal fédéral 9C_538/2009 du 8 janvier 2010). Par ailleurs, le Dr M_____ avait clairement indiqué dans son rapport (page 16) que le Dr J_____ avait lui-même en son temps pris contact avec le psychiatre traitant de l'assurée, lequel n'avait pas été en mesure de décrire les signes et symptômes pour étayer un trouble dépressif, mais s'était contenté de renvoyer au rapport de la clinique genevoise de Montana. À l'évidence, dans la mesure où les médecins traitants attestaient, sans éléments médicaux objectifs à l'appui, une incapacité de travail durable et ceci depuis en tout cas 2013, alors que l'état de santé était à l'évidence fluctuant, et au vu des conclusions cliniques et de l'analyse médicale du Dr M_____, les conclusions des médecins traitants ne pouvaient être suivies. Les rapports de médecins traitants devaient être évalués avec réserve en raison de leur rapport de confiance privilégié avec leur patient, selon la jurisprudence. Au vu des conclusions des deux expertises, il convenait de retenir que la recourante ne présentait pas une atteinte à la santé durable et incapacitante. Enfin, au vu des éléments figurant dans l'expertise, les indicateurs avaient été examinés et il en ressortait qu'elle présentait toutes les ressources nécessaires pour exclure l'existence d'une atteinte à la santé invalidante.

A/4710/2017 - 13/32 - L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires s'avérait inutile.

E. 40

Le 5 mai 2018, l'assurée a produit un rapport complémentaire du Dr I_____ et sollicité l'audition de ce médecin, qui la suivait depuis cinq ans. Si l'expert avait le moindre doute et qu'il considérait que des éléments complémentaires devaient être recueillis, il devait les obtenir. Il ne pouvait se prononcer sur l'état de santé de la recourante sans instruction complémentaire d'éléments qu'il jugeait lui-même déterminants pour rendre un avis fiable. L'intimé devait compléter l'instruction. Seule une expertise judiciaire permettrait de faire la lumière sur la situation. L'audition de sa fille serait également utile.

E. 41

Par duplique du 29 mai 2018, l'intimé a maintenu sa position sur la base d'un rapport établi par le SMR le 24 mai 2018.

E. 42

À teneur de l'avis médical établi par le docteur N_____, médecin SMR, le 24 mai 2018, celui-ci relevait que dans le questionnaire médical du 26 avril 2015, le Dr I_____ avait indiqué une fréquence mensuelle des consultations psychiatriques confirmant l'absence de gravité du trouble de l'humeur. Il retenait à la fois des limitations d'hypomanie (fuite des idées, insomnies, logorrhée et absence de fatigue) et des limitations d'épisodes dépressifs (aboulie, ralentissement psychomoteur, asthénie). On avait du mal à comprendre comment la recourante pouvait être en même temps ralentie et excitée ou asthénique et avoir une absence de fatigue. Il confirmait une incapacité de travail totale et continue depuis le 1er juillet 2013, en contradiction avec le diagnostic retenu et l'évaluation de l'expert. En effet, comme le précisait ce dernier, il s'agissait d'une maladie qui connaissait des rémissions et des rechutes, ce qui ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée. Si, comme l'avait relevé le Dr M_____ dans son rapport, une incapacité de travail était justifiée lors des crises, elle ne pouvait en aucun cas avoir duré plus de quatre ans. On ne pouvait être convaincu par les nouveaux éléments apportés par le rapport du Dr I_____.

E. 43

Le 12 juillet 2018, la recourante a transmis à la chambre de céans une détermination du Dr I_____ relative à l'avis du SMR établi par le Dr N_____, relevant que ce dernier n'était pas psychiatre. À teneur de la détermination du Dr I_____ du 4 juillet 2018, la recourante présentait des phases hypomaniaques et dépressives qui s'inscrivaient dans le cadre d'un trouble bipolaire mixte. Il était bien connu et admis que les troubles bipolaires pouvaient présenter des phases hautes, basses, mixtes et des périodes de rémission.

E. 44

Le 24 juillet 2018, l'intimé a maintenu sa position sur la base d'un avis établi le 19 juillet 2018 par le Dr N_____ du SMR. À teneur de l'avis précité, le Dr N_____ estimait que l'avis du psychiatre traitant confirmait que l'atteinte psychique de l'assurée se caractérisait par des phases dépressives, hypomaniaques et de rémission, ce qui confirmait les évaluations des

A/4710/2017 - 14/32 - experts quant à la situation psychique de l'assurée et surtout quant à une absence d'atteinte psychique incapacitante.

E. 45

Le 20 décembre 2018, la Présidente de la chambre de céans a demandé au Dr G_____ de lui transmettre un document mentionnant les dates des rechutes et des rémissions de la recourante, en précisant, à chaque fois, les détails de la symptomatologie présente et le degré de la capacité de travail de la recourante, à compter du début de la prise en charge de celle-ci par ses soins.

E. 46

Le 4 janvier 2019, le Dr G_____ a confirmé que sa patiente présentait un trouble bipolaire de type II. Selon son dossier médical, les phases de décompensation dépressives, hypomanes ou mixtes avaient été entrecoupées par des phases de rémission partielle, suivies de rechutes. Lors des périodes de décompensation des limitations fonctionnelles objectivables significatives étaient observables, comme une fuite des idées, des coq-à-l'âne, un ralentissement psychomoteur ou des agitations selon les périodes, un isolement social et affectif et d'importants troubles cognitifs à type de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire récente, avec des moments ponctuels d'aboulie et d'anhédonie. Dans les phases de rémissions, des limitations fonctionnelles n'étaient pas objectivables. Dans ce contexte, il confirmait que la capacité de travail avait été nulle du 11 mai 2012 au 31 janvier 2013, de 50% du 1er février au 14 février 2013, de 100% du 15 février au 30 juin 2013, nulle du 1er juillet 2013 au 31 août 2016, de 50% du 1er septembre 2016 au 31 mars 2017, de 100% du 1er avril au 31 août 2017, de 50% du 1er septembre au 31 décembre 2017 et nulle dès le 1er janvier 2018 à ce jour. Tenant compte du fait qu'il avait malheureusement dû subir une intervention chirurgicale pour un cancer du rein, il n'avait pas gardé la totalité des rapports d'hospitalisation de la patiente qui avaient été transmis au Dr I_____ qui avait assuré la prise en charge. Toutefois, il avait toujours gardé contact avec la patiente qu'il avait évaluée cliniquement régulièrement et avec sa psychologue, ce qui lui permettait de décrire la chronologie demandée.

E. 47

Le 29 janvier 2019, l'OAI a maintenu sa position, sur la base d'un avis établi par le SMR le 28 janvier 2019.

E. 48

À teneur de l'avis précité, la doctoresse O_____ estimait à la lecture du rapport établi par le Dr G_____ qu'elle ne pouvait suivre les périodes d'incapacité de travail depuis juillet 2013, dans la mesure où même dans les périodes où l'assurée allait très mal et était hospitalisée à Montana, aucun des experts n'avait mis en évidence de description clinique compatible avec un trouble bipolaire. De plus, les critères d'un trouble bipolaire n'étaient retrouvés dans aucune des deux expertises. Elle proposait de maintenir les conclusions précédentes, soit une absence d'incapacité de travail depuis 2013.

E. 49

Le 12 février 2019, la recourante a persisté intégralement dans les arguments de son écriture du 10 janvier 2018 ainsi que dans ses conclusions.

A/4710/2017 - 15/32 -

E. 50

Le 21 août 2019, la présidente de la chambre de céans a demandé un rapport complémentaire au Dr M_____, suite aux réponses apportées par le Dr G_____ à son

courrier du 20 décembre 2019, étant rappelé qu'il avait relevé dans son rapport d'expertise du 12 avril 2017 qu'il manquait des éléments au dossier. 51. Le 27 septembre 2019, le Dr M_____ a indiqué, s'agissant de la capacité de travail, que si l'on tenait compte du rapport du Dr G_____ du 4 janvier 2019, on pouvait évidemment difficilement imaginer qu'un employeur accepte d'engager une personne qui avait autant d'arrêts, ceci en considérant les arrêts partiels et complets. Il n'y avait apparemment pas d'amélioration significative, si on lisait le tableau des degrés de capacité de travail. On pouvait se demander pourquoi. L'assurée avait actuellement 55 ans et serait bientôt à l'âge de la retraite. Cette question posait problème à deux niveaux. Le premier concernait le diagnostic. La question se posait de savoir s'il y avait vraiment un trouble bipolaire ou un autre diagnostic. Par ailleurs, s'agissant du traitement, celui-ci était-il bien suivi et adéquat. Lors de son expertise, il était prescrit de la Dépakine 500 matin et soir et un suivi psychiatrique. On ne savait pas quel avait été le suivi. Il y avait récemment eu une publication intéressante sur le trouble bipolaire, parue dans le Forum Médical suisse 2019 (33-34), 537-546, avec la contribution de plusieurs auteurs dont le professeur P_____, du service des spécialités psychiatriques du département de psychiatrie des HUG. Dans cette situation qui durait, il serait utile qu'un spécialiste soit interpellé sur le diagnostic et le traitement. Le traitement actuel de type cognitivo-comportemental semblait avoir de bons effets. 52. Le 22 octobre 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions précédentes, se référant un avis médical établi le 18 octobre 2019 par la docteure Q_____ du SMR. Celle-ci concluait que le rapport médical du Dr M_____ n'amenait pas de nouveaux éléments objectifs justifiant une modification des conclusions de son expertise de 2017. En l'absence d'aggravation manifeste de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Dr J_____ de 2016, des mesures d'instruction complémentaires n'étaient pas nécessaires. 53. Le 12 novembre 2019, la recourante a fait valoir que le Dr M_____ ne remettait pas en question les périodes d'incapacité de travail constatée par le Dr G_____. Il confirmait également que de telles périodes d'incapacité avec de très brèves périodes de rémission ne permettaient en réalité aucune capacité de travail durable ni employabilité. Il retenait également l'absence d'amélioration significative de l'état de santé. Il ne formulait aucune critique médicale motivée à l'égard de l'avis médical étayé du Dr G_____ et se contentait de résumer dans les grandes lignes l'état des avis médicaux existants. Dans son expertise, le Dr M_____ avait indiqué que les périodes de rechutes et de rémission manquaient pour pouvoir se déterminer en pleine connaissance de cause. Or, dans son dernier avis médical, il indiquait bien qu'il n'y avait pas de capacité de travail au vu du calendrier des rechutes et rémissions. Il remettait toutefois en question le diagnostic de trouble bipolaire, sans toutefois expliquer en quoi, du point de vue médical, l'assurée ne présenterait pas le

A/4710/2017 - 16/32 - tableau clinique d'un tel trouble. En réalité, c'était l'absence de guérison de l'assuré qui conduisait le Dr M_____ à remettre en question le diagnostic. Pourtant il avait lui-même retenu ce diagnostic, mais comme étant sans incidence sur la capacité de travail au motif que d'ordinaire, il y avait des périodes de rémission dans ce type de troubles. Le Dr M_____ remettait également en question le traitement au vu de l'absence de guérison, indiquant qu'on ignorait quel traitement était suivi. Pourtant il précisait lui-même que le traitement consistait dans la prise de Dépakine et de la psychothérapie. Le dernier paragraphe était peu compréhensible. On ne comprenait pas s'il entendait par « traitement actuel » les traitements effectivement suivis par l'assurée ou le type de traitements proposé actuellement pour les troubles bipolaires. En tout cas, il fallait rappeler que l'assuré suivait précisément une psychothérapie cognitivo-comportementale

régulière avec une psychologue, sous la supervision du Dr G_____. L'avis complémentaire du Dr M_____ ne remettait nullement en question l'avis médical étayé et motivé du médecin traitant de l'assuré, bien au contraire. La recourante persistait en conséquence dans ses conclusions. 54. Le 2 mars 2020, la chambre de céans a demandé au Dr M_____ de répondre à quelques questions complémentaires pour déterminer la capacité de travail de l'assurée pour la période du 11 mai 2012 au 26 octobre 2017. 55. Le 30 mars 2020, le Dr M_____ a répondu que la question qui se posait était de savoir pourquoi il n'y avait pas d'amélioration. Cette question posait problème à deux niveaux, le premier concernait le diagnostic. Y avait-il vraiment un trouble bipolaire ou un autre diagnostic. Le second niveau concernait le traitement : était-il bien suivi et adéquat ? Lors de son expertise, il était prescrit de la Depakine 500 matin et soir un suivi psychiatrique. On ne savait pas s'il était suivi. Dans une situation qui durait, il était utile qu'un spécialiste soit interpellé, aussi bien sur le diagnostic que le traitement. Les traitements actuels de type cognitivo- comportemental semblaient avoir de bons effets, ce qui ne correspondait pas à un suivi psychiatrique. En conclusion, en l'absence de toute amélioration et consensus, l'avis Prof. P_____ serait utile. Le Dr M_____ ne comprenait pas la demande concernant le diagnostic qui n'avait pas été retenu. En conséquence, il ne pouvait pas donner à ce jour des réponses définitives. Il indiquait encore être passablement débordé, étant en train d'arrêter son activité de médecin. 56. Le 8 avril 2020, l'intimé a observé que le Dr M_____ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif au dernier avis SMR et a persisté dans ses conclusions. 57. Le 15 mai 2020, la recourante a également persisté dans ses conclusions, l'avis du Dr M_____ n'amenant pas d'éléments nouveaux. Elle rappelait que son médecin psychiatre traitant a posé un diagnostic de trouble bipolaire, qui avait été constaté par la clinique de Montana, notamment. Son médecin traitant a motivé son avis médical et détaillé les périodes d'incapacité. Aucun des médecins mandatés par l'intimé n'avait expliqué de façon motivée médicalement en quoi l'avis du médecin traitant ne serait pas convaincant. Les conclusions de ce dernier devaient donc prévaloir. Le Dr M_____ avait lui-même admis que les périodes d'incapacités

A/4710/2017 - 17/32 - décrites au fil des années démontraient l'absence de toute capacité de travail réelle pour la recourante. Si la Cour de céans considérait que la situation médicale n'était pas suffisamment claire, la recourante sollicitait, dans un premier temps, l'audition du Dr G_____, qui fonctionnait également à l'occasion comme expert pour diverses assurances et devrait dès lors être en mesure de répondre à toutes questions complémentaires dans ce dossier. Si cette mesure d'instruction ne suffisait pas à éclairer pleinement la Cour de céans, elle était disposée à se soumettre à une expertise judiciaire, qui pourrait alors être confiée à l'Unité des troubles de l'humeur des HUG. 58. Par courrier du 10 juin 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'experte pressentie, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées. 59. Par courrier du 6 juillet 2020 et avis SMR du 18 juin 2020, l'intimé a préalablement précisé qu'il s'opposait à la mise en place d'une expertise judiciaire, en l'absence de motifs justifiant une telle mesure, étant donné que deux expertises psychiatriques répondant à tous les requis juridiques pour se voir reconnaître une pleine valeur probante figuraient déjà au dossier. Si par impossible la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner ladite expertise, il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'experte désignée ni de questions complémentaires. 60. Le 22 juillet 2020, la recourante a indiqué

qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'experte et ni de remarque s'agissant des questions libellées dans la mission d'expertise.

EN DROIT 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. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à la suite de la nouvelle demande formée pour elle par le Dr DAMSA le 31 mars 2014, lequel

A/4710/2017 - 18/32 - faisait valoir une aggravation de son état de santé avec une capacité de travail nulle dès le 1er juillet 2013. 4. À titre liminaire, il convient de déterminer si la décision entreprise constitue une décision de non-entrée en matière ou s'il s'agit au contraire d'une décision rejetant sur le fond la demande de prestations, malgré la terminologie employée par l'intimé. a. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al.2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI. L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière – porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le Tribunal fédéral des assurances n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant

plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir

A/4710/2017 - 19/32 - des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement (arrêt du Tribunal administratif fédéral du I 41/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée comme une décision matérielle de refus (ATAS/1085/2013 du 6 novembre 2013 consid. 6b ; arrêt TA.2007.191 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 15 juin 2009 consid. 4b). b. En l'occurrence, la dernière décision de l'intimé entrée en force date du 3 juin 2013. Elle refusait à la recourante le droit à toute prestation. Cette dernière a déposé une nouvelle demande de prestations le 31 mars 2014. Suite à l'opposition formée par celle-ci au projet de décision de refus d'entrer en matière, l'intimé a ordonné une expertise avant de rendre la décision querellée, par laquelle il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Dès lors qu'il a ordonné une telle mesure d'instruction, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande et ne s'est pas contenté d'apprécier de manière sommaire si l'état de santé de la recourante s'était aggravé. Il en résulte que, malgré sa teneur, la décision querellée constitue un refus des prestations. 5. 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). 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, mentale ou psychique 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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.

A/4710/2017 - 20/32 - 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). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPGA) 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 6. 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). En 2017, 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

A/4710/2017 - 21/32 - 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). Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants : a. 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. 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. b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. 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. c. La comorbidité psychique 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. d. Il convient ensuite 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

A/4710/2017 - 22/32 - 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. e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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. f. Il s'agit, encore, 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 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. g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique 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 (inévitabile) 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. 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. La reconnaissance de l'existence desdits troubles 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). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il 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 difficultés

A/4710/2017 - 23/32 - décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). 7. Selon le Tribunal fédéral, les effets contraignants d'une maladie psychique (gravité, risque de rechute) doivent être pris en compte lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt 9C_953/2008 du 5 octobre 2009). Il s'agissait en l'occurrence d'un assuré souffrant d'une maladie mentale cyclique (trouble bipolaire de type I et syndrome de dépendance à l'alcool et au THC), ce qui lui permettait, dans les périodes d'amélioration, de travailler dans des postes sans responsabilité, n'exigeant pas de continuité, soit des travaux occasionnels. Dès lors que la maladie de l'assuré était insuffisamment sous contrôle, il ne pouvait travailler dans un emploi où la présence continue pendant toute l'année était exigée, parce qu'il devait s'attendre à au moins deux rechutes par année. Le Tribunal fédéral a constaté, dans ce contexte, que les effets contraignants de la maladie psychique du recourant (gravité, risque de rechutes) avaient été pris en compte lors de l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, fixée à 50% dans une activité moins exigeante que son activité habituelle, taux qui n'était pas contesté par les parties. Dans un arrêt du 3 novembre 2015 (9C_153/2015), le Tribunal fédéral a jugé, s'agissant d'une personne souffrant d'un rhumatisme psoriasique, que lorsqu'il s'agissait de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution – passée et future – de la capacité de travail. L'expert doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant. 8. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut

A/4710/2017 - 24/32 - être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente

avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens) Selon l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner L'art. 88bis RAI n'est pas applicable à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, comme c'est le cas en l'espèce. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à une telle décision, la date de la modification du droit à la rente étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 109 V 108; 106 V 16; arrêt 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2). 9. 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). 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. 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

A/4710/2017 - 25/32 - 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). 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). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). S'il

A/4710/2017 - 26/32 - est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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. 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).

10. 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). 11. 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 A/4710/2017 - 27/32 - consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). 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). 12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de tenir compte d'une capacité de travail moyenne en raison du caractère cyclique d'une maladie (cf. p. ex. arrêt 9C_953/2008 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). 13. a. En l'espèce, l'expertise du Dr M_____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'il a retenu que la capacité de travail de la recourante était complète tout en relevant qu'il ne disposait pas d'assez d'informations sur les rechutes et les rémissions et sans tenter de les obtenir auprès du médecin traitant de la recourante. Par ailleurs, dans son complément d'expertise du 22 août 2017, l'expert s'est référé à l'expertise du Dr J_____ – qui n'avait pas retenu d'incapacité de travail – en relevant que le SMR avait estimé le 9 décembre 2016 que l'expertise de ce dernier était convaincante. Or, le SMR a estimé, dans un avis postérieur du 13 mars 2017, qu'après relecture de l'expertise du Dr J_____, il apparaissait que les raisons pour lesquelles celui-ci s'était écarté du diagnostic de trouble bipolaire n'étaient pas claires, ce qui a conduit l'intimé à confier une nouvelle expertise au Dr M_____. Enfin, les rapports complémentaires de ce dernier des 27 septembre 2019 et 30 mars 2020 ne répondent pas clairement aux questions posées par la chambre de céans et ne lui permettent pas de trancher la présente cause. Il est ainsi nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante. b. Celle-ci a requis également une expertise rhumatologique, au motif que les diagnostics de

trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie n'avaient pas

A/4710/2017 - 28/32 - fait l'objet d'une analyse selon les indicateurs développés par le Tribunal fédéral en la matière. Dès lors que l'analyse de ces indicateurs relève de la compétence d'un psychiatre, une expertise rhumatologique ne se justifie pas en l'espèce, ce d'autant plus que la nouvelle demande de prestations est motivée par une aggravation de l'état psychique de la recourante, à teneur du rapport établi le 31 mars 2014 par le Dr G_____, qui faisait état d'une troisième rechute hypomane en juillet 2013 entraînant une incapacité totale de travail et d'une rechute dépressive sévère, dans le contexte d'un trouble bipolaire de type II, depuis janvier 2014.

A/4710/2017 - 29/32 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____. 2. Commet à ces fins la doctoresse R_____, spécialiste FMH en psychiatrie. 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 4. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 6. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 7. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 8. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? 9. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. 10. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

A/4710/2017 - 30/32 - 11. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 12. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? 13. Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 14. Les plaintes sont-elles objectivées ? 15. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée). 16. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 17. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 18. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 19. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

20. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 21. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 22. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

A/4710/2017 - 31/32 - 23. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 24. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux du 3 juin 2013 (date de la dernière décision de l'OAI entrée en force) au 26 octobre 2017 (date de la décision de l'OAI en cause). 25. Au vu des périodes d'incapacité et de rémission ressortant du rapport du Dr G_____ du 4 janvier 2019, une diminution de la capacité de travail (moyenne) se justifie-t-elle ? si oui prière de la quantifier en pourcent ? 26. Au vu des périodes d'incapacité de travail et de rémission ressortant du rapport du Dr G_____ du 4 janvier 2019, une diminution de rendement se justifie-t-elle ? si oui prière de la quantifier en pourcent ? 27. Si tant une baisse de la capacité de travail qu'une baisse de rendement ont été retenues, la baisse de rendement est-elle déjà prise en compte dans la baisse de la capacité de travail ou vient-elle en sus ? 28. Doit-on retenir une capacité de travail nulle pour la période objet du litige, à savoir du 11 mai 2012 au 26 octobre 2017, sur le plan médico- théorique, à savoir en se demandant uniquement si l'assurée pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre, sans examiner la question de savoir si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail eu égard aux conditions concrètes du marché du travail. 29. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. 30. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 31. En cas de baisse de rendement, préciser si celle-ci a été prise en compte dans la capacité de travail ou si elle vient en sus. 32. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 33. a) Êtes-vous d'accord avec les rapports de Dr G_____ des 9 janvier 2013, 31 mars 2014, 28 mai 2015, 4 janvier 2019 ? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

A/4710/2017 - 32/32 - b) Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr I_____ des 29 septembre 2014, 8 juin 2015 et 4 juillet 2018 ? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. c) Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr M_____ des 12 avril et 22 août 2017 des 29 septembre 2014 et 8 juin 2015, 27 septembre 2019 et 20 mars 2020 ? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. 34. Formuler un pronostic global. 35. Toute remarque utile et proposition de l'experte. 5. Invite l'experte à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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