

GE_GERICHTE ATAS/8/2020 vom 14. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_8_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/8/2020 du 14 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/8/2020 del 14 gennaio 2020

Erwägungen

E. 29

Dans un avis du 20 mars 2019, le SMR a indiqué qu'il n'était pas convaincu par l'évaluation de la Dresse I_____, dans la mesure où le trouble dépressif qu'elle retenait était de degré moindre. Par ailleurs, les limitations décrites étaient nettement moins importantes que celles observées par le Dr J_____. La situation semblait même s'être améliorée par rapport à celle qui prévalait au moment de l'expertise. La situation médicale de la recourante avait été parfaitement élucidée et une nouvelle expertise n'était pas justifiée.

E. 30

Le 15 avril 2019, la recourante a relevé que le SMR avait mal compris les critiques qu'elle faisait de l'expertise du Dr J_____, puisque l'essence même du rapport détaillé du 2 février 2019 portait sur la fluctuation et l'instabilité de ses affects. En effet, elle avait des périodes fonctionnelles puis pouvait entrer brusquement dans un épisode dépressif très invalidant, tel que cela était par exemple le cas depuis le mois de février 2019. La Dresse I_____ avait essayé de l'hospitaliser au cours de cette période, mais cela avait été impossible, car la clinique genevoise de Montana

A/4500/2018 - 12/25 - n'acceptait pas les patients avec idéations suicidaires et la clinique de Belle-Idée était complète. La recourante a produit un courriel que lui avait adressé le 7 avril 2019 la Dresse I_____ au sujet du rapport du SMR du 20 mars 2019, à teneur duquel celle-ci n'était pas surprise par la conclusion du SMR, car la réponse en tant que telle n'était pas fautive. Au moment du rapport, la recourante traversait une période plutôt calme. Son état pouvait toutefois rapidement changer et aller vers l'idéation suicidaire. Par période, elle pouvait effectuer des tâches et se former. Ensuite, malgré sa volonté, elle était incapable même de sortir de son lit, ce qui s'était passé en février et mars 2019. La Dresse I_____ avait essayé de l'hospitaliser, mais la clinique genevoise de Montana n'acceptait pas des patients avec idéations suicidaires et la clinique de Belle-Idée était complète à ce moment-là. Comme la patiente avait été volontaire pour une hospitalisation et qu'elle n'avait pas de pulsions actives de se suicider, les critères n'étaient pas remplis pour une hospitalisation sur le mode « PAFM-méd ». La capacité de travail de l'assuré était de 0 %. Il ne fallait pas insister sur l'intensité, mais sur la fluctuation et l'imprévisibilité ainsi que la perte de contrôle sur sa vie. L'intensité était par moment insupportable et à d'autres moments elle n'était pas très élevée. Il était nécessaire d'observer le fonctionnement de la patiente durant une plus longue durée ou depuis différents points de vue.

E. 31

Lors d'une audience du 20 novembre 2019, la recourante a déclaré à la chambre de céans : « Je confirme mon recours et me considère totalement incapable de travailler. J'ai

complètement confiance en le Dr C_____. J'ai été suivie pendant cinq ans par lui dans le cadre du programme TRE, qui en principe ne dure que trois ans. C'est pour cette raison que j'ai changé de médecin et ai été suivie par la Dresse I_____. Ce nom m'a été suggéré parmi d'autres par le Dr C_____ comme compétente pour les troubles de la personnalité borderline. Je suis très satisfaite du suivi par la Dresse I_____. J'avais très peur de changer de médecin, mais la transition s'est bien passée. Je n'ai eu qu'un entretien avec l'expert pendant 1 heure 30 et je pense que c'était insuffisant pour comprendre mon parcours et ma vie. J'ai été choquée de lire ses conclusions, car il ne retenait pas de traumatisme suite à ce que j'ai vécu dans l'enfance. Je suis actuellement suivie par le CTAS, qui est un groupe de parole pour anciennes victimes d'abus sexuels. J'ai des compétences, mais également de grandes difficultés, car je suis très instable. Mon état peut changer d'heure en heure. Je peux perdre mon énergie et ma concentration. J'ai fait un bachelor, mais j'ai eu beaucoup de mal à l'obtenir en plus de 5 ans, alors qu'en principe on l'obtient en 3 ans. J'ai dû demander deux délais supplémentaires pour l'obtenir dans le délai maximal autorisé. Je vis avec moi-même et c'est une lutte quotidienne. Je dors beaucoup. Il m'arrive de dormir 20 heures d'affilée. Mon énergie est variable, parfois je n'en ai pas assez pour faire les courses ou prendre une douche. Je vis d'heure en heure et même de minute en minute. Cet état est le même depuis le début de mon suivi auprès de la Dresse I_____. Malgré ce suivi,

A/4500/2018 - 13/25 - cette instabilité persiste. De mon point de vue, il est impossible de reprendre une activité professionnelle, pour le moment. Parfois je n'arrive pas à me lever pour me rendre à mon rendez-vous de psy ou des rendez-vous administratifs. Il m'a été assez difficile d'être là ce matin. J'habite seule depuis mes 18 ans. J'ai des amis qui constituent ma famille (...). J'ai le souvenir que j'ai fait une tentative de suicide en février 2011. En février et mars 2019, je ne suis plus sortie de chez moi. L'assurance n'a pas été d'accord de prendre en charge une hospitalisation à Montana. Aucune mesure n'a été prise. J'ai dû "me démerder". Quand cela va mieux, quand j'ai de l'énergie, je passe un peu de temps avec mes amis. J'aime bricoler, créer quand cela ne me fait pas mal aux mains. Par moment j'ai les mains qui se crispent avec des douleurs et j'ai d'autres douleurs dans le corps. Je pense que c'est pour cela que la Dresse I_____ a préconisé une expertise neurologique. J'ai également des douleurs au dos à cause de ma scoliose. Ces douleurs au dos augmentent quand je suis tendue, angoissée ou anxieuse, ce qui est quotidien. Cela me fatigue et entraîne un cercle vicieux. Je ne prends pas de médicaments pour ces douleurs au dos, car ils ne les soulagent pas vraiment, mais la physiothérapie m'aide un peu. Je participe parfois à des ateliers de bricolage à l'extérieur, mais je ne peux pas m'engager de manière régulière vu mon état variable. Ces cinq derniers mois, j'ai travaillé avec une coach sur un projet de spectacle de marionnettes qui m'est personnel. On se voyait une fois par semaine en principe une heure. Je n'ai pas pu le faire chaque fois. La coach s'adaptait à mes horaires et à mon état du jour, ce n'était jamais le matin, et elle se déplaçait près de chez moi. Il s'agit seulement d'un projet, qui n'est pas réalisé. Nous avons fait un prototype de marionnette. Le coaching est terminé. Il n'était pas lié à l'AI mais à une association. J'essaie de le continuer seule selon mes possibilités. J'adore la lecture, mais cela m'endort souvent. Je confirme être intéressée par une formation de type master en sociologie dans l'étude de genre. J'en avais parlé à l'expert qui m'avait répondu qu'il doutait que j'en serais capable, vu le temps pris pour mon bachelor. Je ne porte pas cet expert dans mon cœur. S'agissant du stage que je devais faire après mon bachelor pour déterminer ma capacité de travail, j'ai réalisé, au moment où j'ai commencé que je n'avais pas l'énergie pour le faire. J'étais angoissée et fatiguée. Je pense que j'aurais dû faire une pause après le bachelor qui m'avait demandé

beaucoup d'énergie. Même maintenant je ne me sentirais pas capable de reprendre ce stage pour évaluer une capacité de travail. En réalité, je n'ai pas eu de pause. Je suis toujours en train de courir notamment pour des démarches administratives avec B_____ et l'OAI et en raison de mon état de santé quotidien. J'espère que mon état pourra s'améliorer lorsque ma situation sera stabilisée sur le plan administratif et en lien avec l'AI. Ma psychiatre n'est pas très optimiste à ce sujet et pense que ce n'est pas possible ». La mandataire de la recourante a déclaré : « La demande d'une expertise psychiatrique et neurologique découle des rapports de la Dresse I_____. Nous demandons également une confrontation entre le Dr J_____ et la Dresse I_____ ».

A/4500/2018 - 14/25 -

E. 32

Le 3 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique à la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a transmis le projet de mission d'expertise avec un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte ou sur les questions qui lui étaient adressées.

E. 33

Le 10 décembre 2019, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire. Aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifiait pas. Si la chambre persistait dans son intention, il n'avait pas de motifs de récusation contre l'experte annoncé. Il proposait que soit ajouté à la question numéro 10 : « le traitement décrit est-il exigible ? ».

E. 34

Le 16 décembre 2019, la recourante a informé la chambre de céans ne pas s'opposer à l'experte désignée et qu'elle n'avait pas de questions complémentaires à poser à celle-ci.

E. 35

Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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 apparaît 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, a priori, 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. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/4500/2018 - 15/25 - 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA 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). 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; 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

A/4500/2018 - 16/25 - 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, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs sont les suivants : a. 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. 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 le plus tôt possible par 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 motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des

A/4500/2018 - 17/25 - 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 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. 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 en suite 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 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. 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 légitimement 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 douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

A/4500/2018 - 18/25 - 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). 7. 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 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. c. 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). d. 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

A/4500/2018 - 19/25 - de s'écarter 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). e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). f. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). g. 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). h. 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

A/4500/2018 - 20/25 - 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 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). i. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité

A/4500/2018 - 21/25 - résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 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 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).

9. 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). 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 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). 10. En l'espèce, au vu des conclusions contradictoires de l'expert et des médecins traitants de la recourante, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique de celle-ci. En l'état, il n'apparaît pas nécessaire de faire procéder à une expertise neurologique, mais une telle expertise pourrait être ordonnée par la suite, selon les conclusions de l'expertise psychiatrique.

A/4500/2018 - 22/25 - L'expertise sera confiée à la doctoresse O_____, FMH psychiatrie-psychothérapie. La question complémentaire requise par l'intimé sera intégrée à la mission d'expertise.

A/4500/2018 - 23/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement : I. Ordonne une expertise médicale et la confie à la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. II. 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 la recourante. C. Examiner la recourante. D. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? 2. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? 3. Quelles sont les plaintes de la recourante ? 4. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre la recourante du point de vue psychiatrique (diagnostics selon les critères d'un système de classification reconnu, en distinguant ceux avec et ceux sans effet sur la capacité de travail et la date de leur apparition et leur évolution) ? 5. Le degré de gravité minimum inhérent à chaque diagnostic est-il rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic ? 6. a. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les difficultés décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? b. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 7. a. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? b. Quels ont été les traitements

entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? c. La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

A/4500/2018 - 24/25 - d. 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 la recourante à reconnaître sa maladie ? e. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? f. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? 8. a. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? 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.

b. De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ? c. Quel est le contexte social ? la recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? d. Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 9. a. L'état de santé de la recourante s'est-il amélioré/aggravé ? Si oui, depuis quelle date ? b. Cette amélioration/aggravation a-t-elle une influence sur la capacité de travail de la recourante ? Si oui, de quelle manière ? 10. 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. Le traitement décrit est-il exigible ? 11. a. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr J_____ (rapport du 12 février 2018).

b. Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par le Dr C_____ les 3 novembre 2015, 7 mars 2017 et 12 juillet 2017 ?

c. Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par la Dresse I_____ les 30 janvier 2018, 12 avril et 12 juin 2018 et 2 février 2019 ? d. Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par le SMR les 20 mars 2019 et 30 janvier 2018 ? 12. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

A/4500/2018 - 25/25 - 13. Pensez-vous qu'un examen neurologique de l'assurée est nécessaire et si oui pour quels motifs ? 14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. III. Invite l'experte à rendre son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais. IV. Réserve le sort des frais. V. 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.