

GE_GERICHTE A/2803/2016 vom 26. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2803_2016

FR: GE_GERICHTE A/2803/2016 du 26 avril 2017

IT: GE_GERICHTE A/2803/2016 del 26 aprile 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1977 et originaire de la République du Kosovo, a déposé le 23 janvier 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Entrée en Suisse le 3 novembre 2003, elle est femme au foyer depuis le 16 janvier 1998 et travaille en tant que nettoyeuse auprès de B_____ net SA (ci-après : l'employeur) depuis le 8 décembre 2010 à raison de dix heures par semaine, l'horaire normal de l'entreprise étant de quarante-deux heures trente par semaine. Elle indique souffrir de difficultés psychiques et physiques depuis novembre 2003 causées par un tiers et présenter une incapacité de travail de 100% depuis le 2 octobre 2014. Elle est notamment suivie médicalement depuis le 27 septembre 2005 pour une dépression et un état de stress post-traumatique.![endif]>![if> 2. Dans un rapport du 21 octobre 2014 adressé à l'assurance-perte de gain, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué des lombosciatalgies L5 gauches non déficitaires, d'apparition progressive et d'allure mécanique, invalidantes et rendant impossible le travail physique de l'assurée. L'incapacité de travail était entière depuis le 2 octobre 2014.![endif]>![if> 3. Le 3 février 2015, l'employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 30 avril 2015.![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 3 février 2015 adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr C_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un état dépressif-stress post-traumatique, un syndrome des jambes sans repos et des lombosciatalgies. Il traitait l'assurée depuis octobre 2010. Celle-ci suivait de longue date une psychothérapie auprès de l'association Appartenances-Genève (ci-après : l'association). Il y avait une atteinte douloureuse chronique chez une patiente souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique avec risque de persistance des lombalgies. Au vu de la durée de la thérapie supérieure à cinq ans, il était difficile d'imaginer une guérison. L'incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage était entière depuis le 2 octobre 2014. L'assurée présentait des restrictions fonctionnelles, des gonalgies, des lombalgies et un état de fatigue d'origine mixte médicamenteuse et psychologique. Il existait de multiples éléments psycho-bio-sociaux en faveur d'une incapacité à retrouver un emploi.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 31 mars 2015, le docteur D_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et Monsieur E_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, tous deux travaillant auprès de l'association, ont diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), une modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe (F62), constatés par

eux-mêmes depuis le début de leur suivi en septembre 2005. Durant la guerre, l'assurée avait subi à plusieurs reprises des violences correspondant aux critères de la définition de la torture par l'ONU. Une médication antidépressive avait été prescrite par le programme santé-migrant des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) qu'elle avait suivi dès son arrivée en Suisse en 2003. En raison d'une péjoration de son état dépressif et traumatique suite à une diminution de sa médication consécutive à une grossesse en 2004-2005, elle leur avait été adressée par les HUG. L'évolution de cette patiente était marquée par une absence presque totale d'amélioration malgré une médication antidépressive. Parallèlement à cette médication, elle suivait une psychothérapie individuelle en présence d'une interprète depuis septembre 2005. Elle se plaignait d'une présence continue de souvenirs liés à la guerre, de cauchemars en lien avec les événements traumatiques passés et avait le sentiment que ces événements s'étaient produits la veille. Elle se sentait morte et détruite « à l'intérieur » en raison de la guerre. Elle exprimait des sentiments de culpabilité de ne pas pouvoir expliquer correctement l'innommable et de honte d'avoir été exposée à de tels actes. Elle présentait des envies de mourir fréquentes, sans idéation suicidaire en raison de ses enfants. Elle n'avait goût à rien, se sentait souvent triste et ressentait chaque activité comme une « montagne ». Elle évoquait beaucoup de tensions et de disputes avec son mari qui rapportait une grande irritabilité de la part de l'assurée. Elle se plaignait également d'une impression de blocage psychique qui la handicapait de façon globale dans toutes les activités du quotidien. Ainsi, elle peinait à se concentrer, à mémoriser et à se rappeler. Elle vivait toute activité ou responsabilité vis-à-vis de l'extérieur comme une difficulté insurmontable. Elle éprouvait de la difficulté à effectuer dans les temps ce qui était attendu de sa part et présentait un stress subjectif important face aux exigences normales d'un employeur, ainsi qu'une angoisse que son travail ne soit pas bien fait ou qu'elle ait oublié quelque chose. L'activité habituelle n'était plus exigible et on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Depuis septembre 2005, sa résistance, ainsi que ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation étaient limitées. 6. Le 5 octobre 2015, l'assurance-perte de gain a transmis son dossier à l'OAI sur requête de celui-ci. Selon le rapport d'expertise psychiatrique du 26 août 2015 établi à la demande de ladite assurance par le docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, avec la collaboration de Madame G_____, psychologue FSP, l'assurée présentait avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11), actuellement en rémission très partielle. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a diagnostiqué une modification de la personnalité après viols multiples et violence physique (F62.0), une dysthymie ayant précédé l'épisode dépressif (F34.1), un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs (F54). Intégrant l'ensemble du tableau clinique à son examen et au dossier médical à disposition, l'expert a retenu une dysthymie ayant évolué vers un épisode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission très partielle, réactionnel à des douleurs selon l'anamnèse. Le tableau clinique se compliquait d'une modification durable de la personnalité et d'un trouble somatoforme persistant, versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs. La souffrance de l'assurée était réelle et ses arrêts de travail étaient actuellement justifiés sur le plan clinique. D'un point de vue purement psychiatrique, l'expert retenait une répercussion des plaintes modérée mais significative, en ce qui concernait un ralentissement psychomoteur modéré et une fatigue présente, mais

compatible avec une reprise professionnelle progressive et décalée dans le temps. Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, l'expert estimait que la capacité de travail médico-théorique était nulle jusqu'au 30 septembre 2015, de 50% du 1^{er} au 31 octobre 2015 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} novembre 2015. La profession exercée était adaptée d'un point de vue purement psychiatrique.!

7. Dans un rapport du 26 octobre 2015, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire et sans changement dans les diagnostics. L'assurée avait subi une situation d'épuisement professionnel qui devait être perçue comme une conséquence de sa fragilité personnelle présente depuis le début du suivi en septembre 2005 et qui l'empêchait de travailler dans un environnement normal même à temps partiel. Elle s'était lentement remise de son état d'épuisement, mais sur le fond, il n'y avait pas d'évolution de son état de fragilité psychique. Elle gardait une grande anxiété face à l'idée de reprendre un travail. Un retour au travail n'était pas envisageable, mais des mesures d'évaluation dans une activité protégée devraient être entreprises.!

8. Selon le rapport du 25 avril 2016 de la doctoresse H_____, médecine interne générale et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), il y avait lieu d'accepter l'évaluation de la capacité de travail faite par l'expert. Il n'y avait pas de raison que le problème psychiatrique ait une influence sur la capacité de travail d'une activité de nettoyeuse. S'agissant de la lombalgie qui était sous antalgiques « premier palier », une activité de nettoyeuse à 20% pouvait réellement être exigible.!

9. Par projet de décision du 28 avril 2016, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et a nié le droit à une rente. Selon l'avis de son service médical, il y avait lieu d'admettre une période d'incapacité de travail d'octobre 2014 à octobre 2015, de sorte que le délai d'attente d'une année n'était pas atteint, ce qui ne permettait pas d'ouvrir le droit à la rente. D'éventuelles mesures professionnelles n'étaient pas indiquées puisque la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle.!

10. Par courrier du 20 mai 2016, l'assurée a communiqué ses objections à l'OAI. Elle a indiqué qu'elle n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr F_____ qui minimisaient son état et contredisaient l'avis de ses médecins traitants. Par ailleurs, elle avait été victime d'un très grave accident de la route en janvier 2016 qui avait grandement péjoré son état de santé. Elle ne voyait pas comment elle pourrait reprendre un travail dans son état.!

11. Par courrier du 25 mai 2016, envoyé par pli simple, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne procéderait à aucune instruction médicale complémentaire. Aussi, il appartenait à celle-ci d'apporter les éléments susceptibles de modifier son point de vue, sa dernière correspondance n'étant pas suffisante. Il lui accordait un délai jusqu'au 20 juin 2016 pour adresser tout complément médical susceptible de modifier le point de vue du SMR, faute de quoi il lui notifierait une décision de refus de prestations.!

12. Par décision du 24 juin 2016, l'OAI a confirmé sa position dès lors que les pièces requises le 25 mai 2016 ne lui avaient pas été communiquées.!

13. Par acte du 25 août 2016, l'assurée représentée par un mandataire, a recouru contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle indique avoir été renversée par une voiture en janvier 2016, alors qu'elle traversait un passage pour piéton et qu'elle n'a jamais reçu le courrier de l'intimé du 25 mai 2016. Elle a été hospitalisée du 1^{er} au 14 juin 2016 à la clinique genevoise de Montana en raison d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère. Elle conteste les conclusions de l'expertise au motif que bien qu'elle présente un trouble somatoforme douloureux, sa capacité de travail exigible n'a pas été évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, ainsi que le requière la

jurisprudence actuelle en la matière. De plus, l'expertise s'est prononcée sur des questions de droit. Elle reproche également à l'intimé de ne pas avoir pris en considération ses nombreuses limitations fonctionnelles et d'avoir évalué de manière abstraite son degré d'invalidité sans tenir compte de l'incidence économique de ses atteintes à la santé. Elle produit dans la procédure divers rapports médicaux, notamment ceux de la clinique genevoise de Montana du 14 juin 2016, du Dr D_____ du 30 juin 2016 et du Dr C_____ du 7 juillet 2016. Dans le rapport du 14 juin 2016 consécutif à l'hospitalisation de la recourante du 1^{er} au 14 juin 2016, la doctoresse I_____, interniste, a diagnostiqué à titre principal, un état de stress post-traumatique réactivé et à titre secondaire, notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Dans le rapport du 30 juin 2016, le Dr D_____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique réactivé (F43.1), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), une agoraphobie (F40.0) et un possible syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a constaté chez l'assurée depuis l'accident de la circulation de janvier 2016, une nette péjoration de son état psychique, malgré une intensification de son traitement. Sur le plan psychique, il a observé un ralentissement global, un émoussement des affects, une perte de confiance accrue en l'avenir, un sentiment d'insécurité permanent, une peur de sortir seule de chez elle. Son mari rapportait qu'elle restait couchée toute la journée, était souvent en pleurs et criait sur tout le monde. Sur le plan physique, la recourante présentait une hyperalgie dont il était difficile de dire si elle reposait uniquement sur un substrat organique ou si elle était liée à une cause psychosomatique de type trouble douloureux somatoforme. Dans le rapport du 7 juillet 2016, le Dr C_____ a indiqué que le retentissement physique de l'accident n'était pas majeur mais entraînait une nette péjoration sur le plan psychique, à savoir une péjoration sévère de l'état dépressif avec un mutisme prédominant lors des consultations. 14. Dans sa réponse du 20 septembre 2016, l'OAI conclut au rejet du recours. Il renvoie à la motivation de la décision litigieuse. Il ajoute qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, la recourante ne présentait pas d'incapacité de gain durable de 40% au moins, de sorte qu'un droit à la rente n'a pas pu naître valablement. Il produit un avis de la doctoresse J_____, médecin SMR, prenant position sur les rapports médicaux produits par la recourante. Il se rallie intégralement aux conclusions du SMR et admet que le courrier de la recourante du 20 mai 2016 pourrait le cas échéant être considéré comme une nouvelle demande. Dans son avis du 1^{er} septembre 2016, la Dresse J_____ observe que le rapport de la clinique de Montana du 14 juin 2016 est incomplet et ne fait qu'énoncer des diagnostics. Elle estime que les documents produits par la recourante rendent plausible une aggravation sur le plan psychiatrique à partir de janvier 2016 et suggèrent également le développement de troubles de la lignée somatoforme. Cette aggravation est survenue postérieurement à l'expertise du Dr F_____, mais antérieurement à la décision contestée. Il n'y a pas d'élément permettant de douter de la capacité de travail de 50% en octobre 2015, respectivement de 100% en novembre 2015. 15. Dans sa réplique du 13 octobre 2016, la recourante a répété ses griefs contre les conclusions de l'expertise. Elle a également relevé que contrairement à ce que retenait l'expertise, il n'y avait pas d'évolution de son état de fragilité psychique. Elle présentait déjà un développement de troubles de la lignée somatoforme avant l'accident de janvier 2016, de sorte qu'on ne saurait suivre la constatation de l'intimé quant à l'absence d'éléments permettant de douter de la capacité de travail de 50% en octobre 2015, respectivement de 100% en novembre 2015. Par ailleurs, selon la jurisprudence, il y avait lieu de se montrer réservé quant à une appréciation médicale du SMR qui ne reposait pas sur des observations

cliniques. L'intimé en statuant sans tenir compte des observations des différents médecins traitants avait évalué sa capacité de travail de manière disproportionnée et arbitraire, qui était pourtant nulle au terme du délai de carence d'une année. L'intimé n'était pas en droit de considérer son courrier du 20 mai 2016 comme une nouvelle demande dès lors qu'il devait statuer sur la base de l'état de fait existant à la date de la décision litigieuse, soit le 24 juin 2016, date postérieure à l'accident de janvier 2016 et à l'hospitalisation à la clinique genevoise de Montana du 1^{er} au 14 juin 2016. En refusant d'instruire les faits survenus depuis janvier 2016 et d'en tenir compte dans la décision litigieuse, l'intimé avait abusé de son pouvoir d'appréciation. La recourante a confirmé ses conclusions précédentes.

16. Dans sa duplique du 31 octobre 2016, l'intimé a observé qu'après avoir été informé de l'accident de la recourante, il l'a dûment questionnée sur cet événement, en lui demandant dans un délai raisonnable la production de pièces médicales, voire la liste des médecins qui l'avaient suivie, sans que la recourante ne lui fasse parvenir les informations requises. Le seul fait qu'elle ait indiqué le 20 mai 2016, qu'elle avait été victime d'un accident, sans apporter un quelconque élément médical susceptible de modifier l'appréciation faite auparavant, ne suffisait pas à justifier la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. Aussi, on ne pouvait pas lui reprocher de ne pas avoir tenu compte de pièces dont il ignorait l'existence au moment de statuer. Il a précisé que seules les pièces produites dans le cadre de la procédure judiciaire justifiaient d'admettre la présence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante. Par conséquent, c'est la date du mémoire de recours, soit le 26 août 2016, qui devait être considérée comme le dépôt de la demande de révision, contrairement à ce qu'il avait mentionné dans sa précédente écriture.

17. Le 1^{er} novembre 2016, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur ce, a gardé la cause 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4. En l'espèce, la recourante a formé recours le 25 août 2016, contre la décision sur opposition du 24 juin 2016, reçue au plus tôt le lundi 27 juin, soit dans un délai de plus de trente jours. Toutefois, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE). Par conséquent, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de cette réception, avant d'être suspendu du 15 juillet au 15 août et de recommencer à courir du 16 au 29 août 2016. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B LPA-GE).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus

particulièrement sur sa capacité de travail à partir du 1^{er} octobre 2015. 5. En vertu de l'art. 28 al. 1 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2) 7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations

liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. 8. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). c) 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). d) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). e) Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) 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_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). f) 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 9. Dans un premier moyen, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr F_____.

a) En l'espèce, dans son rapport du 26 août 2015, l'expert diagnostique avec incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission très partielle et sans répercussion sur la capacité de travail, une modification de la personnalité après viols multiples et violence physique, une dysthymie ayant précédé l'épisode dépressif et un trouble douloureux somatoforme persistant versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs. S'agissant du trouble douloureux somatoforme persistant, il explique que les critères jurisprudentiels de gravité ne sont pas remplis eu égard à l'absence d'un épisode dépressif sévère et de perte des liens sociaux, la recourante ayant su maintenir de bonnes relations avec sa famille et avec des amis proches qui la soutiennent régulièrement. Il conclut à une capacité de travail médico-théorique nulle jusqu'au 30 septembre 2015, de 50% du 1^{er} au 31 octobre 2015 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} novembre 2015. Il motive son évaluation par le fait que selon « la jurisprudence actuellement en vigueur (épisode dépressif moyen et trouble douloureux persistant somatoforme), la capacité de travail peut être considérée comme étant rapidement à augmenter jusqu'à 100% ». b) La recourante fait en premier lieu grief à l'expert de s'être prononcé sur des questions de droit. La tâche de l'expert est 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4). S'il est souvent appelé à se prononcer sur l'état de santé d'une personne au regard de notions juridiques, l'expert n'a cependant pas pour mission de « traduire des données (médicales) sur un plan juridique », mais de fournir les données techniques qui permettront d'établir les faits sur la base desquels sera prise la décision de l'administration ou du juge. Il incombe donc à l'expert de répondre exclusivement à des questions techniques médicales de son ressort et non à des questions de droit, lesquelles relèvent du domaine de compétence et du pouvoir décisionnel de l'administration et du juge (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 195/05 du 20 décembre 2006 consid. 4.4). En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert ne se prononce pas sur une question de droit en évaluant sa capacité de travail au regard de critères jurisprudentiels, mais sur une question de fait, à savoir l'appréciation de sa capacité de travail raisonnablement exigible en fonction de la gravité de ses troubles. En définitive, le Dr F_____ diagnostique un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique en rémission très partielle et nie le caractère invalidant tant du trouble douloureux somatoforme persistant que de la modification de la personnalité après viols multiples et violence physique. Bien que dans son rapport du 31 mars 2015, le Dr D_____ retienne que ce dernier diagnostic - ou plutôt celui de modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe - a une incidence sur la capacité de travail, l'expert se borne à affirmer que tel n'est pas le cas au motif que la recourante a pu travailler malgré la présence de ce trouble. Or, une telle motivation n'est pas pertinente dans le cas d'une activité professionnelle exercée à 25%. En effet, le fait que la recourante ait pu exercer une activité de nettoyeuse à raison de dix heures par semaine pendant quatre ans ne permet de tirer aucun enseignement sur sa capacité de travail en général, respectivement sur la question de savoir si elle présente une capacité de travail entière, mais renseigne uniquement sur l'existence d'une capacité de travail partielle de fin 2000 à fin 2004. En revanche, l'expert n'examine pas si au moment de son entretien avec la recourante, celle-ci

avait encore une quelconque capacité de travail en lien avec ce diagnostic ou si après quatre ans d'activité professionnelle, elle n'a plus été en mesure de travailler car elle s'est épuisée professionnellement en raison de sa fragilité personnelle existant depuis le début de du suivi du Dr D_____ en septembre 2005 (rapport du 26 octobre 2015). Il n'examine pas davantage si au vu des viols et des violences physiques que la recourante a subis pendant seize ans, elle a une quelconque capacité de travail au moment de son entretien eu égard à la modification de sa personnalité provoquée par ces sévices. De plus, au vu des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail posés par le psychiatre traitant qui suit la recourante depuis septembre 2005 et a eu le recul temporel nécessaire pour se faire une idée précise de son état de santé sur la base de ses observations régulières, l'expert se devait de motiver son appréciation de façon particulièrement fouillée, ce qu'il n'a pas fait (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.3). Par ailleurs, les critères de gravité qu'il applique sont erronés dès lors qu'il omet de tenir compte des pathologies psychiatriques autres que l'épisode dépressif pour examiner le caractère incapacitant dudit trouble. Pour ce premier motif, son rapport d'expertise n'a pas de valeur probante eu égard à ses lacunes et erreurs. 10. Dans un deuxième moyen, la recourante conteste les conclusions de l'expert au motif qu'il a apprécié le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sur la base de critères jurisprudentiels qui ne sont plus valables. L'expert ayant retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs mais exclu toute répercussion de ladite atteinte sur la capacité de travail de la recourante, il convient au préalable de déterminer quels sont les critères jurisprudentiels applicables. Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ex nunc et pro futuro ; ATF 140 V 154 consid. 6). A fortiori, une nouvelle jurisprudence s'applique immédiatement lorsqu'elle intervient avant le prononcé de la décision. Par conséquent, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral de l'ATF 141 V 281 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige. En l'espèce, les conclusions de l'expert concernant les répercussions du trouble douloureux somatoforme persistant sur la capacité de travail de la recourante se basent sur les anciens critères jurisprudentiels. Toutefois, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). La chambre de céans constate, à la lumière de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher. En effet, le rapport d'expertise ne met pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la recourante d'autre part. Il ne donne pas d'indications pertinentes sur le degré de gravité inhérent au diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais se borne à considérer qu'au vu de l'intensité des plaintes algiques, on peut penser que la détresse de la recourante est réelle. Il n'est pas possible non plus de déterminer l'interaction entre le trouble douloureux et les autres diagnostics psychiques retenus, à savoir l'épisode dépressif

récurrent moyen avec syndrome somatique et la modification de la personnalité après viols multiples et violence physique, des indications précises sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante faisant défaut. Il n'est ainsi pas possible de savoir si les ressources personnelles de la recourante sont diminuées par l'existence de comorbidités psychiatriques justifiant la reconnaissance de limitations fonctionnelles. En effet, le rapport d'expertise ne contient aucune indication sur les ressources de la recourante et sa capacité à les mobiliser, au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activités dans les domaines comparables de la vie. Il n'aborde pas davantage les fonctions complexes du Moi, notamment le contrôle des affects et des impulsions alors que la recourante se plaint d'être agressive vis-à-vis de sa famille. Dès lors, outre ses lacunes et erreurs, l'expertise ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 4 et 8), de sorte qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique sur la base des nouveaux critères de la jurisprudence. 11. Dans un dernier moyen, la recourante fait grief à l'intimé d'avoir violé son obligation d'instruire l'état de fait d'office jusqu'à la date de la décision litigieuse, alors qu'il avait connaissance de l'accident survenu en janvier 2016 et de l'identité des médecins traitants.!

[endif]>![if> a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Elle est tenue d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368 consid. 4). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou

effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

b) Selon la jurisprudence constante (entre autres arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2016 du 9 février 2017 consid. 6.1), il incombe au juge d'apprécier la légalité des décisions attaquées, sous réserve d'exceptions non réalisées en l'espèce, d'après l'état de fait existant au moment où la décision administrative a été rendue (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; ATF 121 V 362 consid. 1b). c) Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2; ATF 124 V 400 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_412/2011 du 30 avril 2012 consid. 3.2).

12. En l'espèce, informé le 20 mai 2016 que la recourante avait été victime d'un accident en janvier 2016, l'intimé a refusé de procéder à une instruction complémentaire par courrier simple du 25 mai 2016 arguant qu'il appartenait à la recourante d'apporter dans un délai échéant le 20 juin 2016 tout complément médical susceptible de modifier le point de vue du SMR. Or, une telle façon de procéder viole l'art. 43 al. 1 LPGA qui impose à l'assureur d'instruire d'office les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre sa décision. En effet, il est incontestable que l'accident de janvier 2016 est un élément que l'intimé devait prendre en considération puisqu'il est survenu avant sa décision et est susceptible d'avoir une incidence sur l'état de santé de la recourante, respectivement sur sa capacité de travail. En outre, ayant connaissance des noms des médecins traitants, notamment du Dr C_____, il appartenait à l'intimé en premier lieu de demander un rapport à ce médecin. La question de savoir si la recourante a violé son devoir de collaborer peut rester ouverte car quoi qu'il en soit, dans la mesure où elle prétend qu'elle n'a pas reçu la communication de l'intimé du 25 mai 2016 et que celui-ci n'est pas en mesure de rendre vraisemblable la notification d'une telle communication faute de l'avoir envoyée en recommandé, il y a lieu de se fonder sur les déclarations de la recourante. Par conséquent, l'instruction de l'état de fait est lacunaire et il convient de procéder à une instruction complémentaire afin de déterminer si l'accident de janvier 2016 a aggravé l'état de santé tant physique que psychique de la recourante, respectivement sa capacité de travail.

13. a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de

diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).!

b) En l'espèce, le dossier ne contient pas d'expertise psychiatrique répondant aux nouvelles exigences jurisprudentielles bien que l'expert ait retenu un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classés ailleurs. De plus son rapport d'expertise contient des lacunes et des erreurs. Dans ces conditions l'intimé aurait dû procéder à des investigations complémentaires au niveau médical, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que son instruction de l'état de fait est lacunaire. Étant donné que l'intimé n'a pas instruit correctement la situation médicale de la recourante, la cause doit lui être renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au sens des considérants en présence d'un interprète et instruction complémentaire sur l'état de santé de la recourante depuis l'accident de janvier 2016, respectivement sur sa capacité de travail. 14. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 24 juin 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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