

GE_GERICHTE A/3497/2017 vom 27. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3497_2017

FR: GE_GERICHTE A/3497/2017 du 27 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3497/2017 del 27 novembre 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.11.2017 A/3497/2017

A/3497/2017 ATAS/1058/2017 du 27.11.2017 (AI) En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3497/2017 ATAS/1058/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 27 novembre 2017 5^{ème} Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Jacques MARTIN Recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née en Espagne le _____ 1958, est arrivée en Suisse en 1981 et a commencé à travailler à temps partiel dès 1993. En dernier lieu, elle a été engagée par B_____ SA en qualité de nettoyeuse, à partir du 1^{er} janvier 2005.![endif]>![if> 2. Suite à une chute d'une échelle au printemps 2008, l'intéressée a présenté des dorsalgies aiguës et des difficultés respiratoires. Faute de pouvoir accomplir correctement son travail, elle en a démissionné pour le 31 mai 2008.![endif]>![if> 3. L'intéressée a déposé une demande auprès de l'office cantonal de l'emploi (OCE), lequel lui a octroyé des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail (ci-après PCM) du 2 novembre 2009 au 24 juin 2010.![endif]>![if> 4. En date du 7 juillet 2010, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en neurologie, a établi un rapport suite à trois consultations de l'intéressée et à un enregistrement électroencéphalogramme prolongé du 24 au 25 juin 2010. Ses investigations confirmaient l'hypothèse diagnostique d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil à caractère positionnel et lié au sommeil paradoxal. Suite à l'interruption du traitement par ventilation en pression positive continue (ci-après CPAP pour « continuous positive airway pressure») en raison d'un refus psychologique de l'assurée, la neurologue préconisait l'application d'un propulseur mandibulaire ainsi que la réalisation d'un bilan pneumologique. En outre, elle avait introduit un traitement par antidépresseur, l'assurée se plaignant d'angoisses.![endif]>![if> 5. Par décision du 8 juillet 2010, l'OCE a nié le droit de l'assurée aux PCM, considérant, sur la base du préavis de son médecin-conseil, que l'incapacité de travail était définitive. ![endif]>![if> 6. Le 28 juillet 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), mentionnant être incapable de travailler pour cause de maladie depuis mai 2008. Elle a joint différents documents à sa demande, dont un curriculum vitae duquel il ressort qu'elle a travaillé en qualité de nettoyeuse et blanchisseuse, de gouvernante, d'employée de maison et d'aide aux personnes âgées.![endif]>![if> 7. Par rapport du 6 août 2010, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu, à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail de l'assurée, une fracture-tassement de D7 suite à une chute en 2008, ainsi qu'un état dépressif récurrent accompagné de fatigue et d'attaques de panique. L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2008. L'activité de nettoyeuse n'était

plus exigible à cause des dorsalgies et angoisses. Le traitement actuel consistait en physiothérapie et antidépresseurs.![endif]>![if> 8. En date du 13 janvier 2011, le Dr D_____ a précisé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité en raison des dorsalgies, blocages et douleurs. En outre, elle était limitée par ses angoisses, souffrait de dépressions récurrentes et ne pouvait pas se concentrer. ![endif]>![if> 9. Par rapports des 3 février et 9 mars 2011, la Dresse C_____ a diagnostiqué un syndrome d'apnées du sommeil et une dépression, ajoutant qu'un propulseur n'avait pas pu être proposé à cause de l'état dentaire de l'assurée. ![endif]>![if> 10. Le 4 août 2011, le Dr D_____ a relevé que l'assurée faisait des crises d'angoisse et de tétanie et qu'elle restait enfermée dans son logement. L'idée de reprendre un emploi lui déclenchait des crises de panique. Concernant la fracture-tassement de D7, l'assurée avait été informée qu'une cimentoplastie était possible, mais elle avait préféré y renoncer en raison des risques potentiels.![endif]>![if> 11. Mandaté par l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en pneumologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a rendu un rapport le 20 février 2012 suite à des tests de sommeil et deux consultations de l'assurée. L'expert a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de probables crises d'angoisse présentes depuis des années et des lombalgies après une fracture du corps vertébral D7 sur une chute au printemps 2008. Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, une insomnie avec des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, probablement d'origine psychophysiologique, présente depuis des années (F51.0 ; CIM-10) et un syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré, traité irrégulièrement par thérapie CPAP depuis mars 2011 (G47.3 ; CIM 10). Les examens montraient un sommeil perturbé avec une efficacité diminuée à 65% et un temps de sommeil total d'à peine quatre heures. Le traitement par CPAP avait un bon effet sur le trouble respiratoire du sommeil. Le sommeil perturbé n'avait pas d'influence sur la vigilance pendant la journée, le test du maintien de l'éveil étant normal. L'insomnie pouvait être une cause, au moins partielle, de la fatigue et des troubles de la mémoire et de la concentration, mais des tests neuropsychologiques étaient conseillés afin de mieux apprécier les éventuelles limitations. Du point de vue somnologique, les troubles de l'assurée n'avaient pas d'influence sur sa capacité de travail, laquelle demeurait entière, mais une baisse de la concentration était signalée concernant le rendement attendu dans l'activité habituelle. Vu la présence des troubles de la mémoire et de la concentration, un travail requérant de telles aptitudes devait être évité. Une diminution de rendement était possible.![endif]>![if> 12. Le 7 décembre 2012, le Dr D_____ a maintenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis 2008 dans l'activité habituelle. Dans un travail adapté tenant compte du trouble anxieux généralisé, des paniques et des dorsalgies, elle était de 20%.![endif]>![if> 13. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée aux docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du Centre d'expertise médicale (CEMed) de Nyon. Dans leur rapport du 23 octobre 2013, les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des dorsalgies persistantes après une fracture-tassement traumatique de D7 et une arthrose acromio-claviculaire droite après un impigment traumatique. Ils ont également mentionné, à titre de diagnostics sans effets sur la capacité de travail, un syndrome du tunnel carpien droit pauci-symptomatique, un trouble panique (F41.1), un trouble de l'adaptation, une réaction mixte dépressive et anxieuse (F43.22) et une insomnie non organique (F51.0). Sur le plan de la médecine interne, le

status était dans la norme, à l'exception d'une hypertension discrète. Concernant la fatigue, au vu de la bonne qualité de la dentition, il pourrait être utile de rediscuter de l'utilisation d'un propulseur mandibulaire pour améliorer le problème des apnées du sommeil. Au niveau rhumatologique, l'expertise confirmait la présence d'un status après une fracture-tassement D7 et une souffrance acromio-claviculaire droite. L'examen du rachis et des ceintures n'avait révélé aucun signe de non organicité. La découverte tardive de la fracture avait rendu toute intervention de réduction et de plastie ultérieure risquée et non exigible de la part de l'assurée. Les lésions présentées rendaient presque toutes les tâches de l'activité professionnelle difficiles, l'assurée ne pouvant plus porter de charges, occasionnelles de plus de 15 kg et répétitives de plus de 3-4 kg, ne supportait plus les positions statiques prolongées, avait de la peine dans les travaux impliquant les bras en élévation et adduction, tel que le repassage et le nettoyage en frottant ou passer l'aspirateur, et elle ne pouvait plus effectuer des mouvements répétitifs du tronc ou marcher. Le tassement de 40 à 50% de la hauteur du mur antérieur de D7, mis en évidence par une imagerie par résonance magnétique pratiquée le 5 juillet 2013, avait son importance et l'accentuation de la cyphose dorsale pouvait parfaitement provoquer, accentuer et entretenir les douleurs décrites. Les souffrances acromio-claviculaires étaient également symptomatiques à long terme. Le travail de nettoyeuse n'était plus exigible, mais une activité légère en position assise sans obligation de cadence (travail à la chaîne) et d'élévation des membres supérieurs par rapport au plan de travail était parfaitement possible. Enfin, le syndrome du tunnel carpien était jugulé par des moyens simples et n'était pas invalidant. Sur le plan psychique, la symptomatologie apparue en 2007, à savoir des crises d'angoisse associées à des manifestations physiques, dont des fourmillements, une sensation d'étouffement et des palpitations cardiaques, était caractéristique d'attaques de panique au sens de la CIM-10. Celles-ci étaient spontanément résolutive, mais accompagnées de la crainte de leur réapparition. Grâce au traitement suivi, l'assurée signalait une diminution de la fréquence des crises, dont elle avait appris à réduire l'intensité en contrôlant sa respiration. Sur le plan de l'humeur, elle ne présentait pas de signes d'un état dépressif. La thymie était discrètement déprimée, mais on ne notait pas un abaissement significatif et constant de l'humeur, ni une diminution de l'intérêt du plaisir, ni une réduction de l'énergie. L'assurée avait une bonne estime d'elle-même et n'exprimait pas de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation. Elle se montrait active dans son ménage, et trouvait des satisfactions dans la lecture et d'autres activités. Elle faisait actuellement face à une situation personnelle et familiale difficile car elle était confrontée à des difficultés financières et à la maladie grave de son époux. Concernant les troubles du sommeil, ces derniers pouvaient s'expliquer par la situation psychologique de l'assurée sur le plan social et familial. L'intensité de la perturbation, la difficulté à rester endormie, la qualité insatisfaisante du sommeil et la durée de la symptomatologie, associées à la préoccupation constante concernant le sommeil, permettaient de confirmer le diagnostic d'insomnie non organique mentionné en 2012. Aucun des diagnostics retenus n'était invalidant et la capacité de travail sur le plan psychique était pleine et entière. En conseil, les experts ont conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis la chute accidentelle de 2008 et ont retenu des limitations fonctionnelles concernant le port de charges, occasionnelles de plus de 15 kg et répétitives de 3-4 kg, les positions statiques prolongées, les travaux impliquant une élévation et adduction des bras, les mouvements répétitifs du tronc et la marche. Dans une activité adaptée, une capacité de travail entière était possible neuf mois après le sinistre. L'arthrose acromio-claviculaire ne

justifiait pas à elle seule une incapacité de travail de longue durée, mais un traitement alliant de la physiothérapie, des infiltrations locorégionales et éventuellement de la chirurgie, permettrait d'éviter de fréquentes interruptions temporaires. 14. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 27 janvier 2014 au domicile de l'assurée. Selon cette enquête, le total des empêchements, sans l'aide des proches, se montait à 41%, et celui avec l'aide exigible des proches à 26%. 15. Par décision du 5 septembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 juin 2014 de refus de prestations. La capacité de travail de l'assurée en tant que nettoyeuse était nulle, mais rien ne l'empêchait d'exercer une activité physiquement plus légère, dès le mois de septembre 2009, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. L'OAI a déterminé le salaire sans invalidité à partir du revenu figurant sur les comptes individuels des cinq années précédant l'atteinte à la santé, soit CHF 27'602.- pour une activité de nettoyeuse à mi-temps. Le salaire avec invalidité, calculé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (EES ; TA1, niveau 4) et tenant compte d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles, a été fixé CHF 23'606.-. Après comparaison des revenus, la perte de gain se montait à CHF 3'996.-, soit 14%. En outre, il ressortait de l'enquête ménagère que l'empêchement dans la tenue du ménage était de 26% en tenant compte de l'exigibilité de l'aide apportée par son époux. Partant, pour la partie active, l'empêchement était de 14% et le degré d'invalidité de 7% (50% x 14%), respectivement de 26% et de 13% (50% x 26%) pour la partie ménagère. Le degré d'invalidité total était donc de 20% (7% + 13%), de sorte que l'assurée n'avait pas droit à une rente. 16. Sur recours de l'assurée, la chambre de céans a annulé cette décision, par arrêt du 17 décembre 2014 (ATAS/1326/2014), et a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Ce faisant, elle a considéré que l'intimé n'avait à aucun moment précisé quelles activités professionnelles la recourante pourrait encore exercer et que la réponse à cette question ne paraissait pas évidente, au vu des multiples limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, la simple mention qu'une activité physique légère constituait un travail adapté était insuffisante. 17. Convoquée à un entretien au service de réadaptation pour le 5 mars 2015, l'assurée a fait état de ce que son état de santé s'était aggravé, avec augmentation des dorsalgies et des insomnies. Dans ses plaintes, elle faisait état, sur le plan psychique, de troubles du sommeil, de manque d'intérêts et de volonté, de troubles de la mémoire et de la concentration. Par ailleurs, elle ne sortait plus de chez elle. Elle a par ailleurs expliqué qu'elle avait quitté son dernier employeur parce qu'elle n'arrivait plus à faire son travail correctement et espérait trouver un autre emploi mieux adapté. Cependant, même si elle trouvait un emploi, elle ne tiendrait pas deux jours. Elle réfléchissait depuis longtemps à aller voir un psychiatre et à demander à son médecin traitant, le Dr D_____, de l'orienter sur un psychiatre. Lors du deuxième entretien avec le service de réadaptation en date du 19 mai 2016, l'assurée a informé l'OAI que le Dr D_____ n'avait pas estimé nécessaire qu'elle vît un psychiatre. Elle considérait cependant toujours qu'elle était en incapacité de travail totale, se disant épuisée, avec un état de santé aussi bien physique que psychique en baisse. Toutefois, elle a finalement accepté de participer à un stage d'orientation professionnelle. 18. Le 16 juin 2016, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il lui octroyait un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 18 juillet au 16 octobre 2016. 19. Dans un courriel du 27 juillet 2016, le maître de réadaptation des EPI a fait état de ce que l'assurée s'était présentée à l'atelier de réadaptation le jeudi après-midi du 21 juillet. Lors de l'entretien d'accueil, elle présentait un état de stress et d'angoisse

important. Après l'avoir tranquilisée et mise en confiance, il lui avait donné un exercice et apporté de l'aide, afin qu'elle puisse commencer son stage de manière progressive. Cette première demi-journée s'était conclue de manière positive. Toutefois, l'assurée n'était plus revenue à l'atelier par la suite et l'avait ensuite informé que son médecin l'avait mise en arrêt de travail. 20. Par courriel du 2 août 2016, le maître de réadaptation des EPI a confirmé à l'OAI que l'assurée présentait un état de stress et d'angoisse importants lors de la séance d'information. Elle s'était présentée à l'animation dans l'après-midi, tout en avertissant qu'elle ne parviendrait pas à suivre la mesure. Le lendemain, elle avait été absente et son mari avait contacté les EPI pour leur expliquer que l'assurée avait des angoisses. Elle s'était finalement présentée à l'atelier de réadaptation le jeudi après-midi du 21 juillet. Malgré ses angoisses, elle était parvenue à effectuer les exercices demandés, après avoir été mise en confiance (après un grand laps de temps). Depuis lors, elle n'était plus revenue et avait présenté un certificat d'arrêt de travail. 21. Par courrier du 11 août 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été convoquée au stage d'abord avec un horaire à plein temps. Puis, on lui avait présenté un horaire à 50 % avec un travail assis en atelier. Après deux jours de stage, subissant des pressions inadmissibles, elle n'avait plus pu continuer, souffrant de dorsalgies et de pression artérielle trop importante, si bien que le Dr D_____ l'avait mise en arrêt maladie pour une durée indéterminée à 100 %. 22. Dans le rapport du 21 octobre 2016, les EPI ont mentionné que, le lundi 18 juillet 2016, l'assurée avait été très anxieuse et stressée. Elle interrompait sans arrêt pour parler de sa problématique. Puis elle avait retrouvé peu à peu son calme et était parvenue à avoir un comportement plus participatif. Dans l'après-midi du jeudi 21 juillet 2016, elle avait aussi présenté à son arrivée un état de stress et d'angoisses important. Après l'avoir tranquilisée et mise en confiance, les maîtres de réadaptation lui avaient été demandé d'effectuer un exercice, en lui apportant une aide considérable, afin de lui permettre de s'adapter et de commencer son stage de manière progressive. La tâche demandée, laquelle requérait environ quinze à trente minutes selon les capacités de la personne, n'avait pas été menée à terme et l'assurée avait retrouvé un niveau de stress et d'angoisse élevé. Néanmoins, la première demi-journée s'était achevée de manière plus décontractée qu'elle avait débutée et l'assurée avait démontré une approche plus positive envers la mesure. Toutefois, elle n'était par la suite plus revenue. 23. Dans un rapport de surveillance des mesures d'ordre professionnel, l'OAI a considéré que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et que la perte de gain n'était que de 17 %. L'assurée n'avait fourni aucune pièce médicale attestant d'un changement de l'état de santé pouvant justifier une interruption de stage. Partant, il convenait de considérer que cette interruption ne relevait pas d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie, mais du comportement de l'assuré qui n'entreprenait pas tout ce qui pouvait raisonnablement être exigé d'elle pour réduire l'étendue de l'incapacité de travail. Compte tenu de la demande de l'assurée, soutenue par son médecin traitant, elle recevra rapidement une nouvelle décision statuant sur son droit aux prestations. Il était renoncé à mettre sur pied une nouvelle mesure d'orientation. Par ailleurs, l'OAI a évalué l'invalidité de manière théorique. 24. Le 16 mars 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, considérant qu'elle présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir dans les tâches industrielles ou de conditionnement simples et légers, en position essentiellement assise, avec possibilité d'alternance des positions et avec un port de charges répété limité à 3-4 kg. Des travaux de contrôles visuels, par exemple sur des pièces d'horlogerie, étaient également

adaptés. Il s'agissait plus précisément de postes d'opérateurs, principalement en horlogerie, où les employés commençaient sur les activités les plus simples, durant les premiers mois en mono-tâche, qui évoluaient ensuite en fonction de leur capacité professionnelle. Dans un marché de travail équilibré, plusieurs centaines de postes de travail de ce type existaient.

25. Par courrier du 28 avril 2017, le Dr D_____ a invité l'OAI à prendre une décision finale, tout en mentionnant que l'assurée souffrait toujours de dorso-lombalgies suite à un tassement du corps vertébral de D7, et d'un état anxio-dépressif avec attaques de panique, évitement et irritabilité. L'état dépressif était accentué par le fait que son mari souffrait désormais d'un cancer de la vessie multi-métastatique au niveau du foie et des poumons et qu'il était sous cure de chimiothérapie palliative.

26. Par courrier du 3 mai 2017, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a reproché à l'OAI de n'avoir pas procédé à une instruction complète de son dossier. En effet, dès lors que la mesure d'orientation professionnelle n'avait pas pu être menée à terme, il n'avait pas été possible d'établir quel type de profession était adapté à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, des postes d'opérateurs, principalement en horlogerie, ne pouvaient constituer des professions adaptées à ses limitations fonctionnelles, dès lors que ces postes requéraient une formation en horlogerie, une expérience en matière de travaux manuels d'assemblage, une excellente dextérité et une excellente acuité visuelle. De surcroît, son état de santé l'empêchait de mener à bien de telles tâches, ne pouvant supporter les positions statiques prolongées. Concernant le taux d'empêchement retenu dans les tâches ménagères, l'assurée a reproché à l'OAI d'avoir tenu compte du même taux d'empêchement qu'en 2014, sans tenir compte de la détérioration de l'état de santé de son époux qui souffrait désormais d'un cancer et suivait une cure de chimiothérapie palliative.

27. Par décision du 20 juillet 2017, l'OAI a refusé le droit aux prestations, tout en considérant qu'il n'y avait pas lieu de modifier le taux d'empêchement retenu dans le ménage.

28. Par acte du 24 août 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, afin de déterminer le taux de capacité de travail résiduelle, sous suite de dépens. Elle a mis en exergue que les EPI avaient considéré que l'observation effectuée pendant trois jours n'avait pas été suffisante pour déterminer une quelconque orientation. Par ailleurs, les activités retenues par l'intimé à titre de travail adapté étaient manifestement incompatibles avec ses limitations fonctionnelles, requérant notamment pour l'horlogerie une formation spécialisée, une expérience en matière de travaux manuels d'assemblage, une certaine dextérité et une excellente acuité visuelle. Par ailleurs, elle ne pouvait ni supporter les positions statiques prolongées ni exercer un travail nécessitant l'élévation et l'adduction des bras. L'intimé avait en outre retenu à tort que toutes les mesures d'observation professionnelle étaient vouées à l'échec, considérant que l'assurée n'était pas dans une dynamique de reprise d'activité lucrative. En effet, l'interruption du stage était dû au fait qu'il n'était pas adapté à ses limitations fonctionnelles. Il s'avérait ainsi que l'instruction était toujours incomplète et n'obéissait pas à l'injonction adressée à l'intimé par la chambre de céans.

29. Dans sa réponse du 25 septembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à la motivation de la décision querellée. En l'occurrence, un conseiller en réadaptation s'était prononcé sur les activités adaptées à l'état de santé de la recourante. Par ailleurs, aucun document médical n'attestait que le stage proposé n'était objectivement pas réalisable par cette dernière.

30. Par courrier du 16 octobre 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre

en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au docteur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Elle leur a communiqué également la liste des questions à l'expert.![endif]>![if> 31. Dans son avis médical du 13 novembre 2017, la doctoresse J_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a proposé de compléter la mission de l'expert.![endif]>![if> 32. A la même date, l'intimé a fait sien l'avis du SMR précité.![endif]>![if> EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPG; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;![endif]>![if> Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié 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. 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). 2. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).![endif]>![if> 3. En l'occurrence, la recourante n'a pas pu suivre le stage d'orientation professionnelle aux EPI, essentiellement en raison de ses angoisses et de son grand état de stress, selon les constatations des maîtres socio-professionnels. Cela étant, il semble que son état psychique s'est détérioré depuis l'expertise du CEMed en 2013, lequel n'avait pas retenu une diminution de travail pour des raisons psychiques.![endif]>![if> Il s'avère ainsi nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire. 4. Celle-ci sera confiée au Dr I_____ à Neuchâtel.![endif]>![if> 5. Quant à sa mission, elle sera complétée par la question complémentaire formulée par l'intimé.![endif]>![if> *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.![endif]>![if> B. La confie au Dr I_____.![endif]>![if> C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante

Prendre connaissance du dossier médical de Madame A_____.

Examiner personnellement l'expertise.

Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.

S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.

Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

1. Quels sont vos diagnostics dans une classification internationale reconnue ?
2. Les atteintes diagnostiquées ont-elles valeur de maladie ou relèvent-elles pour l'essentiel de facteurs psychosociaux ou socioculturels ?
3. Quelles sont les limitations fonctionnelles sur le plan psychique de l'expertisée ?
4. Quelle est sa capacité de travail, sur le plan psychique, dans une activité lucrative adaptée à ses limitations physiques ?
5. La capacité de travail est-elle diminuée pour les tâches du ménage à cause des atteintes psychiques et si oui de quel pourcentage ?
6. Comment sa capacité de travail a-t-elle évolué au niveau psychiatrique depuis l'expertise du CEMed du 23 octobre 2013, selon toute vraisemblance ?
7. L'état psychique de l'expertisée s'est-il aggravé et, dans l'affirmative, depuis quand ?
8. L'expertisée n'a-t-elle pas pu poursuivre son stage aux EPI pour des raisons médicales objectives ? Dans la négative, comment expliquez-vous qu'elle a dû l'interrompre ?
9. Quel est le traitement médical ?
10. Quelle est la compliance ?
11. Quel traitement préconiserez-vous ?
12. Quel est votre pronostic ?

D. Invite le Dr I_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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