

GE_GERICHTE A/3712/2017 vom 13. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3712_2017

FR: GE_GERICHTE A/3712/2017 du 13 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/3712/2017 del 13 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes 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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

E. 2

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

E. 3

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit 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 troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » 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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est

due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). 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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés 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 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). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 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). 13. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière

objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). d. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 14. En l'espèce, par décision du 5 janvier 2009, l'OAI a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité au regard de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, après comparaison des revenus conforme au droit. Ladite

décision a été confirmée par l'arrêt cantonal du 19 mai 2009 quant à l'absence de degré d'invalidité donnant droit à une rente. Par conséquent, il y a lieu de comparer les faits prévalant au moment de la décision initiale du 5 janvier 2009 avec ceux existant lors de la décision litigieuse du 21 juillet 2017. Cette dernière décision repose d'un point de vue médical notamment sur le rapport d'expertise de la CEMed du 28 mars 2014 et le complément d'expertise psychiatrique du 2 juillet 2016. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si cette expertise et le complément d'expertise ont une valeur probante. Le rapport d'expertise du CEMed du 28 mars 2014 est le fruit d'une appréciation consensuelle des experts en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie. Étant donné que dans son arrêt du 20 octobre 2015, la chambre de céans a requis un complément d'expertise sur le plan psychiatrique, au motif que le rapport d'expertise du 28 mars 2014 statuait sur la base des anciens critères jurisprudentiels quant au caractère invalidant du TSD, il y a lieu d'évaluer séparément les aspects somatiques et psychiatriques du rapport d'expertise. a. Sur le plan somatique, les experts diagnostiquent un diabète important avec des signes de polyneuropathie, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, une rhizarthrose droite et un début de maladie de Dupuytren touchant principalement le troisième rayon, ainsi que des métatarsalgies sur troubles statiques des pieds prédominantes à gauche. En raison des lombalgies chroniques, de la rhizarthrose droite et des métatarsalgies qui entraînent des limitations fonctionnelles, ils retiennent une incapacité de travail entière dans l'activité de femme de ménage depuis 2002, de même que dans l'activité de vendeuse si celle-ci implique des ports répétés de charges ou des positions debout prolongées sans possibilité de s'asseoir. En revanche, la capacité de travail est entière en théorie depuis 2002 dans une activité légère alternant les positions ou une activité assise avec possibilité de changer régulièrement de position, sans gestes fins répétés avec les mains surtout à droite. Au status de médecine interne, le Dr J._____ relève que le diabète est d'importance avec des signes de polyneuropathie périphérique aux membres inférieurs qui pourraient interférer avec les autres affections diagnostiquées quant à l'évaluation de la capacité de travail. À lui seul, il interdit le travail en hauteur et dans l'obscurité (problèmes d'équilibre), ainsi que les longues marches. Son importance doit être mesurée par un EMG afin de déterminer si une surveillance pédicure et une alternance régulière des chaussures est nécessaire. L'importance du diabète a une incidence sur les limitations fonctionnelles en tant qu'elle est susceptible de limiter le temps des stations debout et d'exiger une salubrité de l'environnement du poste pour prévenir un éventuel mal performant. Malgré cette précision, les experts n'ont pas procédé à un tel examen complémentaire et ont pris des conclusions relatives à la capacité de travail de la recourante sans tenir compte de limitations fonctionnelles dues à un diabète important. Dans son rapport du 25 octobre 2017, la Dresse N._____ mentionne des complications infectieuses sous forme d'abcès dermatologiques récurrents, de mycoses et d'infections urinaires, sans attester d'une incapacité de travail en lien avec le diabète décompensé. Par conséquent, cette lacune d'instruction n'a pas d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique, qui est entière dans une activité adaptée, mais seulement sur les limitations fonctionnelles de la recourante. Or, en cas de capacité de travail entière dans une activité adaptée, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est accessible sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3), sans qu'il ne soit nécessaire de compléter l'expertise sur ce point. Étant donné que les experts en

médecine interne et rhumatologie ont, pour le reste, tenu compte des plaintes de la recourante, établi une anamnèse et statué en prenant en considération les pièces du dossier médical, leur rapport d'expertise remplit les conditions formelles permettant de lui reconnaître une valeur probante. En outre, il n'existe pas de contradictions, d'éléments qu'ils auraient omis de prendre en compte, de rapports contraires des divers médecins de la recourante, de sorte qu'il remplit également les conditions matérielles à cet effet. Par conséquent, la chambre de céans suivra les conclusions des experts en médecine interne et rhumatologie, à savoir que la capacité de gain de la recourante dans une activité adaptée ne s'est pas aggravée depuis la décision du 5 janvier 2009. b. Dans le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 28 mars 2014, le Dr K_____ diagnostique, sans incidence sur la capacité de travail une dysthymie/dysphorie (F34.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et processus d'invalidation avancée (F68.0). Lors de son examen du 12 décembre 2013, l'expert n'a pas constaté de difficultés de la concentration, de la mémoire, de l'attention, mais un ralentissement. Il n'a pas observé de véritable tristesse, ni de véritable abaissement de la thymie, sauf à un moment lorsque la recourante avait parlé de son fils. Il n'a pas remarqué de troubles formels de la pensée et de symptômes de la lignée psychotique. Il a interprété la voix que la recourante entendait et qui l'appelait par son prénom comme entrant dans le cadre d'une restriction sensorielle en tant que femme seule et proche d'un phénomène hypnagogue. Selon lui, la recourante a une personnalité conditionnée dans sa souffrance subjective corporelle et a une image d'elle-même comme incompétente sur les plans tant physique que professionnel. Elle était dans un processus d'invalidation assez avancé. Elle avait certes un cadre très restreint d'activités dans son quotidien, mais pas de dysfonctionnement en soi. Pour le reste, elle présentait un très fort déconditionnement dans les domaines relationnels. Les constatations du Dr K_____ lors de son examen du 12 décembre 2013 ne coïncident pas avec celles faites par la clinique genevoise de Montana à l'occasion du séjour de deux semaines de la recourante du 1^{er} au 14 octobre 2013. En effet, les médecins de la clinique ont remarqué à l'anamnèse d'entrée des troubles dépressifs récurrents avec une symptomatologie psychotique et des idées suicidaires, puis un comportement méfiant et angoissé. Lors de la sortie, ils n'ont pas exclu une hospitalisation en milieu psychiatrique. Cette description de l'état psychique de la recourante, faite deux mois avant l'examen du Dr K_____ et qui ne peut pas être suspectée d'une perception empathique (cf. rapport d'expertise du 28 mars 2014 page 18), contredit tant la conclusion de l'expert selon lequel il n'y a pas eu d'aggravation en 2013 que ses constats d'absence de véritable tristesse, d'abaissement de la thymie, d'angoisse et de symptômes de la lignée psychotique. Au contraire, dans son rapport du 24 décembre 2012, la Dresse G_____ mentionne des manifestations psychotiques, des hallucinations cénesthésiques et visuelles, des éléments d'agoraphobie, ainsi qu'une fréquente interprétation persécutoire et mystique qui confirment les constats des médecins de la clinique genevoise. Par ailleurs, le Dr K_____ ne mentionne pas la structure de la personnalité avec traits dramatiques et passifs agressifs retenus par le Dr E_____ lors de son examen de 2007. De plus, ses explications sur la normalité des voix qu'entend la recourante ne convainquent pas, dès lors qu'il peut s'agir des symptômes de diverses maladies psychiques. Par conséquent, il aurait dû passer en revue toutes les maladies psychiques présentant de tels symptômes, notamment la schizophrénie, et expliquer pourquoi il les exclut, ce qu'il n'a pas fait. Au demeurant, ses explications reposent sur une simple hypothèse de sa part, non vérifiée, qui ne permettent pas d'aboutir à des résultats concluants. Dans son rapport du 13 février 2006, le Dr C_____ a expliqué que les

hallucinations avec symptômes dépressifs évoquaient un troubles schizo-affectif mais que, faute d'idées délirantes ou de persécution, il diagnostiquait un épisode dépressif moyen. Or, la Dresse G_____ mentionne des idées de persécution, de sorte que le diagnostic de simple dysthymie retenu par le Dr K_____ n'emporte pas la conviction. Enfin, il semble que l'expert n'ait pas eu connaissance du rapport de la clinique genevoise de Montana lors de son examen. Par conséquent, le volet psychiatrique de l'expertise du 28 mars 2014 repose sur un dossier incomplet. En définitive, le rapport d'expertise du Dr K_____ du 28 mars 2014 est peu convaincant, lacunaire et est contredit par de nombreux rapports médicaux, de sorte qu'il n'a pas de valeur probante. c. Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2016, le Dr K_____ diagnostique, sans incidence sur la capacité de travail, une dysthymie/dysphorie (F34.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une majoration de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0). Il observe des capacités de concentration et d'attention normales dans un premier temps, puis « affaissées » dans un deuxième temps avec une énergie vitale abaissée. Il précise que la fatigue qui s'installe progressivement est difficile à expliquer. Il constate un affect neutre et euthymique, sans perturbation émotionnelle lorsque la recourante parle de son fils, ce qui confirme l'absence d'évolution vers un deuil pathologique comme indirectement suggéré par son médecin traitant. Il ne remarque pas d'anxiété majeure, mais seulement un aspect de légère tension. Il ne retient pas l'existence de symptômes de la lignée psychotique. S'agissant des autres aspects psychiques, il relève qu'aucun changement significatif n'est intervenu depuis son examen du 12 décembre 2013. Les constatations du Dr K_____ lors de son examen de 2016 ne correspondent pas à celles de la Dresse G_____ dans son rapport du 20 février 2017 qui mentionne une humeur fréquemment très triste avec anxiété permanente, une vulnérabilité émotionnelle importante, des limitations persistantes de la capacité de concentration et de la mémoire de fixation, ainsi que des idées de persécution ou hallucinatoires. Selon la psychiatre traitante, l'état psychique de la recourante est fluctuant depuis deux à trois ans avec des périodes de péjoration pendant plusieurs mois, surtout en automne et en hiver, ce qui peut expliquer la différence de constatations entre l'expert et la psychiatre traitante. Toutefois celui-ci ne tient nullement compte de cet état fluctuant dans son appréciation. Du reste, dans son rapport du 25 octobre 2017, qui se rapporte à ses constatations depuis le début de l'année 2017 et doit par conséquent est pris en considération dans le cadre du présent litige (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2), la Dresse N_____ est frappée par le raisonnement illogique et confus de la recourante, s'agissant de son absence d'adhésion au traitement antidiabétique. Ce raisonnement lui fait suspecter une pathologie psychotique sous-jacente et une pathologie psychiatrique bien plus sévère que la dépression diagnostiquée. Par conséquent, le rapport d'expertise du Dr K_____ est lacunaire et est contredit par d'autres rapports médicaux. En outre, passant en revue les divers critères jurisprudentiels relatifs au TSD, il retient notamment une diminution très modeste des capacités fonctionnelles de la recourante sur le plan psychiatrique due à l'atteinte à la santé, la présence de nombreux facteurs extra-médicaux liés à sa situation économique, une majoration des symptômes, une absence de pathologie de la personnalité mais une fixation de longue date de la recourante sur ses symptômes et sa notion subjective d'invalidité, ses faibles ressources personnelles et une atteinte à la santé objectivement faible. S'agissant du contexte social, il considère que la recourante dispose toujours d'un réseau social et d'une aptitude à la communication. S'agissant du traitement, la recourante n'a pas fait d'effort de réadaptation et, d'un point de vue psychique, elle ne présente aucune restriction quant au caractère raisonnablement

exigible des mesures de réadaptation. S'agissant de la cohérence, il observe un fort décalage entre les symptômes décrits par la recourante et son comportement en situation d'examen. Il relève que la recourante mentionne des réductions de ses activités domestiques en lien avec ses problèmes somatiques et qu'après la période de deuil, son état de santé psychique est stable. Bien que l'expert constate de faibles ressources personnelles de la recourante, ainsi que sa fixation de longue date sur ses symptômes et sa notion subjective d'invalidité, il ne retient aucune incapacité de travail en lien avec les troubles psychiques considérant que la recourante présente des éléments comportementaux et peut contrôler son état de grande souffrance. Il n'explique à aucun moment pourquoi la recourante exprime des éléments comportementaux, notamment pourquoi ceux-ci ne doivent pas être rattachés à un trouble de la personnalité, alors que selon la jurisprudence, les exigences de motivation à ce sujet sont particulièrement élevées car les indicateurs relatifs au diagnostic de la personnalité et aux ressources personnelles sont particulièrement dépendants du médecin examinateur (ATF 143 V 418 consid. 4.3.2). Les mentions par la Dresse G_____, dans son dernier rapport, d'une solitude quasi-totale de la recourante, de son absence de partage avec les siens, de sa vie quasiment recluse dans son appartement, voire alitée, sans aucune sortie en dehors de ses consultations médicales, d'un effondrement psychologique la rendant incapable de reprendre en mains sa vie font fortement douter de la persistance d'un réseau social et d'une aptitude à la communication retenues par l'expert. Ces doutes sont d'autant plus forts que dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 mars 2014, il est décrit un très fort déconditionnement de la recourante dans les domaines relationnels. De plus, l'expert ne se prononce pas formellement sur l'existence d'une limitation uniforme des activités de la recourante dans tous les domaines de la vie. S'agissant du critère du succès du traitement et de la réadaptation, il mentionne l'absence de réadaptation, alors que la recourante a exercé avec succès du 5 janvier au 11 décembre 2009 un emploi temporaire à 50% dans un atelier de conditionnement et d'assemblage. Par conséquent, les prises de position de l'expert sur les divers critères jurisprudentiels sont erronées, insuffisamment motivées, lacunaires, peu convaincantes et sont contredites par d'autres rapports médicaux. Enfin, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr K_____ la considère comme entière alors que dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 mars 2014, les experts concluent à une aggravation passagère psychiatrique pour une période de six à douze mois au maximum, en 2012 autour de la mort du fils de la recourante, sans toutefois chiffrer l'incapacité de travail en relation avec ladite aggravation. Étant donné que le fils de la recourante est décédé en octobre 2009, cette aggravation existe depuis 2009 et ne se limite pas à six ou douze mois, mais bien à plus de deux ans, jusqu'à l'année 2012. Dès lors, le rapport d'expertise psychiatrique est lacunaire et contradictoire également au regard du précédent rapport de l'expert. Pour ces diverses raisons, le rapport d'expertise du 2 juillet 2016 n'a pas de valeur probante. 15. 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, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).!

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). 16. En l'espèce, au vu de l'absence de valeur probante des rapports d'expertise psychiatrique, 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.!

Même si le renvoi à l'intimé serait justifié au vu de cette situation, toutefois, pour éviter un retard supplémentaire dans la mise en œuvre d'une expertise alors que la nouvelle demande de prestations de la recourante date du 18 octobre 2011, soit de près de sept ans, il convient d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

2. Commet à ces fins le Professeur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

a) prendre connaissance du dossier de la cause;

b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée;

c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;

d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée.

2. Plaintes et données subjectives de l'assurée.

3. Status clinique et constatations objectives.

4. Diagnostics selon la classification internationale.

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

6. Les plaintes sont-elles objectivées ?

7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

9. Dans l'affirmative,

considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

11. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

14. Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,

a) dans l'activité habituelle

b) dans une activité adaptée.

15. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution tout particulièrement depuis la décision de refus de rente du 5 janvier 2009.

16. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

17. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

18. 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.

19. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

20. Formuler un pronostic global.

21. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert de répondre également aux questions suivantes :

a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

c) 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.

d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

e) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?

g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

h) L'état psychique de l'assurée s'est-il aggravé depuis le 5 janvier 2009 ? Si oui, dans quelle mesure et de quelle façon ?

6. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

7. Réserve le fond.

La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le