

GE_GERICHTE A/652/2018 vom 6. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_652_2018

FR: GE_GERICHTE A/652/2018 du 6 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/652/2018 del 6 giugno 2014

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, représentée par Service de protection de l'adulte 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), née le _____ 1961, domiciliée au Brésil jusqu'en 1987, suisse depuis 1988, divorcée depuis 1998, mère d'un enfant né en 1990, a exercé un emploi d'aide de laboratoire 2 à un taux de 60 %, pour l'Etat de Genève, depuis le 1 er octobre 1988. 2. Depuis le 18 mars 2014, l'assurée a été en incapacité de travail totale. 3. Par ordonnance du 6 juin 2014, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : le TPAE) a institué en faveur de l'assurée une mesure de curatelle de représentation avec gestion du patrimoine et désigné Madame B_____ et Monsieur C_____, du service de protection de l'adulte (ci-après : SPAD), aux fonctions de co-curateurs. 4. Le 20 février 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une dépression. 5. Le 13 mai 2015, le docteur D_____, du CAPPI Pâquis des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de trouble dépressif récurrent : Episode actuelle moyen depuis 2008 (F33.1). De trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). De troubles mentaux et du comportement sur alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1). De troubles mentaux et de comportement sur dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25). Le traitement avait débuté le 9 juillet 2014 et une amélioration globale était présente depuis près de cinq mois ; cependant, le tableau clinique restait assez fluctuant ; on pouvait seulement espérer une amélioration de son état psychique actuel si l'assurée continuait à adhérer aux soins et si sa situation sociale et financière s'améliorait. Le pronostic restait réservé en raison de son diagnostic et de la poursuite de la consommation d'alcool. Le rendement était réduit environ à 50 % en raison des difficultés de concentration, de la consommation d'alcool et de la persistance de la symptomatologie anxio-dépressive. L'incapacité de travail était totale depuis mars 2014. 6. Un rapport d'évaluation (intervention précoce – IP) conclut à ce qu'aucune mesure d'IP n'entre, à ce stade, en ligne de compte et par communication du 30 juillet 2015, l'OAI a considéré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible actuellement. 7. Par ordonnance du 16 décembre 2015, le TPAE a désigné Monsieur E_____ du SPAD aux fonctions de co-curateur de l'assurée en remplacement de Mme B_____. 8. Le 22 décembre 2015, la docteur F_____, médecin interne aux HUG, a rempli un rapport intermédiaire AI attestant d'un état de santé stationnaire depuis 2012 ; depuis 2008, l'assurée présentait toujours un état anxio-dépressif avec troubles de la concentration ; elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique-psychothérapeutique intégré avec des entretiens médicaux mensuels ainsi que d'un traitement médicamenteux.

Le pronostic restait réservé. Malgré une éventuelle amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive, les difficultés liées au trouble de la personnalité allaient rester stables dans le temps, ce qui péjorait le pronostic. Elle présentait des limitations fonctionnelles (trouble de la concentration, anxiété, humeur dépressive, difficultés interpersonnelles). Une reprise de l'activité professionnelle dans le même domaine d'activité ne pouvait être envisageable à court, moyen et long terme. La reprise du travail dans une activité adaptée n'était pas possible actuellement ; une évaluation pourrait être effectuée dans les six mois, afin d'envisager la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle ou une demande de rente si l'état de l'assurée ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle.

9. Le 16 juin 2016, la docteure G_____, du Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a résumé un entretien téléphonique avec le docteur H_____, médecin interne aux HUG (CAPPI Pâquis), lequel suivait l'assurée depuis quelques mois. Selon ce médecin, le tableau dépressif était d'intensité légère à modérée, avec une anxiété associée à une phobie sociale.

10. A la demande l'OAI, le Dr H_____ a donné des renseignements complémentaires le 26 octobre 2016. Il a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Syndrome de dépendance, utilisation continue (F 12.25), accentuation de certains traits de personnalité, personnalité anxieuse (évitante ; Z 73.1). La capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée ; les limitations fonctionnelles étaient des difficultés à maintenir une concentration optimale dans la durée, paroxysme d'anxiété dans le cas d'exposition brusque aux situations anxiogènes, tolérance faible à la critique et au stress. Les addictions n'étaient probablement pas primaires.

11. Le 13 décembre 2016, le docteur I_____ a informé l'OAI que l'assurée était dorénavant suivie par le CAPPI Jonction.

12. Le 24 avril 2017, la docteure J_____, du SMR, a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son ancienne activité depuis le 18 mars 2014 et de 50 % dans une activité adaptée depuis octobre 2016, tenant compte des limitations fonctionnelles de faible résistance au stress, impulsivité, travail dans un cadre structuré et peu d'interaction interpersonnelle.

13. Le 4 mai 2017, l'OAI a retenu un statut de personne active à 60 % et ménagère à 40 %.

14. Le 4 mai 2017, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée dans la sphère lucrative à 45,33 %, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 49'440.- et un revenu d'invalidité fondé sur l'ESS 2014, TA1, femme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail hebdomadaire, indexé en 2015 et pour un taux d'activité de 50 %, soit CHF 27'027.-.

15. Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 septembre 2017 a conclu à un empêchement pondéré avec exigibilité de 3 %. L'assurée avait vécu seule jusqu'à mai 2015 et louait depuis une chambre dans un appartement, en colocation avec une dame née en 1934 et son fils né en 1955 ; elle présentait un empêchement de 50 % dans la conduite du ménage, pondéré à 2 % et un empêchement de 20 % dans les emplettes et courses diverses pondérés à 10 %.

16. Par projet d'acceptation de rente du 13 octobre 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un trois quart de rente d'invalidité du 1^{er} août 2015 au 31 décembre 2016, fondé sur un degré d'invalidité de 61 % (60 % d'invalidité dans la part lucrative de 60 % vu l'incapacité de travail totale et 1 % dans la part ménagère de 40 %, vu l'empêchement de 3 %). La rente débutait le 1^{er} août 2015 car la demande de février 2015 était tardive. Dès le 1^{er} janvier 2017, le droit à la rente s'éteignait car le degré d'invalidité était de 28 % (27 % d'invalidité dans la part lucrative de 60 % vu la perte

économique de 45 % et 1 % d'invalidité dans la part ménagère de 40 %, vu l'empêchement de 3 %). !endif]>![if> 17. Par décision du 25 janvier 2018, l'OAI a alloué à l'assurée un trois quart de rente d'invalidité de CHF 1'143.- par mois du 1^{er} août 2015 au 31 décembre 2016. !endif]>![if> 18. Le 23 février 2018, l'assurée, représentée par le SPAd, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 25 janvier 2018, au motif que sa capacité de travail était nulle, de sorte qu'une rente entière d'invalidité lui était due. Elle a communiqué un rapport du 21 février 2018 de la docteure K_____, médecin interne au service de psychiatrie adulte des HUG, attestant d'un suivi de l'assurée à la consultation du CAPPI Jonction depuis le 1^{er} novembre 2016 ; elle constatait une persistance de la symptomatologie anxio-dépressive avec une thymie triste, des difficultés d'attention et de concentration, une anxiété (avec des palpitations et une oppression thoracique), des ruminations, une diminution de l'élan vital et de la motivation, une anhédonie et des envies de se faire du mal qu'elle arrivait à gérer autrement, sans passer à l'acte auto-agressif, ainsi que des traits de la personnalité caractérisés par une irritabilité excessive, une impulsivité et une tendance à la projectivité. Sa capacité de travail était nulle. !endif]>![if> 19. Le 9 mars 2018, le docteur L_____, du SMR, a estimé qu'on ne pouvait pas suivre la Dre K_____ qui attestait d'une capacité de travail nulle dans toute activité, au vu de l'absence de modification de l'état psychique de l'assurée. Le 8 mai 2018, il a estimé qu'il en était de même de l'attestation par la Dre K_____ d'empêchement dans le ménage de l'assurée. !endif]>![if> 20. Le 19 avril 2018, l'assurée a complété son recours en communiquant un rapport de la Dre K_____ du 18 avril 2018, selon lequel l'assurée n'était pas apte à faire les activités du ménage à long terme avec une successivité et régularité exigée pour une hygiène de vie bien adaptée. L'assurée a indiqué qu'un rapport d'ergothérapie suivrait. !endif]>![if> 21. Le 15 mai 2018, une note de travail concernant l'enquête ménagère a expliqué que dans le cadre des activités des travaux habituels, l'assurée pouvait vaquer tranquillement aux tâches de la maison, sans stress. Elle pouvait même répartir sur sept jours de la semaine, les différentes activités, telles que l'entretien de sa chambre, la lessive et les emplettes. L'assurée leur avait aussi indiqué aimer faire la cuisine et participer à la vaisselle. Les tâches administratives étaient effectuées par le curateur, ce qui entraînait un empêchement total pour cela, mais ceci était une part infime du total des empêchements dans le ménage. L'assurée n'était pas tenue d'entretenir les pièces communes et était libre de donner un coup de main, ce qu'elle avait indiqué faire régulièrement. Selon les nouvelles pièces médicales apportées lors du recours, l'état de santé ne semblait pas s'être péjoré et était resté plutôt stationnaire. En conclusion, les éléments apportés ne permettaient pas de modifier les empêchements dans la sphère ménagère. !endif]>![if> 22. Le 17 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'appréciation de la Dre K_____ quant à la capacité de travail de l'assurée était une appréciation différente d'un même état de fait et que celle quant aux empêchements ménagers n'était pas à même de remettre en cause l'enquête ménagère. !endif]>![if> 23. Le 13 août 2018, la recourante a répliqué en relevant que la Dre K_____ avait contesté une amélioration de l'état de santé depuis octobre 2016, dans le sens d'une capacité de travail recouvrée à 50 % dans une activité adaptée ; elle était suivie par le CAPPI Jonction depuis novembre 2016, lequel attestait d'une capacité de travail nulle depuis novembre 2016 et plus par le Dr H_____ du CAPPI Pâquis. Elle a communiqué un rapport du 10 juillet 2018 de la Dre K_____ et de Madame M_____, ergothérapeute, selon lequel l'assurée ne relatait pas de difficultés précises dans l'exécution des tâches domestiques. En revanche, les angoisses qu'elle décrivait l'empêcheraient de réaliser tout ce qu'elle souhaiterait

lorsqu'elle était seule, notamment se rendre à la buanderie ou dans les lieux bondés (magasins, transports en commun). L'assurée vivait actuellement avec deux personnes, une dame de 85 ans et son fils. Ils se partageaient donc les tâches domestiques à effectuer. Elle pouvait, en général, se mobiliser pour effectuer ce qui lui incombait (principalement une partie du ménage et des repas) et selon le rythme qui lui convenait. Les angoisses entraveraient davantage les activités à l'extérieur du domicile, plus précisément le fait d'initier une sortie du domicile. La fréquentation d'un supermarché était possible pour faire des emplettes mais générait effectivement une certaine anxiété que l'assurée gérait en exécutant efficacement ses achats et en sortant rapidement du magasin. En outre, elle devait prendre contact avec son curateur depuis plusieurs semaines mais n'y parvenait pas de façon autonome. Elle souhaitait lui poser des questions sur sa situation mais cette perspective l'angoissait et l'empêchait d'initier la démarche. En revanche, l'assurée avait, depuis plus d'une année, investi des activités à P_____ (cuisine et jardin) où elle parvenait, la plupart du temps, à se rendre en transports en commun, deux fois par semaine. Il était prévu que ces activités se poursuivent. Progressivement, l'assurée avait organisé son quotidien pour tenter d'atténuer ses angoisses. Le fait de vivre en collocation était facilitant pour gérer les tâches domestiques et lui permettait de partager des moments agréables en famille, bien qu'il y ait parfois des tensions entre les habitants de l'appartement. Il fallait également souligner que cette situation était provisoire car l'assurée souhaitait avoir, à terme, son propre logement. ![endif]>![if> L'assurée a relevé que son empêchement dans la sphère ménagère était bien supérieur à 3 %. Une expertise était requise. 24. Le 3 septembre 2018, l'OAI a dupliqué en relevant que le rapport d'ergothérapie confirmait celui de l'enquête à domicile ; une expertise n'était ainsi pas justifiée.![endif]>![if> 25. Le 5 novembre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.![endif]>![if> La recourante a déclaré : « Mon état de santé va mal. Je ne sors pas de chez moi hormis pour aller à P_____ deux fois par semaine, pour aller à des séances d'ergothérapie et une fois par mois au CAPPI. Je suis toujours suivie par la Dre K_____. Elle me prescrit un calmant et un médicament pour dormir. Cette médecin me suit depuis deux à trois ans. Je vis en collocation avec une personne âgée et son fils. Parfois je me fais à manger, parfois c'est la dame ou son fils qui s'en chargent. Je passe mes journées à l'intérieur à regarder la télévision dans le salon. La dame sort parfois pour aller jouer aux cartes avec des amies. Je sors seule pour faire les courses, comme aller à la COOP, chez PAM et à la banque. Ces endroits sont à côté de l'appartement. J'ai des angoisses quand je sors, j'en ai d'ailleurs eu pour venir aujourd'hui à l'audience. Parfois, mais pas tous les jours, je bois beaucoup de bières, c'est le cas quand je suis « enragée ». Je consomme également du cannabis que je fume. Cela m'ouvre l'appétit et me permet de manger. J'en consomme quand j'en ai, c'est-à-dire pas tous les jours. J'ai été suivie par le Dr H_____, aux CAPPI jonction, assez longtemps. Je ne sais pas quand j'ai eu le dernier rendez-vous avec lui. J'aimerais trouver un appartement dans mon quartier. Si je suis seule je pense qu'il ne sera pas facile de faire le ménage. Actuellement nous faisons le ménage tous les trois, par exemple j'aide à nettoyer les vitres car la dame ne peut pas le faire, étant trop âgée. Si je suis toute seule je ne me prépare pas à manger ». Madame N_____, du SPAd, a déclaré : « Je travaille au service juridique du Service de protection de l'adulte et c'est en général une personne du service juridique qui participe aux audiences, hormis celles du TPAE. Vu le rapport d'ergothérapie, le degré d'invalidité de 3 % dans la sphère ménagère me paraît insuffisant. En particulier, une grande aide au ménage est apportée par les colocataires. Il est donc difficile de savoir ce que la recourante serait capable d'effectuer si elle vivait seule,

étant précisé qu'elle souhaite à terme avoir son propre appartement ». La représentante de l'intimé a déclaré : « S'agissant de la pondération, c'est l'enquêtrice qui la fixe compte tenu de sa visite à l'assuré. Je ne peux pas vous dire pourquoi la conduite du ménage a été pondérée à 2 % dans le cas de la recourante. Le nouveau calcul selon la méthode mixte n'a pas été opéré car la rente ne courrait pas au moment du changement législatif ». 26. Le 6 novembre 2018, la chambre de céans a requis de la Dre K_____ une copie du rapport du 3 novembre 2016 qu'elle citait dans ses avis des 21 février et 18 avril 2018.![endif]>![if> 27. Le 23 novembre 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique à la docteure O_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.![endif]>![if> 28. Le 3 décembre 2018, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du même jour selon lequel l'expertise judiciaire ne lui paraissait pas utile.![endif]>![if> 29. Le 7 décembre 2018, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de remarque à formuler sur la mission d'expertise.![endif]>![if> 30. A la demande de la chambre de céans, la Dre K_____ a précisé le 7 décembre 2018 que le rapport du 3 novembre 2016 était celui du Dr H_____ du 26 octobre 2016.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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.![endif]>![if> 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. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à un trois quart de rente dès le 1 er août 2016 et au-delà du 31 décembre 2016.![endif]>![if> 5. 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 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). 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).![endif]>![if> 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière

s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Ces indicateurs sont classés comme suit : I.

Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

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 (consid. 4.3.1.1).
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. A 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).
3. Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble 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). 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 asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes 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). 9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 10. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en

évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

11. 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 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 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. 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de

rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ce rapport ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de

nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 12. 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). 13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid.

3).!endif]>![if> 15. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).!endif]>![if> Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3). 16. En l'occurrence, l'intimé a retenu une capacité de travail de la recourante nulle depuis mars 2014 et de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis octobre 2016. L'intimé s'est fondé sur le rapport médical du 26 octobre 2016 du Dr H_____ pour retenir une capacité de travail recouvrée depuis octobre 2016. Cependant, dès le 11 novembre 2016, la recourante a débuté un suivi auprès de la Dre K_____, laquelle a attesté les 21 février et 18 avril 2018 d'une incapacité de travail totale de la recourante dans toute activité. !endif]>![if> Compte tenu de ces deux appréciations divergentes émanant des médecins traitants de la recourante, il convient d'instruire le cas, par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée à la Docteure O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Genève. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement A. Ordonne une expertise psychiatrique de Mme A_____. !endif]>![if> B. Commet à ces fins la docteure O_____ FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.!endif]>![if> C. 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, en particulier les docteurs K_____ et H_____ ; !

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

d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.!

D. 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. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ?!

6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? !

7. Les plaintes sont-elles objectivées ? !

8. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Si oui : !

a) Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale de l'assurée ? Si oui, laquelle ?

b) Cette dépendance résulte-t-elle d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? En d'autres termes, une atteinte à la santé était-elle préexistante à la dépendance ?

9. 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).!

10. a) 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) ?!

b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

11. a) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?!

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

c) 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 ?

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

e) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

12. 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 ? !

13. a) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? !

b) Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.

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

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

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

14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne :
a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.
15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent :
a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.
16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
17. 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.
18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
19. 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.
20. a) L'assurée présente-t-elle des empêchements à effectuer les tâches ménagères ? Si oui, lesquelles et dans quelle mesure ?
b) Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions de l'enquête ménagère du 18 septembre 2017 ? En particulier, avec un empêchement de 50 % dans la conduite du ménage, de 20 % dans les emplettes et courses diverses et nul pour le reste des postes ?
21. 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. En particulier :
a) Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du rapport du Dr H_____ du 26 octobre 2016 ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée de 50 % ?
b) Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions des rapports du SMR des 25 avril 2017 et 9 mars 2018, en particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée de 50 % dans une activité adaptée, depuis octobre 2016 ?
c) Etes-vous d'accord avec les rapports de la Dre K_____ des 3 novembre 2016, 21 février 2018 et 18 avril 2018 ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée nulle ?
22. Formuler un pronostic global. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.
23. Faire toute remarque utile.
E. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
F. Réserve le fond.
La greffière Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties