

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1827/2012

ATAS/1195/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 octobre 2012

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à Cointrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître KHAMIS VANNINI
Uzma

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Mme C_____ (ci-après : l'assurée), née en 1967, séparée, mère de deux enfants nés en 1991 et 1995, de nationalité suisse depuis 1976, est titulaire d'un CFC d'employée de bureau et de gestionnaire en économie familiale.
2. Elle a été inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) le 18 octobre 2007. Elle a exercé comme fonctionnaire administrative chez X_____ de septembre 1987 à septembre 1991, comme animatrice chez Y_____ de 2003 à 2004, comme employée à la parfumerie Z_____ de 2006 à 2007, comme commise administrative à l'Office XA_____ du 21 juillet au 15 août 2008 et comme secrétaire-réceptionniste au Département XB_____ du 18 août à novembre 2008 dans le cadre d'un emploi temporaire fédéral puis auprès de XC_____ SA comme secrétaire auxiliaire à 30 % du 1^{er} au 19 décembre 2008 puis à 60 % du 1^{er} au 29 janvier 2009.
3. Le 4 décembre 2009, le Dr L_____, médecin psychiatre à la clinique de Belmont à Genève, a attesté que l'assurée présentait un trouble des conduites alimentaires sévères depuis plusieurs mois nécessitant des soins intensifs et réguliers et entraînant une incapacité de travail totale.
4. La clinique de Belmont a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 1^{er} mai 2009 au 31 mars 2010.
5. Le 31 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de troubles de la conduite alimentaire.
6. Le 4 mai 2010, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI posant le diagnostic d'anorexie atypique (F 50.1) et d'un suivi du 2 juin au 22 décembre 2009 puis par le Dr M_____ depuis janvier 2010. Le traitement auprès de la clinique Belmont était toujours en cours; l'assurée présentait une anxiété majeure et une peur de grossir. L'évolution était lentement favorable et l'incapacité de travail totale.
7. Le 11 mai 2010, le Dr L_____ a attesté que l'assurée présentait une amélioration lentement progressive et bénéficiait d'un suivi en clinique de jour et d'une thérapie individuelle.
8. Par communication du 25 août 2010, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées.
9. Le 30 août 2010, le Dr M_____ de la clinique de Belmont a rempli un rapport médical AI attestant d'un état stationnaire, d'une réactivité émotionnelle importante, d'un trouble alimentaire, d'un trouble grave de la personnalité; une reprise de travail

était difficile à envisager en fonction des symptômes émotionnels et des problèmes relationnels.

10. Le 31 janvier 2011, les Drs N_____ et O_____ du Service Médical Régional (SMR) ont proposé une expertise psychiatrique SMR.
11. Le 29 juillet 2011, le Dr P_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise fondée sur un entretien du 27 juillet 2011.

L'assurée se sentait inapte à travailler en raison d'une intensification des crises d'angoisse et des difficultés de concentration. Elle se plaignait de tristesse, d'absence d'entrain, de perte de confiance en elle, de troubles de la mémoire, d'irritabilité, d'un sentiment de perte d'espoir et de ruminations. Il a posé les diagnostics d'anorexie mentale atypique (F 50.1) depuis mai 2009 et de trouble anxieux, sans précision (F 41.9) depuis mai 2010 sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques en lien avec l'anorexie atypique ni avec le trouble anxieux.

12. Le 11 août 2011, la Dresse O_____ du SMR a rendu un avis concluant à l'absence d'incapacité de travail durable.
13. Par projet de décision du 26 août 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
14. Les 6 et 22 septembre 2011, l'assurée, représentée par une avocate, a fait opposition à ce projet au motif que la Dresse O_____ ne tenait pas compte des suivis thérapeutiques de l'assurée ni qu'elle avait bénéficié de prestations pour maladie du chômage depuis juin 2009.
15. Le 26 septembre 2011, le Dr M_____ de la clinique Belmont a attesté que l'état de santé de l'assurée nécessitait une hospitalisation de trois jours par semaine; l'état de santé et les soins étaient actuellement incompatibles avec la reprise de travail.
16. Le 9 mai 2012, les Dr N_____ et O_____ ont estimé que les conclusions du rapport SMR du 11 août 2011 étaient toujours valables.
17. Par décision du 16 mai 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
18. Le 13 juin 2012, l'assurée a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de cette décision en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2009.

Elle fait valoir qu'elle avait depuis sa plus jeune enfance éprouvé des angoisses et des difficultés de concentration ayant entraîné des ralentissements dans son

apprentissage et des changements fréquents d'employeurs. Par ailleurs, son père, son frère, sa sœur et sa fille souffraient de troubles psychiques ainsi que plusieurs membre de sa famille maternelle (troubles bipolaire et schizophrénie).

C'était à tort que l'expert P_____ avait retenu qu'elle s'était intégrée dans le monde du travail. Elle n'avait pas pu être suivie psychiatriquement dans son enfance. Les problèmes de sa fille étaient apparus en 2011, soit postérieurement à son propre suivi (2008) et à son incapacité de travail à 100 % (2009). L'expert n'avait pas pris la peine de contacter les médecins-traitants et n'avait pas tenu compte de la nécessité de son hospitalisation trois jours par semaine et des consultations hebdomadaires indispensables. Elle souffrait toujours de crises d'anxiété avec des tétanies. Son dossier était lacunaire et les médecins-traitants devaient être interrogés (M. Q_____, Drs L_____ et M_____).

19. Le 25 juin 2012, le Dr M_____ a attesté que l'assurée présentait des critères suffisants pour poser les diagnostics de troubles anxieux généralisés (F 41.1) et de trouble mixte (F 41.2); elle présentait aussi des attaques de panique épisodiques.
20. Le 17 août 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que la recourante ne démontrait pas en quoi l'expertise du Dr P_____ n'était pas probante.
21. Le 3 septembre 2012, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr R_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
22. Le 18 septembre 2012, la recourante a accepté l'expert et la mission d'expertise tout en sollicitant l'ajout d'une question supplémentaire.
23. Le 27 septembre 2012, l'intimé a déclaré qu'il n'avait ni motif de récusation de l'expert ni question particulière à ajouter.

EN DROIT

1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 31 mars 2010 en raison d'une incapacité de travail de la recourante depuis 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce, en application du principe précité.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 26 août 2011, qui a été confirmé par la décision du 16 mai 2012, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA)

d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par

rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement

réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va

cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. a) En l'espèce, l'expertise du Dr P_____ du 29 juillet 2011 conclut à un diagnostic d'anorexie mentale atypique et de trouble anxieux sans précision, sans aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante. La Cour de céans constate que cette appréciation est en contradiction avec les avis médicaux des médecins-traitants de la recourante, soit les Drs L_____ (avis des 4 décembre 2009, 4 et 11 mai 2010) et M_____ (avis des 30 août 2010, 26 septembre 2011 et 25 juin 2012) selon lesquels l'état de santé de la recourante est totalement incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle et nécessite des soins prodigués notamment dans le cadre d'une hospitalisation de trois jours par semaine à la clinique de Belmont. A cet égard, l'expert, qui n'a pas pris contact avec les médecins-traitants, mentionne néanmoins que la recourante se rend à la clinique de 9h00 à 17h00 les mardis et mercredis et les vendredis jusqu'à midi et, sans remettre en cause la nécessité de ce traitement, n'explique pas comment il serait compatible avec une capacité de travail à 100 % de la recourante.

b) Ainsi, au vu des avis divergents de l'expert et des médecins-traitants, il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr R_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne.

Enfin, une question h. sera ajoutée à la demande de la recourante pour déterminer si la détection de sa pathologie et la prise en charge médicale de celle-ci ont été retardées.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr R_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme C_____.
 - c. Examiner Mme C_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelles sont les plaintes de Mme C_____ ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme C_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 - h. La détection de cette atteinte à la santé et la prise en charge médicale de Mme C_____ sont-elles intervenues tardivement ? Si oui, pour quels motifs ?
 - i. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - j. Mme C_____ suit-elle un traitement adéquat ?
 - k. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
 - l. Compte tenu de vos diagnostics, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- m. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr P_____ du 29 juillet 2011 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail à 100 % dans toute activité ? Si non, veuillez indiquer précisément pour quels motifs ?
 - n. Quel est le pronostic ?
 - o. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 16 mai 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
 - p. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - q. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le