

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1945/2013

ATAS/1284/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 décembre 2013**

**3ème Chambre**

En la cause

Madame E \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT Sarah

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY , Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame E\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1963, a exercé depuis son arrivée en Suisse, en 1992, divers emplois, principalement comme aide de cuisine et dans le domaine du nettoyage.
2. En arrêt de travail depuis le 1er juillet 2003, l'assurée a déposé le 8 juillet 2005 une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI), qui, par décision du 24 octobre 2008, lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2006 au 31 mars 2008. Cette décision se basait principalement sur les conclusions d'une expertise du Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, concluant à un épisode dépressif majeur récurrent ayant entraîné une incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2007, date à compter de laquelle l'expert a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 70%.
3. Saisi d'un recours de l'assurée, Le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a statué en date du 10 décembre 2009 (ATAS/1637/2009).

Le Tribunal a considéré que la cause n'était pas suffisamment instruite pour lui permettre de se déterminer en connaissance de cause sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'était réellement amélioré à compter de janvier 2008. Des investigations médicales complémentaires étaient nécessaires à cet égard, raison pour laquelle le Tribunal a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier de rendre une nouvelle décision après avoir mis sur pied une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique, un volet neurologique et, éventuellement, un volet ORL, afin d'éclaircir la manière dont avait évolué l'état de santé de l'assurée depuis janvier 2008.

4. L'OAI a confié le soin de procéder à cette expertise au Centre d'expertises médicales de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne, plus particulièrement aux Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine interne, O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les experts ont rendu leur rapport en date du 19 avril 2011, sur la base du dossier de l'assurance-invalidité, d'un examen clinique du 17 janvier 2011, d'un concilium psychiatrique du 8 février 2011, d'un concilium de neurologie du 16 mars 2011 et d'un concilium de rhumatologie du même jour. Ils ont précisé que leurs conclusions avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 29 mars 2011.

L'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

Il a expliqué que l'équilibre psychique de l'assurée semblait s'être décompensé à la venue de son deuxième enfant, dans des conditions domestiques très difficiles ; s'y sont ajoutées des violences conjugales qui avaient achevé de l'amener à un état dépressif et à un besoin de reconnaissance mal mentalisé, s'exprimant beaucoup par la voie somatique. Isolée, sans soutien de son mari et souffrant de hernies discales multiples, l'assurée ne parvenait qu'à peine à « tenir un quotidien familial minimal ». En conclusion, l'expert a constaté un état dépressif avec somatisations multiples dont il a estimé que l'instabilité et les fluctuations d'intensité empêchaient une pleine capacité de travail.

L'expert neurologue a considéré que la description des troubles, les constatations cliniques et la normalité des examens radiologiques permettaient d'écarter l'hypothèse d'une atteinte structurelle à l'origine des douleurs cervico-hémicrâniennes droites. En l'absence d'éléments en faveur d'une compression radiculaire, d'une névralgie du nerf d'Arnold ou d'une malformation de la charnière cervico-occipitale, par exemple, l'expert a conclu que les maux de tête constituaient vraisemblablement des céphalées de tension, hypothèse corroborée par la contracture des muscles paravertébraux et du chef supérieur du trapèze. Sur le plan de la capacité de travail, l'expert a jugé que les plaintes formulées au niveau cervico-crânien n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative. Quant aux lombosciatalgies droites, il a écarté toute atteinte radiculaire, sans écarter totalement l'hypothèse d'une discrète irritation surchargée d'éléments atypiques (éventuelle périarthropathie de la hanche) ne pouvant toutefois justifier d'incapacité de travail significative au vu du caractère objectivement modéré des plaintes et de l'absence de documentation d'une atteinte radiculaire.

L'expert rhumatologue a retenu des hémicrânialgies, cervico-scapulalgies droites chroniques non spécifiques et des lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques non spécifiques également. L'expert a estimé que, d'un point de vue rhumatologique, il n'y avait pas de pathologie démontrable justifiant une incapacité de travail dans quelque profession que ce soit ni même dans la sphère ménagère. Il a relevé la présence de signes comportementaux suggérant une composante non-organique à la symptomatologie douloureuse.

En définitive, les experts n'ont retenu à titre de diagnostics exerçant une influence sur la capacité de travail qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un syndrome somatoforme douloureux persistant. Ils ont estimé la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée c'est-à-dire n'impliquant ni travaux lourds ni travaux de nettoyage ou d'entretien et ce, depuis le 1er avril 2008. Les experts ont réservé leur pronostic au vu de la nature persistante du trouble somatoforme douloureux ainsi que du caractère récidivant du trouble dépressif.

5. Cette expertise a été soumise au Service médical régional de l'OAI (SMR), plus particulièrement au Dr R\_\_\_\_\_, qui, dans un avis du 1er mars 2012, a estimé qu'elle comportait de nombreuses « incohérences » dans la mesure où, selon l'anamnèse, la vie quotidienne de l'assurée semblait se résumer à faire les courses et à préparer seule les repas. Le Dr R\_\_\_\_\_ a estimé qu'il manquait une anamnèse psychiatrique en tant que telle. Quant au status, il a été qualifié d'« extrêmement succinct » et se contentant de relever des éléments subjectifs. Le médecin du SMR s'est par ailleurs étonné que le trouble dépressif récurrent ait été retenu en tant qu'atteinte distincte du trouble somatoforme douloureux, alléguant à cet égard que « les experts [n'avaient] même pas pris la peine de se prononcer en fonction des critères de la jurisprudence ». En conséquence de quoi, le SMR a suggéré de poser des questions complémentaires aux experts.

6. Les Drs M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ y ont répondu en date du 17 avril 2012.

Les experts se sont étonnés de la formulation de la première question du SMR (« Sur la base de votre anamnèse et de votre status psychiatrique, il n'y a pas lieu de retenir que le trouble dépressif n'est pas récurrent au regard de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_. Merci de nous expliquer pourquoi vous vous écartez des conclusions du premier expert ? »). Les experts ont fait remarquer que la formulation ambiguë de cette question laissait entendre qu'ils n'auraient pas retenu le même diagnostic que le Dr L\_\_\_\_\_, alors même qu'ils ont eux aussi conclu à un trouble dépressif récurrent.

Ils ont précisé que ce trouble s'était manifesté par un premier épisode en 2001, puis par d'autres en 2004 et plus récemment. Le premier épisode avait consisté en une dépression post-partum en 2001, donnant lieu à un premier suivi psychiatrique. Les experts ont fait remarquer que cette donnée anamnésique pouvait difficilement être contestée car l'expertisée en donnait une description assez détaillée, de sorte qu'on peinait à imaginer qu'elle puisse en inventer les détails symptomatiques et contextuels. Ils ont fait remarquer que le syndrome douloureux somatoforme n'était quant à lui apparu qu'en 2004.

Les experts ont souligné que le trouble dépressif récurrent était d'intensité moyenne à sévère et constituait une comorbidité entraînant une incapacité de travail par les limitations qui s'ensuivent (fatigue, perte d'élan vital, irritabilité, découragement, idées noires et anxiété), de manière constante et depuis longtemps, malgré le traitement mené lege artis.

Ils ont ajouté que les atteintes corporelles – désormais chroniques et intenses - étaient présentes depuis plusieurs années, qu'elles n'avaient bénéficié d'aucune rémission et qu'elles s'étaient même aggravées.

La perte d'intégration sociale était avérée, la patiente ne se sentant même plus à même de s'occuper de ses enfants et de leur scolarité. Elle aussi était constante et s'aggravait depuis plusieurs années.

L'état psychique évoluait défavorablement malgré un suivi psychiatrique intégré qui n'avait réussi qu'à freiner une évolution qui aurait été sans cela catastrophique. Qui plus est, le traitement était bien suivi (entretiens à quinzaine avec administration de fluoxétine et de mirtazapine).

En conséquence, les experts ont persisté dans leurs conclusions et ont ajouté qu'à l'occasion du nouvel examen pratiqué le 3 avril 2012, ils avaient constaté une nette aggravation de l'état de santé général de l'assurée, entraînant des limitations plus importantes encore et justifiant à leur avis une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée.

7. Le SMR, le 18 septembre 2012, a relevé que la situation ne semblait pas stabilisée, vu l'aggravation du trouble de l'humeur alléguée par les experts, raison pour laquelle il a suggéré de réinterroger le Dr S\_\_\_\_\_, psychiatre traitant.
8. Ce dernier n'ayant pas répondu, le SMR a alors suggéré une nouvelle expertise psychiatrique, ce dont il a informé l'assurée par courrier du 22 mars 2013.
9. Le 11 avril 2013, cette dernière lui a fait parvenir la liste des questions qu'elle souhaitait voir poser à l'expert. Elle a également sollicité une copie de l'intégralité de son dossier.
10. Par décision incidente du 16 mai 2013, l'OAI a ordonné la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et énuméré les questions qu'il entendait poser à l'expert. Il a au surplus accordé à l'assurée un délai de 10 jours pour lui faire parvenir les questions complémentaires qu'elle souhaitait voir éventuellement poser. Par ailleurs, l'OAI a indiqué qu'il entendait confier ce mandat au Dr T\_\_\_\_\_.
11. L'OAI a indiqué avoir soumis les questions de l'assurée à son SMR, lequel avait estimé que ces questions correspondaient à des rubriques figurant dans toute expertise ; celles relatives au port de charges et aux déplacements, n'avaient pas lieu d'être puisque le psychiatre ne serait pas habilité à se prononcer sur des atteintes somatiques, pas plus qu'il ne le serait à se prononcer sur le type d'activités qui pourrait être envisagé, domaine relevant d'un spécialiste de la réadaptation.
12. Par écriture du 18 juin 2013, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en relevant que le Tribunal avait requis une expertise pluridisciplinaire ; il semblait qu'un rapport et un complément d'expertise avaient été établis, dont elle n'avait cependant pas eu connaissance.
13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 juillet 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé indique avoir adressé une copie du dossier au conseil de la recourante en date du 21 juin 2013.

Il relève qu'une expertise pluridisciplinaire a déjà été mise sur pied mais soutient qu'une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique se justifie faute d'avoir obtenu des réponses satisfaisantes à ses questions.

14. Par écriture du 4 septembre 2013, la recourante, après avoir pris connaissance de son dossier, a dit reconnaître pleine valeur probante à l'expertise de la polyclinique.

La recourante soutient que, dans la mesure où l'expertise du 19 avril 2011 remplit les réquisits jurisprudentiels, il n'y a pas lieu d'en ordonner une nouvelle.

Elle allègue que si l'OAI estime manquer d'informations, il peut parfaitement s'adresser à l'expert qui s'est penché sur sa situation, à savoir le Dr Q\_\_\_\_\_, ou à son psychiatre traitant, le Dr S\_\_\_\_\_, lequel a dit n'avoir pas eu connaissance des questions de l'intimé.

En conséquence, la recourante conclut à ce que la décision incidente du 16 mai 2013 soit annulée et à ce que l'OAI soit invité à solliciter les informations dont il a besoin auprès des Drs Q\_\_\_\_\_ et/ou S\_\_\_\_\_.

### **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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours est dirigé contre une décision incidente rendue par l'intimé en application de l'art. 43 LPGA. Il s'agit-là d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; cf. ATF P 29/03 du 25 novembre 2004).

Conformément à l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours.

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est par conséquent recevable (cf. art. 60, 61 LPGA, art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1085 [LPA ; RSG E 5 10])

3. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimé est fondé à mettre en œuvre une expertise psychiatrique supplémentaire dans le cadre de la contestation de sa décision du 24 octobre 2008 – laquelle reconnaissait à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps au 31 mars 2008. Il est rappelé que la décision en question a été confirmée pour la période antérieure au 31 mars 2008 mais la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre une nouvelle décision concernant la période postérieure, après instruction complémentaire.

4. a) Aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux

ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA).

b) Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

c) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370).

5. Dans un arrêt de principe 9C\_243/2010 du 28 juin 2011, publié aux ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Sozialversicherungsrecht, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA) - correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021) -, laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales, respectivement devant le Tribunal administratif fédéral. Le Tribunal fédéral a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes

---

s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels - tels que, par exemple, le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue - contre la forme ou l'étendue de l'expertise (par exemple, le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire) ou contre l'expert désigné (en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle); ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.).

6. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390).

7. On rappellera par ailleurs que, pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

- 
8. 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 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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).

9. En l'espèce, l'intimé, conformément aux instructions du Tribunal cantonal, a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été suivie d'un complément d'expertise. Il souhaite à présent mettre sur pied une nouvelle expertise, limitée au volet psychiatrique, au motif qu'il conviendrait d'élucider la question de savoir si une aggravation est survenue comme allégué par l'expert psychiatre dans son complément du 17 avril 2012.

La recourante s'oppose au principe même de cette expertise supplémentaire, qu'elle estime superflue, au motif que l'intimé est en possession de tous les éléments lui permettant de statuer sur son droit à la rente au-delà du 31 mars 2008. Il s'agit-là d'une objection matérielle que la recourante peut faire valoir conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210, consid. 3.4.3.7).

Il convient de relever en premier lieu qu'il n'appartient pas encore à la Cour de céans, à ce stade de la procédure, de statuer sur la question du droit à la rente mais uniquement sur celle de savoir si, a priori, l'intimé dispose de suffisamment d'éléments pour statuer s'agissant de la période postérieure au 31 mars 2008.

Tel est le cas. En effet, le rapport d'expertise du 19 avril 2011, complété le 17 avril 2012, peut se voir reconnaître pleine valeur probante : les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes exprimées, il a été établi en pleine connaissance du dossier, la description des interférences médicales est claire et enfin, les conclusions des experts sont bien motivées.

Le reproche fait aux experts par le Dr R\_\_\_\_\_ de n'avoir « même pas pris la peine de se prononcer en fonction des critères de la jurisprudence » est dénué de fondement : ils n'avaient pas à le faire, d'une part, parce que des questions précises à cet égard ne leur avaient pas été posées dans la mission d'expertise, d'autre part, parce qu'ils ont retenu que le trouble dépressif était invalidant en tant que tel, indépendamment du trouble somatoforme.

Quant aux « nombreuses incohérences » alléguées par le SMR, on peine à comprendre en quoi elles consisteraient. Si la vie quotidienne de l'assurée telle que décrite dans l'anamnèse semble se résumer à faire les courses et à préparer les repas, c'est précisément, ainsi que cela ressort des réponses complémentaires des experts, parce que cette vie quotidienne n'est guère riche et qu'elle se traduit par un retrait social marqué. Contrairement à ce qu'allègue le Dr R\_\_\_\_\_, l'expert psychiatre s'est livré à une anamnèse détaillée sous les intitulés « anamnèse psychosociale » et « anamnèse professionnelle » (pc. 10 du rapport du 19 avril 2011). Quant au status, s'il est vrai qu'il n'a pas été développé sur plusieurs pages, il apparaît suffisant au vu, notamment, des explications supplémentaires fournies par l'expert dans son complément. Enfin, l'expert a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il a retenu que le trouble dépressif récurrent était invalidant en tant que tel.

Le rapport d'expertise et son complément peuvent donc se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte qu'il apparaît que l'intimé dispose de suffisamment d'éléments pour statuer sur le droit de la recourante postérieurement au 31 mars 2008. Qui plus est, au vu du principe de célérité qui doit s'appliquer en matière d'assurances sociales et du laps de temps écoulé depuis la suppression de la rente, en mars 2008, il semble indispensable de statuer rapidement sur le droit à la rente de la recourante depuis lors. Si l'assurée souhaite se prévaloir d'une aggravation de

son état de santé depuis avril 2012, il lui appartiendra de déposer une nouvelle demande en ce sens mais, en l'état, le fait de devoir investiguer une éventuelle aggravation qui serait survenue cinq ans après la suppression de rente ne saurait justifier de reporter encore le prononcé d'une décision.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la décision incidente du 16 mai 2013 annulée. L'intimé est invité à statuer rapidement sur le droit à la rente de la recourante pour la période postérieure au 31 mars 2008.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision incidente du 16 mars 2003.
4. Invite l'intimé à statuer rapidement sur le droit à la rente de la recourante pour la période postérieure au 31 mars 2008.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le