

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3270/2018

ATAS/38/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 21 janvier 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Butrint AJREDINI

Recourante

contre

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

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1957, est divorcée et mère de deux enfants de pères différents. Après avoir suivi une école de gestion d'achats en France, elle a travaillé en Suisse en tant que vendeuse, puis comme dessinatrice technico-commerciale dans une entreprise qui conçoit des monuments funéraires, où elle a également dessiné de tels monuments.
2. En 1996, elle a subi un accident de ski occasionnant de multiples fractures notamment au niveau du bassin. Puis un second accident est survenu en rollers le 1^{er} avril 2002 provoquant des douleurs au niveau du bassin et de la région lombaire basse et entraînant une incapacité de travail totale. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
3. Après avoir bénéficié de l'assurance-invalidité d'un appareillage acoustique bilatéral en raison d'une surdité, l'assurée a formé en décembre 2002 une demande de prestations en vue de l'obtention d'une rente d'invalidité.
4. Du 23 avril au 14 mai 2003, elle a séjourné au service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Dans le rapport du 4 août 2003, les médecins de cette clinique ont posé les diagnostics d'état douloureux chronique, d'arthrose cervicale, d'anomalie transitionnelle lombo-sacrée, de tendinopathie rotulienne et de fractures de la branche ilio-pubienne gauche, du cotyle droit et de l'aileron sacré droit en 1996. A titre de comorbidité était mentionné un trouble panique, un trouble de la personnalité non-spécifié, une surdité congénitale partielle et un cystocèle post-accouchement. Les plaintes de l'assurée étaient des cervico-dorso-lombalgies, des fessalgies gauches pouvant irradier le membre inférieur gauche et des gonalgies gauches. Ces atteintes ne limitaient pas la capacité de travail.

Du consilium psychiatrique réalisé le 1^{er} mai 2003 lors du séjour à la CRR, en raison d'une médication par l'antidépresseur Seropram, résulte notamment que le père de l'assurée était alcoolique et irritable et que ses parents avaient divorcé. Elle avait suivi une scolarité jusqu'au baccalauréat, puis différentes formations qu'elle n'avait toutefois jamais menées à terme. Il y avait une notion d'un état dépressif à la fin des années 1980 avec une médication ad hoc. Actuellement, l'assurée était sans travail et faisait un bilan existentiel négatif, sur le plan professionnel. Il n'y avait pas d'éléments nettement dépressifs ni anxieux pour un trouble spécifique, mais la notion d'un trouble panique depuis trois à quatre ans en rémission avec la médication de Seropram 2mg/jour. L'ensemble des éléments pourrait être soutenu par un trouble de la personnalité avec des éléments histrioniques et narcissiques.

5. Le 30 septembre 2004, l'assurée a été soumise à une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, par les docteurs B_____, rhumatologue FMH, et C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Les expertes n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur celle-ci : fibromyalgie, surdité bilatérale appareillée, attaques de panique en 2000 déclenchées par une opération chirurgicale de sa mère et traitées avec succès par médication antidépressive et traits de personnalité histrionique et narcissique. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle objective sur le plan physique et psychique. La capacité de travail était ainsi totale. Il ressort de cette expertise que, suite à l'accident de 1996, l'assurée souffrait occasionnellement de douleurs, mais tout à fait acceptables, dans la région du bassin. Après le deuxième accident de 2002, les douleurs au niveau du bassin et de la région lombaire basse devenaient constantes et de plus en plus importantes, malgré les traitements entrepris. Les douleurs se généralisaient progressivement et étaient également présentes dans la région cervicale depuis une année, aux membres supérieurs et inférieurs. Elles étaient nettement aggravées selon les activités et associées à une fatigue très importante, à une sensation de courbatures musculaires diffuses permanentes et à des troubles du sommeil. Par ailleurs, elles étaient accompagnées d'une importante limitation au niveau cervical et de douleurs au genou gauche avec phénomène de lâchage. De ce fait, l'assurée disait ne pas pouvoir rester longtemps assise ni debout ni pouvoir se baisser facilement ni porter de charges. Elle ne pouvait rester que quinze minutes au maximum devant un ordinateur, puis devait bouger et changer de position. Son périmètre de marche était d'un kilomètre au maximum. Durant la journée, elle préparait les repas et faisait un peu le ménage à son rythme. Son mari se chargeait de passer l'aspirateur et l'aidait à faire les courses. Quant à sa dernière activité, elle l'avait beaucoup appréciée et avait rencontré beaucoup de succès dans celle-ci. Sur le plan psychique, l'assurée exprimait surtout de la colère, étant mécontente de sa situation et des médecins qui ne savaient pas ce qu'elle avait et ne trouvaient pas de remède à ses maux. Elle était très en soucis, étant compl tement dépendante financ rement de son mari de l'époque et de son ex-mari, alors qu'elle avait toujours été indépendante. Elle ne se plaignait pas de troubles de l'humeur ni d'anxiété particulière, mais de troubles du sommeil qu'elle mettait sur le compte des douleurs physiques. Selon l'anamnèse, son père était très nerveux et irascible. Il avait toujours consommé beaucoup d'alcool et de tabac. La première relation amoureuse de la recourante avec un homme alcoolique et violent qui profitait d'elle financ rement, s'était terminée en 1987. Après cette rupture, elle avait développé une sévère dépression et consulté des psychiatres, mais s'en était remise. Son premier mariage s'était terminé par un divorce. Puis, en 1996, elle avait rencontré son mari actuel au moment de l'expertise. Quant aux attaques de panique, elles avaient commencé en 2000, lors

d'une grave maladie de sa mère où celle-ci s'était retrouvée tétraplégique aux soins intensifs. Le traitement de Seropram avait toutefois supprimé ses crises d'angoisse. A l'examen ostéoarticulaire, tous les points de fibromyalgie étaient positifs. L'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence des troubles de l'humeur. Il y avait cependant une certaine discordance entre les plaintes exprimées et l'observation clinique et une discordance entre ses plaintes et son refus d'être traitée ou suivie par un psychiatre ou psychothérapeute. Au niveau somatique, une limitation modérée de la mobilité au niveau cervical et au niveau lombaire était notée. Le reste de l'examen clinique était dans les limites de la norme, hormis des douleurs à la palpation de tous les points de fibromyalgie et du tendon rotulien gauche. Les différents examens radiologiques étaient également peu pertinents, dans ce sens qu'ils n'expliquaient pas l'intensité des douleurs et l'impotence fonctionnelle décrite. Du point de vue thérapeutique, le traitement était actuellement optimal, avec antidépresseurs, antalgiques et physiothérapie active. Sur le plan fonctionnel, il n'y avait aucune limitation objective et la symptomatologie algique était sans substrat objectif.

6. Par décision du 21 avril 2005, confirmée par décision sur opposition du 23 août 2005, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a refusé à l'assurée ses prestations.
7. Par la suite, l'assurée était engagée du 13 mai 2008 au 31 août 2009 chez D_____. Depuis le 24 février 2009, une incapacité de travail à 100 % était attestée pour une durée indéterminée. Elle s'est ensuite inscrite au chômage.
8. Lors de son hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana du 6 au 20 novembre 2012, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen a été posé, ainsi qu'une dépendance à l'alcool, abstinente en milieu protégé.
9. Du 28 janvier au 18 février 2014, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana, laquelle a retenu comme diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. A cela s'ajoutait une dépendance à l'alcool, actuellement abstinente en milieu protégé. L'assurée a été adressée à cette clinique en raison d'une rechute de la symptomatologie dépressive sur fond de conflits familiaux. Durant le séjour, la symptomatologie anxio-dépressive s'était progressivement amendée. Toutefois, les angoisses restaient fluctuantes à la sortie.
10. Du 3 au 16 décembre 2014, l'assurée a de nouveau séjourné à la Clinique genevoise de Montana où les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, de déconditionnement et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, ont été posés. Il était mentionné qu'un traitement de Cypralex avait été mis en place en février 2014 mais que

l'assurée l'avait arrêté rapidement. Elle ne souhaitait pas reprendre de traitement antidépresseur. Elle bénéficiait d'une prise en charge psychothérapeutique avec travail sur le deuil de sa mère qui l'affectait beaucoup.

11. En juillet 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.
12. Dans son rapport du 12 mars 2016, la doctoresse E_____, généraliste, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent important avec agoraphobie, troubles anxieux et crises de panique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance, consommation continue, de fibromyalgie et de stéatose hépatique. L'assurée avait été hospitalisée dix fois à la Clinique Belmont entre 2008 et 2015 et deux fois à la Clinique genevoise de Montana en 2012 et 2014. En 2011, elle avait été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). En raison d'un état dépressif de très longue date, elle était suivie sur le plan psychiatrique par la doctoresse F_____, puis par Monsieur G_____, psychologue. À cause de l'agoraphobie et de l'angoisse importante, l'assurée ne pouvait sortir de chez elle qu'accompagnée, ce qui avait souvent rendu le suivi régulier difficile. Elle consommait de l'alcool souvent de façon excessive, afin de calmer ses angoisses. Elle n'arrivait à se sevrer de l'alcool qu'en milieu hospitalier et protégé. Son état psychique s'était péjoré depuis le décès de sa mère en août 2014. Une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana était organisée fin mars 2016 pour sevrage alcoolique. Elle présentait des troubles du sommeil, des angoisses et des phobies de plus en plus invalidantes. A cela s'ajoutait une fibromyalgie avec de multiples douleurs. L'incapacité de travail était totale depuis 2008 pour une durée indéterminée. Les limitations fonctionnelles consistaient en une incapacité à se concentrer et étaient liées à la consommation d'alcool.
13. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana également du 15 au 27 mars 2016 pour un sevrage d'alcool en milieu protégé. Dans les diagnostics étaient notamment mentionnés un déconditionnement général, une perturbation du test hépatique et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré.
14. Le 24 août 2017, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par le docteur H_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 10 mars 2018, il a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent en rémission récente. Les diagnostics suivants n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail : traits histrioniques de la personnalité, dysthymie et trouble panique. Dans les limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que l'assurée présentait, de manière intrinsèque à sa personnalité, d'importantes

insécurité personnelles, des phobies interactives sociales, des difficultés pour soutenir le stress face à de hautes exigences dans le rendement du travail, ainsi que des difficultés pour s'adapter de façon permanente à des circonstances environnantes changeantes du poste de travail, en sus de ses douleurs persistantes. Quant à la capacité de travail, celle-ci était de 80 %, sans diminution de rendement, en tenant compte uniquement des troubles psychiques. Toutefois, l'expert a également indiqué, dans la discussion finale, que le syndrome douloureux somatoforme persistant justifiait « une incapacité de travail du 80 %, avec un rendement maximal pour ce 80 % ». Il a ajouté à cet égard que l'assurée pouvait réaliser le nettoyage à la maison, préparait les repas pour son ami, effectuait les courses et effectuait de longues promenades. Quant à la dépendance à l'alcool, elle était subsidiaire et secondaire à des troubles d'angoisses et à la dysthymie. Elle devait être considérée comme une automédication mise en place pour apaiser à court terme son angoisse et son humeur déprimée. Le syndrome de dépendance n'avait pas entraîné un trouble irréversible. Enfin, l'expert n'a pas constaté une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires. La thérapie suivie jusqu'à présent semblait avoir été conduite dans les règles de l'art et la collaboration de l'assurée au cours des thérapies avait été adéquate.

15. Dans son avis médical du 31 mai 2018, le docteur I_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé que l'expert entendait retenir une capacité de travail de 80 % dans toute activité et que l'incapacité de travail de 20 % était liée au syndrome douloureux somatoforme persistant. Dès lors que, selon l'expert, la dépendance à l'alcool était en lien avec les troubles anxieux et la dysthymie, qui n'étaient pas considérés comme incapacitants, la dépendance ne pouvait être considérée comme invalidante, n'étant ni la cause ni la conséquence d'une atteinte psychiatrique sévère et durablement incapacitante. Le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission ne pouvait pas non plus être considéré comme incapacitant. Au niveau du traitement, le suivi était approprié et, selon les déclarations de l'assurée, les traitements s'étaient montrés efficaces. Toutefois, un suivi spécialisé intensif n'était pas en place, l'assurée décrivant une consultation une fois par semaine auprès d'un psychologue et rarement chez un psychiatre, ainsi qu'une médication par Cymbalta. Ces éléments ne permettaient pas de considérer qu'il s'agissait d'atteintes psychiatriques graves. Par ailleurs, selon l'expert, des facteurs non pris en considération par l'assurance-invalidité dominaient le tableau clinique. Cela étant, les conclusions de l'expert quant à une capacité de travail de 80 % ne pouvaient être suivies, l'incapacité de travail de 20 % n'étant pas corroborée par l'analyse des indicateurs jurisprudentiels ni par la gravité de l'atteinte. Les facteurs psychosociaux semblaient prédominants dans le cas présent.

16. Le 1^{er} juin 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations, dès lors qu'elle ne souffrait pas d'une maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée.
17. Le 12 juin 2018, la Clinique Belmont a certifié que l'assurée y était hospitalisée depuis le 8 juin 2018 pour une durée indéterminée.
18. Par courrier du 23 juin 2018, l'assurée a contesté le projet de décision et a annexé à son courrier l'historique de ses séjours de la Clinique Belmont dont il ressort qu'elle y avait été hospitalisée vingt fois durant les dix dernières années. A cela s'ajoutaient plusieurs séjours à la Clinique genevoise de Montana. Ainsi, la gravité de sa santé restait une réalité.
19. Le 28 juin 2018, la Dresse E_____ a attesté que l'assurée avait été hospitalisée à la Clinique Belmont en raison d'une hépatopathie sévère sur consommation d'alcool, avec somnolence, augmentation des troubles psychologiques, angoisses et agoraphobie. Cela étant, elle a invité l'OAI à reconsidérer sa décision de refus de rente.
20. Le 29 juin 2018, Monsieur J_____, psychothérapeute, a attesté suivre l'assurée depuis le 4 mai 2017 au centre médical et sportif de Peillonex. Le suivi avait permis de relever l'impact des différentes difficultés somatiques sur le fonctionnement quotidien et son altération. L'évaluation psychothérapeutique mettait en évidence une forte comorbidité psychiatrique avec troubles de l'humeur, du sommeil, trouble panique et dépendance à l'alcool. L'ensemble des problématiques psychologiques et somatiques, leurs manifestations, leurs influences auto-renforçantes et la chronicité engendraient un état de souffrance significatif. Ainsi, l'assurée n'avait plus pu quitter son domicile du mois d'octobre à décembre 2017. Encore en 2018, ce problème perdurait de sorte que de nombreuses consultations se déroulaient par téléphone.
21. Dans son avis médical non daté, mais reçu à l'OAI le 8 août 2018, la doctoresse K_____ du SMR a rappelé que la consommation d'alcool n'était pas reconnue comme incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Ainsi, les nouveaux documents n'étaient pas susceptibles de changer l'avis du SMR précédent.
22. Par décision du 16 août 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé les prestations.
23. Par acte du 17 septembre 2018, l'assurée a formé recours contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 27 juillet 2015, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction. Préalablement, elle a conclu à ce qu'une expertise multidisciplinaire complémentaire au niveau orthopédique, rhumatologique et psychiatrique fût ordonnée. Elle a reproché à l'expertise du

Dr H_____ de s'être fondé uniquement sur les rapports et expertises rendus en 2001 et 2004, ainsi qu'entre 2014 et 2016. L'intimé avait aussi omis d'instruire la situation médicale de la recourante entre 2008 et fin 2011 et n'avait notamment pas sollicité les rapports médicaux du docteur L_____, son ancien médecin traitant, en ce qui concerne la problématique des troubles liés à la consommation d'alcool. Le syndrome de fibromyalgie n'avait pas non plus été suffisamment investigué dans l'expertise du Dr H_____. Enfin, le dossier ne comportait aucun rapport orthopédique récent. Le dernier expert psychiatre ne s'était pas non plus intéressé aux autres pathologies développées par la recourante au cours de ces dernières années, à savoir en particulier la bronchopneumonie quadri-lombaire à streptococcus pneumoniae en fin d'année 2011. Elle avait également présenté pendant plusieurs mois un transit irrégulier avec des épisodes de constipations et de diarrhées en alternance. Il était en outre mentionné dans les rapports en 2011 et 2012 que le foie dépassait le rebord costal. A cela s'ajoutait une luxation de l'interphalangienne du gros orteil causé par une chute dans les escaliers qui avait occasionné une lésion ostéocondrale de la tête du métatarsien et une déchirure de la plaque plantaire métatarso-phalangienne en 2012. Il ressortait aussi des rapports médicaux qu'elle souffrait d'hémorroïdes en 2012 et 2013, d'un psoriasis et de gonalgies gauches invalidantes. En outre, l'expert avait retenu une incapacité de travail de 80 %. Les différentes maladies étaient interdépendantes et devaient être considérées comme graves, ayant provoqué une dépendance à l'alcool. Celle-ci était consécutive aux épisodes de trouble dépressif récurrent. Ainsi, cette dépendance devait être considérée comme invalidante au sens de la loi.

24. Dans sa réponse du 13 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Dans l'expertise de 2004, il avait été constaté que la recourante ne souffrait d'aucune limitation objective et que la symptomatologie algique était sans substrat objectif. Sur le plan psychiatrique, aucun motif d'incapacité de travail durable ne pouvait être retenu. Par la suite, l'expertise du Dr H_____ a mis en évidence une incapacité de travail de 20 % en raison du trouble somatoforme douloureux. Toutefois, cette atteinte ne pouvait être considérée comme invalidante, sur la base des indicateurs jurisprudentiels. Par ailleurs, le trouble somatoforme douloureux était essentiellement provoqué par des facteurs psychosociaux et socioculturels, sans substrat médical pertinent, et ne pouvait de ce fait être considéré comme une maladie. Concernant l'avis de sortie des HUG du 12 octobre 2018, cette hospitalisation était postérieure à la décision litigieuse. En tout état de cause, une hospitalisation dans le cadre d'une consommation d'alcool et d'une crise d'angoisse ne permettait pas de considérer qu'il s'agissait d'une aggravation durable.
25. Par courriers du 22 novembre 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et

de la confier au docteur M_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à Neuchâtel. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'expert.

26. Dans son avis médical du 3 décembre 2018, la doctoresse N_____ du SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'utilité d'ordonner une nouvelle expertise, en l'absence de nouveaux éléments médicaux. Elle n'avait toutefois pas de questions complémentaires à formuler.
27. Par écritures du 3 décembre 2018, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, sans toutefois faire valoir des motifs de récusation à l'encontre de l'expert pressenti ni formuler des questions complémentaires.
28. Par écriture du 13 décembre 2018, la recourante a produit le certificat médical du 26 novembre 2018 de la Dresse E_____, spécialiste en médecine interne générale, par lequel elle a attesté que la recourante souffrait d'une agoraphobie importante rendant ses déplacements difficiles, surtout en dehors du canton. Sur la base de ce certificat médical, la recourante a relevé qu'elle ne pourrait se déplacer jusqu'à Neuchâtel et a sollicité de désigner un expert dans le canton de Genève. Elle a par ailleurs estimé qu'il conviendrait d'ordonner une expertise multidisciplinaire.
29. La chambre de céans ayant informé les parties de son intention de mandater à titre d'expert le docteur O_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à Genève, l'intimé lui a fait savoir, par écritures du 14 janvier 2019 qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à son encontre. Quant à la recourante, elle ne s'est pas déterminée dans le délai fixé.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. [ATF 125 V 193](#) consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un

complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées, notamment la fibromyalgie, peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

3. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

- a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

- b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après

plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

4. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la

réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

5. 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 malade, 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).

6. 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).

7. 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).

8. En l'occurrence, la chambre de céans n'est pas convaincue par les conclusions de l'expertise du Dr H_____ du 10 mars 2018, selon lequel la recourante dispose d'une capacité de travail de 80 %. En effet, cela ne paraît pas compatible avec plus de vingt hospitalisations durant ces dix dernières années pour un problème d'alcoolémie qui est, de surcroît, lié à des atteintes psychiques et constitue une automédication, selon cet expert. Il semble par ailleurs qu'en particulier l'agoraphobie et les angoisses ont été minimisées, dès lors qu'il ressort du rapport du 29 juin 2018 de M. J_____ que la recourante n'a plus pu quitter son domicile entre le mois d'octobre et le mois de décembre 2017. La recourante a également indiqué à l'expert être incapable de se déplacer seule et de s'orienter depuis son domicile. Lors de l'expertise, elle se montre inquiète et méfiante dans le contact avec des signes évidents d'angoisses. L'expert constate en outre que la sociabilité est diminuée avec une tendance à l'isolement et au repli.

Cela étant, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

9. Celle-ci sera confiée au Dr O_____.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr O_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame A_____.
 - Examiner personnellement l'expertisée.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont les diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
 2. La dépendance à l'alcool est-elle liée à une comorbidité psychiatrique et, si oui, laquelle ?
 3. Est-il exigible que l'expertisée s'abstienne de la consommation d'alcool?
 4. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes psychiatriques ?
 5. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée sur le plan psychiatrique, sans tenir compte d'un éventuel trouble somatoforme douloureux respectivement de la fibromyalgie ?
 6. Quelle est notamment l'incidence de l'agoraphobie et de l'alcoolémie sur la capacité de travail ?
 7. L'incapacité de travail trouve-t-elle son fondement essentiellement dans des facteurs psychosociaux ou socioculturels ?
 8. Depuis quand la capacité de travail est-elle cas échéant réduite ?
 9. Quel est le traitement médicamenteux actuel de l'expertisée, également au niveau antalgique ?
 10. Le traitement médical est-il optimal?

11. Quelle est la compliance ?
12. Constatez-vous une exagération des symptômes ou une constellation semblable, en ce qui concerne l'éventuel trouble somatoforme douloureux respectivement la fibromyalgie ?
13. Quels éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse, tels que des conflits émotionnels ou des problèmes psychosociaux, peuvent cas échéant expliquer l'évolution de l'éventuel trouble somatoforme douloureux, respectivement la fibromyalgie ?
14. Constatez-vous un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale de l'expertisée ?
15. Quelle est la structure de la personnalité de l'expertisée ?
16. Quelle est l'environnement social de l'expertisée ? Peut-elle notamment tirer un soutien dans son réseau social ?
17. Y a-t-il des limitations uniformes des activités dans tous les domaines de la vie, notamment en ce qui concerne l'éventuel trouble somatoforme douloureux, respectivement la fibromyalgie ?
18. Compte tenu notamment des comorbidités psychiatriques et somatiques, de la personnalité de l'expertisée et son environnement social, estimez-vous qu'elle possède les ressources pour surmonter les symptômes de type de trouble somatoforme douloureux, par un effort de volonté raisonnablement exigible ?
19. Dans la négative, dans quelle mesure estimez-vous que le trouble somatoforme douloureux, respectivement la fibromyalgie, diminue la capacité de travail ?
20. Quelle est la capacité de travail globale de l'expertisée en tenant compte des atteintes psychiatriques et du trouble somatoforme douloureux, respectivement de la fibromyalgie ?
21. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Dr H_____ du 10 mars 2018 ?
22. Quel est votre pronostic ?

- D. Invite le Dr O_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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