

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3393/2013

ATAS/208/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 19 mars 2015

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO Recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.

EN FIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1970, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), le 26 octobre 2011, dans laquelle elle a indiqué, pièces à l'appui, qu'elle était célibataire et qu'elle touchait des prestations de l'Hospice général (ci-après : l'Hospice). Elle avait suivi une formation de conseillère en hygiène vitale auprès du Centre suisse d'hygiène vitale à Vevey ainsi qu'en auxiliaire de la santé avec B_____. Elle souffrait d'une maladie chronique de type infectieux, d'une maladie de type rhumatologique et, depuis le 1^{er} septembre 2011, d'une hépatite C. Elle était soignée par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et par Monsieur D_____, psychologue-psychothérapeute FSP, responsable du Centre médico-psychosocial de la Fondation PHENIX du Grand-Pré, à Genève.
2. Dans un rapport du 12 décembre 2011, le Dr C_____ a indiqué que la cause de l'incapacité de travail de l'assurée relevait d'une maladie. Elle présentait une hépatite C chronique depuis 1991 et une cryoglobulinémie avec comme probable effet secondaire des polyarthralgies très importantes avec parfois poussées d'arthrite prédominant aux mains, aux coudes et aux grosses articulations. Cette symptomatologie durait depuis environ 2006-2007. Elle présentait également, depuis 1988, une ancienne toxicomanie, substituée à la méthadone et actuellement stabilisée, ainsi que d'un état dépressif, d'intensité moyenne, lié à l'importance et aux récurrences des douleurs articulaires. Il suivait la patiente en traitement ambulatoire depuis août 2010. Elle souffrait de douleurs articulaires invalidantes intermittentes et d'une atteinte de son état général sous forme d'une asthénie et d'une fatigabilité importante au travail, d'aboulie et de difficultés d'insertion dans la vie sociale et professionnelle, probablement en relation avec la toxicomanie ancienne. S'agissant de l'hépatite C, si dans les 2 ou 3 ans à venir un traitement actif contre le génotype 4 pouvait être proposé, comme cela semblait être le cas, un traitement de fond devrait être proposé à la patiente. Elle prenait actuellement de la méthadone et du cipralex.

Du point de vue médical, l'activité professionnelle exercée n'était plus exigible. Le rendement était réduit, au vu des atteintes physiques et psychiques. Les restrictions énumérées pouvaient être réduites si l'on pouvait, de manière efficace, traiter l'hépatite C. Le médecin restait très dubitatif sur les atteintes psychiques liées à la toxicomanie, certes anciennes, mais manifestement toujours présentes. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, ni à une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail.

Compte tenu de son état de santé, on ne pouvait pas exiger de la personne assurée des activités uniquement en position debout, les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, avec rotation en position assise et debout et des activités consistant à soulever des charges de plus de 5 kg.

En revanche, on pouvait exiger d'elle des activités uniquement en position assise ou dans diverses positions, des activités impliquant de se pencher, de soulever ou porter des charges de 2 à 5 kg, de monter sur une échelle, un échafaudage ou un escalier.

Sa capacité de concentration était limitée, "*genre fatigabilité liée à l'état dépressif*", tout comme la résistance, mais ses capacités de compréhension et d'adaptation ne l'étaient pas. Ces indications étaient probablement valables depuis 2007.

3. Le 7 février 2012, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale, travaillant pour le compte de la Fondation PHENIX, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de dépendance aux opiacés depuis 1988 et, sans effet sur la capacité de travail, d'une hépatite C chronique depuis 1991 ainsi qu'un état dépressif depuis 1993. La patiente était suivie régulièrement par M. D_____ depuis 1998 et prenait un traitement de méthadone avec une bonne compliance.
4. Par courrier du 2 février 2012, M. D_____ a résumé l'évolution de la patiente et conclu qu'à l'heure actuelle, son état tant psychique que somatique ne permettait en aucun cas d'envisager une quelconque tentative d'insertion dans le monde du travail.
5. Un examen clinique rhumato-psychiatrique de médecine interne a été effectué au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) par les Drs F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Selon leur rapport du 13 juin 2012, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité d'auxiliaire de santé ou d'aide à domicile. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requise par la pathologie somatique, son incapacité de travail était de 30%. Il était possible que, d'ici quelques années, d'autres traitements que l'interféron et la ribavirine soient découverts pour soigner l'hépatite C, et ainsi, la cryoglobulinémie. La capacité de travail pourrait alors s'améliorer. Actuellement, au vu de la pathologie psychiatrique, un traitement d'interféron était contre-indiqué. L'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante de longue durée et sa capacité de travail exigible était entière dans toute activité qui respectait les limitations fonctionnelles somatiques, soit :

- fatigue, asthénie : travailler à 70 %, pas d'activité lourde, pas de lever de charges de plus de 5 kg, pas de travail nécessitant de faire régulièrement des montées;
- membres inférieurs : pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de franchissements réguliers d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de positions debout ou de marche de plus de 15 minutes;
- membres supérieurs gauches : (alors que l'assurée est gauchère) pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60 degrés, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche;
- sur le plan psychiatrique : pas de limitations fonctionnelles incapacitantes.

L'incapacité de travail de 20 % au moins existait depuis le 8 juillet 2011, date de l'arrêt de l'activité d'aide à domicile. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission complète, ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée. Le degré d'incapacité de travail était resté complet depuis le 8 août 2011 dans l'activité d'aide à domicile. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique, la capacité de travail était de 70 % depuis le 8 août 2011. Dans cette situation, des mesures d'ordre professionnel devaient être envisagées. On pouvait notamment proposer à l'assurée des mesures de réinsertion avec augmentation progressive du taux d'activité. La capacité de travail exigible était de 0 % comme aide à domicile ou auxiliaire de la santé et de 70 % dans une activité adaptée depuis le 8 août 2011.

6. La société H_____ Sarl a indiqué, le 18 décembre 2012, avoir employé l'assurée du 18 juillet au 8 août 2012. Le dernier jour d'activité avait été le 31 juillet 2012. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 42 heures. L'assurée avait un horaire variable. Elle gagnait CHF 27.- par heure pendant la semaine et CHF 29.- par heure pendant le week-end. L'indemnité vacances de 8,33 % était déjà incluse dans ces montants. Ses tâches principales consistaient à l'aide à la toilette, à s'alimenter, à hydrater, à lever, à coucher et au transfert des pensionnaires. Elle devait souvent rester debout, soulever ou porter des poids de plus de 25 kg, parfois marcher et soulever des poids jusqu'à 25kg et rarement être assise. Les exigences en matière de concentration et d'attention étaient jugées moyennes tout comme la faculté d'interprétation, mais grandes en matière d'endurance et de soins. L'assurée avait démissionné le 3 août 2011, pendant la période d'essai pour cause de maladie. Elle n'arrivait physiquement pas à assumer les conditions de travail.
7. L'OAI a proposé un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 7 janvier au 7 avril 2013.

8. Par communication du 3 janvier 2013, l'OAI a confirmé la prise en charge d'un stage d'orientation aux EPI.
9. Selon la synthèse des conclusions, rédigée par les EPI le 29 avril 2013 en fin de mesure, l'atteinte de l'assurée rendait difficile une réadaptation dans l'économie ordinaire. Ils avaient observé que des crises douloureuses, au niveau de ses membres supérieurs (surtout à gauche), rendaient l'assurée inopérante. Le caractère inopiné et aléatoire de ses crises ne lui permettait pas le maintien d'un poste de travail. Ses crises pouvaient durer plusieurs jours et le taux d'absentéisme était conséquent. Un court stage à la réception d'un EMS à mi-temps n'avait pas été prolongé à cause des crises douloureuses qui étaient survenues, mais aussi parce que l'assurée n'avait pas souhaité continuer une mesure qu'elle considérait inutile.
10. Le rapport de fin des mesures de réadaptation professionnelles de l'OCAI, du 19 juillet 2013, conclut que celles-ci ne sont pas indiquées et que l'invalidité s'élève à 37 %.

La capacité de travail démontrée par l'assurée durant le stage aux EPI correspondait aux limitations fonctionnelles citées par le médecin traitant : douleurs articulaires intermittentes, atteinte de l'état général sous forme d'asthénie et d'une fatigabilité au travail, d'une aboulie ainsi que de difficultés d'insertion dans la vie sociale et professionnelle, probablement en relation avec une toxicomanie ancienne.

Le SMR, notamment en l'absence de pathologie psychiatrique invalidante, ne retenait pas ces limitations comme en lien avec une atteinte à la santé ayant valeur de maladie pour l'AI. Les difficultés de réadaptation dans le milieu économique normal ne relevaient donc pas de l'AI. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et l'AI n'était pas contrainte d'évaluer l'invalidité de manière théorique selon la méthode de l'ESS (enquête suisse sur les salaires).

En ne tenant compte que des limitations retenues par le SMR, la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de 70 % dans les orientations retenues lors du stage aux EPI (réceptionniste-téléphoniste, aide de bureau, opératrice de saisie), soit des activités simples et répétitives dans le domaine tertiaire, étaient tout-à-fait exigibles et permettraient d'utiliser quelques acquis et expériences antérieurs.

Sans invalidité, l'OAI retenait que la recourante travaillerait à plein temps dans une activité simple et répétitive. Le cours d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge effectué par l'assurée en 2011 ne constituait pas une qualification professionnelle et n'était en général plus suffisant pour trouver un emploi fixe dans le milieu hospitalier ou dans un EMS et permettait de plus en plus difficilement de trouver d'autres activités que celle d'aide à domicile.

Le revenu annuel actualisé sans invalidité se montait à CHF 53'771.- (salaire hypothétique sans invalidité basé sur le ESS 2010 TA1 total + pondération = CHF 53'771.- en 2012).

Le revenu déterminant annuel d'invalidité s'élevait à CHF 33'723.-. Il se fondait sur l'ESS 2010, TA 1 pour femme, exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne 45-96, dans un niveau d'activité 4, soit CHF 4'206.- pour 40 heures. Tenant compte de 41,6 heures hebdomadaires et de l'indexation à 2012, le salaire annuel avec invalidité était de CHF 53'529.-. Le temps de travail raisonnablement exigible s'élevait à 70%, sans diminution de rendement. Une réduction supplémentaire de 10% était admise, portant à CHF 33'723.- le revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité.

La perte de gains annuelle représentait CHF 20'048.-, soit un degré d'invalidité de 37,3 % n'ouvrant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

11. Un projet de décision refusant les prestations de l'assurance-invalidité a été adressé à l'assurée le 12 août 2013.
12. Celle-ci ne s'étant pas manifestée, une décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité lui a été adressée le 23 septembre 2013.
13. Le 21 octobre 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 23 septembre 2013. Elle concluait à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, qu'un droit à une rente entière lui soit reconnu et à ce que l'OAI soit condamné en tous les dépens, comprenant une équitable indemnité valant participation aux honoraires de son conseil.

Elle contestait disposer d'une capacité de travail de 70 % dans un poste adapté. Les fréquentes absences que lui imposait sa maladie rendaient par ailleurs illusoire l'obtention d'un emploi sur le marché du travail usuel. En procédant à un abattement de 10 % sur le salaire sans invalidité, l'autorité parvenait à un degré d'invalidité de 37,3 %, qui était à ce point proche du quart de rente, qu'on ne pouvait faire l'économie d'un examen attentif des critères retenus, afin d'examiner dans quelle mesure un abattement de 15 % ne se justifierait pas, ouvrant le droit à un quart de rente.

14. Par réponse du 6 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à sa décision. Le rapport établi par le SMR à la suite d'un examen clinique rhumatophychiatrique et de médecine interne effectué le 13 juin 2012, devait se voir reconnaître pleine valeur probante. En ce qui concernait l'abattement opéré sur le salaire avec invalidité, celui-ci dépendait 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique

permettait de tenir compte des différents éléments qui pouvaient influencer le revenu d'une activité lucrative. En l'espèce, le taux de 10 % était fondé sur les limitations fonctionnelles retenues. Les autres critères admis par la jurisprudence (âge, années de service, nationalité, taux d'occupation) ne présentaient pas pour la recourante de difficultés majeures et ne permettaient pas d'opérer de réduction supplémentaire.

L'assurance-invalidité, à la différence de l'assurance-chômage, ne tenait pas compte des particularités du monde du travail actuel. La notion de marché équilibré du travail, notion théorique et abstraite, servait de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux relevant de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accident ou de l'assurance-militaire.

15. Par courrier du 4 avril 2014, la recourante a sollicité l'audition du Dr C_____ en produisant un certificat médical du 28 mars 2014, aux termes duquel, ce dernier indiquait être le médecin traitant de la recourante et la suivre régulièrement pour un problème d'hépatite C chronique, connu depuis 1991. Il n'existait pas, à l'heure actuelle, d'atteinte sévère du tissu hépatique, mais uniquement une stéatose sans signe de fibrose ou de tumeur associé. Par contre, comme complication principale de son hépatite, elle présentait une cryoglobulinémie avec, comme probable effets secondaires, des polyarthralgies très importantes avec parfois des poussées d'arthrite prédominant aux mains, aux coudes ainsi qu'aux grosses articulations. Cette symptomatologie était connue depuis environ 2006-2007. La patiente présentait également un état dépressif chronique et un trouble de la personnalité de type borderline. Elle était également suivie pour cette affection et avait présenté par le passé une toxicomanie dont elle était entièrement libérée. Il estimait l'incapacité de travail de la recourante due à 50 % à son affection psychiatrique et à 50 % à son affection clinique.
16. Le Dr C_____ a été auditionné le 2 juin 2014 par la chambre de céans. Il a déclaré notamment que la cryoglobulinémie avait pour effet que des anticorps précipitaient au froid, ce qui causait des douleurs articulaires, des épanchements articulaires, des atteintes cutanées, des douleurs musculaires et une très grande fatigue. Il suivait Mme A_____ depuis 2009 à raison d'une fois par mois. Ses douleurs articulaires se présentaient sous deux formes. La première était extrêmement importante et invalidante, arrivait trois à quatre fois par année et durait dix à quinze jours. Les douleurs touchaient les genoux, les épaules et les mains de la patiente. La seconde forme de douleurs était moins invalidante, plus fréquente et plus facilement gérable par inflammatoires. Elle apparaissait deux à trois fois par mois et durait environ deux semaines. Les crises de douleurs apparaissent de façon aléatoire. Les grosses crises n'étaient pas compatibles avec une activité professionnelle. Les plus petites étaient gérables, mais cela dépendait de l'activité en question. En l'état, il

considérait que sa patiente ne pouvait pas travailler dans une position debout et statique, mais seulement dans une position assise avec possibilité de se mouvoir. Concernant la fatigabilité, elle ne pouvait pas se concentrer pendant huit heures en raison de l'atteinte générale liée à sa maladie auto-immune. Elle ne pouvait se concentrer qu'à une activité à 50 %. Elle souffrait également d'un état dépressif avec un trouble de la personnalité de type borderline. Traitée, cette atteinte était mieux contrôlée qu'auparavant. Avec ces deux pathologies, la patiente ne pouvait pas travailler à plein temps. Même à temps partiel, son rendement était probablement réduit. Il était toutefois difficile de répondre à cette question puisqu'elle n'avait pas travaillé depuis longtemps. Il était clair que la patiente présentait des arthrites. Le rhumatologue avait procédé une à deux fois par année jusqu'en 2013 environ à des prélèvements de 50 à 100 ml, ce qui ne pouvait se faire qu'en cas d'arthrite. Concernant la fatigabilité, il était possible que cela ne soit pas apparu pendant l'expertise du SMR, mais c'était la première conséquence de la cryoglobulinémie. La patiente avait forcément présenté des tuméfactions articulaires, ce qu'elle ignorait peut être. L'hépatite C évoluait de façon linéaire et l'atteinte psychique devrait fortement s'améliorer avec la résolution du problème somatique.

17. A l'issue de l'audience, un délai a été fixé aux parties pour se déterminer sur la question de savoir si une expertise judiciaire devait être ordonnée, comme le sollicitait la recourante, si l'OAI maintenait sa position.
18. Par détermination du 23 juin 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Le rapport médical et l'audition du Dr C_____ n'apportaient aucun élément objectif nouveau permettant de remettre en cause le rapport d'expertise du SMR. Une nouvelle expertise n'était pas nécessaire.
19. Par courrier du 5 septembre 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise relative à la problématique somatique de la recourante. Les parties étaient invitées à indiquer quelles spécialisations devaient, à leur avis, posséder le ou les experts.
20. Par courrier du 16 septembre 2014, la recourante a indiqué que les problèmes somatiques relevaient de la gastro-entérologie, plus spécifiquement de l'hématologie virale. Elle a suggéré trois noms de spécialistes travaillant aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
21. Par courrier du même jour, l'OAI a sollicité une expertise pluridisciplinaire avec des volets immunologique/rhumatologique ainsi que psychiatrique en proposant deux experts.

22. Par courrier du 22 septembre 2014, la chambre de céans a interpellé les parties pour savoir si, dans l'optique d'une expertise la plus consensuelle possible, l'une des parties pouvait acquiescer aux propositions d'experts faites par l'autre.
23. Par courrier du 29 septembre 2014, l'OAI a acquiescé à la proposition faite par la recourante, soit la Dresse I_____ pour le volet gastroentérologique/hématologique. Il insistait sur la nécessité que l'expertise comporte, simultanément, les volets rhumatologique et psychiatrique afin que les conclusions de chacun des experts puissent faire l'objet d'une discussion entre eux et que des réponses communes sur la base d'un consensus puissent être dégagées.
24. Par courrier du 29 septembre 2014, la recourante a persisté dans sa proposition d'experts. Si une expertise psychiatrique était ordonnée, elle souhaitait que les expertises soient simultanées.
25. Par courrier du 27 octobre 2014, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise multidisciplinaire, comprenant les volets gastroentérologique/hématologique, rhumatologique et psychiatrique, respectivement à la Dresse I_____, spécialiste FMH en hépatologie, au Dr J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et à la Dresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les experts et les questions à leur poser.
26. Par courrier du 3 novembre 2014, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation contre les experts désignés, ni de questions complémentaires à leur poser.
27. Par courrier du même jour, l'intimé a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation contre les experts désignés et a énoncé des questions complémentaires qu'il souhaitait voir poser aux experts.
28. Par ordonnance du 28 novembre 2014, la chambre de céans a dès lors confié la mission d'expertise aux Drs I_____, J_____ et K_____.
29. Par courrier du 27 janvier 2015, le Dr L_____ a informé la chambre de céans qu'il refusait cette expertise.
30. Les parties ont été informées le 5 mars 2015 de ce que le Dr M_____, rhumatologue, avait accepté le mandat d'expertise, et un délai au 16 mars 2015 leur a été imparti pour se déterminer sur le choix du nouvel expert.
31. Les 12 et 16 mars 2015, les parties ont accepté ce choix.

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; RSG 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).
2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité.
5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. 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 351 consid. 3b/ee).

d) 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

6. 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; 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 oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). 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). Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

7. En l'espèce, l'intimé fonde sa décision principalement sur le rapport de l'examen clinique rhumato-psychiatrique de médecine interne du 13 juin 2012 effectué au sein du SMR.

Du point de vue de la chambre de céans ce rapport ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, faute de motivation suffisante sur plusieurs points :

- Le rapport distingue en effet des poussées douloureuses pendant 5 à 10 jours, deux à trois fois par année, d'autres douleurs intermittentes, sans précision quant à l'intensité, la durée et l'influence sur la capacité de travail de ces dernières. Il convient d'apporter des réponses à ces questions.
- Le rapport conclut que la fatigabilité invoquée par l'assurée n'a aucune incidence sur sa capacité de travail en se fondant uniquement sur le fait qu'elle n'a pas paru fatiguée ou fatigable au cours des examens somatiques et psychiatriques qui ont duré au total environ trois heures. L'examen de cette problématique n'apparaît pas suffisant eu égard aux dires de l'assurée qui se plaint d'être régulièrement réveillée la nuit en raison de douleurs et aux constatations du Dr C_____, qui fait état dans son rapport du 12 décembre 2011 d'une fatigabilité importante au travail.
- Le rapport fait référence aux seuls dires de la patiente pour exclure qu'elle ait souffert de tuméfaction articulaire, or il ressort des déclarations du Dr C_____ devant la chambre de céans qu'il était évident que la patiente qu'elle en avait présenté, ce qu'elle ignorait peut-être.

- La complication spécifique de cryoglobulinémie n'est quasiment pas détaillée dans le rapport. Il y a lieu d'examiner plus avant les conséquences d'une hépatite C avec cette complication.
8. Au vu des considérations qui précèdent la chambre de céans estime que la cause n'est pas en état d'être jugée et qu'il est nécessaire d'ordonner une expertise multidisciplinaire hépatologique, rhumatologique et psychiatrique, qui sera confiée aux Drs I_____, M_____ et K_____ et qui comprendra les questions complémentaires requises par l'intimé.

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

Statuant préparatoirement

1. Annule l'ordonnance d'expertise du 28 novembre 2014 (ATAS/1226/2014), laquelle est remplacée par la présente.
2. Ordonne une expertise multidisciplinaire et commet à ces fins les Drs I_____, M_____ et K_____.
3. Dit que les experts ont pour mission d'examiner et d'entendre Mme A_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles. avoir pris connaissance du dossier de la présente procédure et requis l'avis de tiers au besoin.
4. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. S'agissant des troubles hépatologiques, répondre aux questions suivantes :
 - a) L'expertisée présente-t-elle des troubles hépatologiques ? Si oui, lesquels, depuis quand ?
 - b) Les plaintes de l'expertisée depuis le 8 août 2011 sont-elles objectivées du point de vue hépatologique ?
 6. S'agissant des troubles rhumatologiques, répondre aux questions suivantes :
 - a) L'expertisée présente-t-elle des troubles rhumatologiques ? Si oui, lesquels, depuis quand ?
 - b) Les plaintes de l'expertisée depuis le 8 août 2011 sont-elles objectivées du point de vue rhumatologique ?
 7. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes :
 - a) L'expertisée souffre-t-elle de troubles psychiques ? Lesquels ? Depuis quand ?
 - b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?

- c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
- e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
8. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?
 9. Pour chaque diagnostic retenu dans chaque discipline, différencier ceux ayant une influence sur la capacité de travail de ceux n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.
 10. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de l'expertisée en pourcent.
 11. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'expertisée, en pourcent.
 12. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
 13. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis le 8 août 2011.
 14. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.
 15. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 16. Spécifier si, dans le calcul de la capacité de travail globale, la baisse de rendement est incluse ou à prendre en sus en considération.
 17. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
 18. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales et préciser si un traitement est exigible ou pas.
 19. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR et des médecins traitants et si les experts s'écartent de leurs conclusions sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de l'expertisée, dire pourquoi.
 20. Formuler un pronostic global.
 21. Faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
 22. Faire toute remarque et proposition utiles.

5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance leur rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le