RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3758/2021 **ATAS/959/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 3 novembre 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée route_____, LA PLAINE recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1964, divorcée et mère de trois enfants nés en 1986, 1990 et 2000.

b. Selon le curriculum vitae de l'assurée, celle-ci a travaillé comme employée polyvalente en alimentation au B_____ et pour C_____, boulangerie-pâtisserie de 1985 à1986, ouvrière polyvalente en 1989, blanchisseuse-lingère et repasseuse entre 1986 et 1992, ouvrière de production (D_____) en 1991, garde d'enfants entre 1992 et 2000 et femme de chambre au E_____ entre 2000 et 2002. Après une période éducative entre 2000 et 2006, elle a été femme de chambre au E_____ et à la maison de retraite F_____ en 2007, blanchisseuse-lingère dans plusieurs entreprises et employée polyvalente chez G_____ en 2008, puis vendeuse à H_____ entre 2010 et 2011.

c. Le 6 janvier 2017, le docteur I_____, chef de clinique, et la doctoresse J_____, médecin interne, du département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), ont indiqué que l'assurée présentait des douleurs progressives et invalidantes au niveau de son épaule gauche, depuis trois à quatre mois, évaluées par elle-même à 10/10 et traitées par des anti-inflammatoires. Les résultats d'une IRM montraient une déchirure non transfixiante du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'une ténosynovite du long chef du biceps sans signe de subluxation avec une bonne trophicité musculaire.

À la lumière de ces résultats, il avait été discuté avec elle d'une prise en charge conservatrice avec des séances de physiothérapie pour les amplitudes ainsi qu'un travail sur les abaisseurs de l'épaule et des infiltrations séquentielles à but antalgique.

d. Par rapport du 17 mars 2017, le docteur K_____, neurologie FMH, a indiqué qu'il s'agissait d'une patiente présentant une insomnie d'endormissement importante liée à un épisode dépressif actuel de degré sévère. L'évolution de l'insomnie semblait étroitement liée à l'épisode dépressif. Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique spécialisée était donc indiquée avec la mise en place d'un traitement antidépresseur plus incisif que le Remeron ainsi qu'une psychothérapie ciblant les symptômes dépressifs et l'anxiété de la patiente.

e. Le 19 juillet 2017, le docteur L_____, neurologue FMH, a indiqué avoir fait un examen électroneuromyographique (ci-après : ENMG) de l'assurée, lequel avait mis en évidence des signes compatibles avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral nettement plus marqué à droite, avec actuellement une atteinte unique sensitivomotrice focale au carpe. Il proposait d'adopter une attitude observatrice durant deux à trois mois avec la mise en place d'une attelle rigide la nuit et un peu le jour en fonction de la douleur. Il fallait éviter les mouvements répétitifs. En cas de persistance de la symptomatologie douloureuse, une chirurgie serait indiquée.

Si la symptomatologie s'améliorait, il pourrait revoir la patiente pour un contrôle ENMG et, en fonction des résultats, la suite de la prise en charge serait discutée.

f. Dans un rapport médical du 22 février 2018, la doctoresse M_____, FMH en médecine interne générale, a indiqué suivre mensuellement l'assurée depuis septembre 2016 et avoir effectué le dernier contrôle le 13 février 2018. Celle-ci était totalement incapable de travailler du 26 septembre 2016 au 28 février 2018. Elle avait des douleurs chroniques mécaniques de l'épaule gauche depuis deux ans et des troubles du sommeil sévères, notamment.

Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient une déchirure transfixiante du sus-épineux, de l'arthrose acromio-claviculaire, une ténosynovite du long chef du biceps, un état dépressif et anxieux et un syndrome du tunnel carpien à gauche. L'assurée ne pouvait faire aucune activité professionnelle actuellement. On pouvait attendre raisonnablement d'elle une activité de sept heures dans l'activité exercée jusqu'à ce jour, ainsi que dans une activité adaptée. Le pronostic était bon, l'assurée reprendrait son activité professionnelle ultérieurement. L'état dépressif faisait obstacle à une réadaptation, mais l'assurée était motivée, souhaitant reprendre une activité professionnelle auprès de personnes âgées.

g. Le 16 avril 2018, elle a demandé des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'une omalgie sévère et d'un état anxio-dépressif, depuis 2016.

h. Le 26 juillet 2018, le docteur N_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis mars 2017 et qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Elle était âgée de 53 ans, de nationalité suisse, d'origine mauricienne, issue d'une fratrie de neuf, en Suisse depuis 1985, divorcée deux fois et mère de trois enfants de trois pères différents. Son fils âgé de 18 ans vivait encore avec elle. Elle avait travaillé dans plusieurs endroits, notamment dans des usines, mais pendant des courtes périodes. Son dernier emploi remontait à 2016, quand elle avait travaillé pour une blanchisserie dans le contexte d'un stage de réinsertion avec Réalise. Elle avait dû interrompre son travail à la suite d'une déchirure du deltoïde. Actuellement, elle était sans emploi et au bénéfice de l'aide de l'Hospice général. L'état dépressif s'était installé progressivement dans le contexte de la désinsertion professionnelle suite à un accident de l'épaule en 2015, quand elle travaillait dans une blanchisserie, avec des troubles du sommeil qui s'étaient aggravés à cette période. Lors du stage de réinsertion, elle aurait présenté des problèmes de concentration. Un état dépressif avait été diagnostiqué par le laboratoire du sommeil en 2016. Par la suite, un traitement antidépresseur avait été mis en place. Elle avait des difficultés à se concentrer et à maintenir un rythme, une fatigabilité, une difficulté à maintenir la motivation, des difficultés dans les interactions interpersonnelles en raison de l'irritabilité, d'une certaine méfiance et d'une interprétativité.

Elle avait très peu de ressources. Elle ne communiquait plus avec sa fille et très peu avec son fils aîné, mais seulement avec son fils cadet qui vivait avec elle. Elle avait une tendance à la solitude, très peu d'amis, mais un bon lien avec son médecin traitant.

Du point de vue strictement psychiatrique, son état clinique actuel était compatible avec une activité à 50% depuis le 1er septembre 2017. Durant la période de son suivi, de mars à août 2017, l'incapacité était totale et elle l'avait probablement également été auparavant. Depuis le début du suivi, en mars 2017, l'évolution avait été discrètement favorable avec une amélioration du sommeil et une diminution des symptômes dépressifs. Depuis le mois de septembre 2017, il y avait peu d'évolution avec une tendance à une chronicisation en lien avec les douleurs, la désinsertion sociale et le déconditionnement. L'observance de la médication était globalement bonne. Elle se rendait régulièrement à ses entretiens à l'exception de deux ou trois fois depuis le début du suivi en raison d'oublis ou de maladie. Une tentative de sevrage sous Champix avait été infructueuse.

i. Selon un rapport d'évaluation d'intervention précoce établi par la division de réadaptation professionnelle de l'OAI le 16 août 2018, l'assurée avait indiqué souhaiter travailler, car elle pensait beaucoup, et s'en sentir capable, mais sans pression. Elle demandait de l'aide pour trouver un travail adapté à ses problèmes de santé. Elle voulait changer de vie, voir du monde et être fière d'elle-même. Elle avait accepté une mesure IPT (Intégration pour tous).

j. Le 26 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée prendre en charge une mesure d'aide au placement à compter du 18 octobre 2018 pour une durée de six mois environ auprès d'IPT.

k. Selon un rapport final d'IPT, l'assurée était actuellement éloignée du marché de l'emploi. Elle semblait avoir besoin que l'on fasse pour elle et non avec elle. Elle manquait d'autonomie et de motivation. Il lui était recommandé d'être plus active dans son projet professionnel, si son souhait était réellement de retourner sur le marché de l'emploi et d'être aidée par des professionnels de l'insertion. Elle avait montré peu de signes permettant d'aller de l'avant.

l. Selon un rapport final établi par la division de réadaptation professionnelle de l'OAI le 29 octobre 2019, vu le peu d'implication et de motivation de l'assurée, qui n'avait pas permis de dégager une quelconque cible professionnelle ni de trouver un stage d'employabilité, il était convenu de mettre fin à la mesure.

m. Selon une note de dossier du 26 mai 2020, le Dr N_____ avait vu l'assurée pour la dernière fois le 28 septembre 2018.

n. Le 23 juin 2020, la Dresse M_____ a indiqué qu'il y avait une persistance des symptômes de dépression chez l'assurée. Elle avait un état dépressif sévère avec repli sur soi ++ et le développement d'une phobie sociale. Il fallait instaurer une prise en charge psychique, laquelle avait été suspendue temporairement en raison

de la Covid puis reprise le 18 juin 2020, et instaurer un traitement antidépresseur. L'assurée n'était pas capable de travailler dans toute activité.

o. La Dresse M_____ a informé l'OAI le 10 août 2020 que l'assurée était actuellement sur liste d'attente pour une prise en charge psychiatrique et que les délais étaient malheureusement longs.

p. Le 11 octobre 2020, le docteur O_____, médecin interne, du service de chirurgie orthopédique traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée étaient une lésion de la coiffe non transfixiante, une arthropathie AC et une ténosynovite LCD de l'épaule gauche. Il n'y avait pas de suivi avec le team épaule des HUG. En date du 22 décembre 2016, les restrictions fonctionnelles étaient le port de charges et les mouvements répétés de l'épaule gauche. Il fallait réévaluer cette question et déterminer si l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle et dans quelle mesure.

q. Dans un rapport du 7 juin 2021, le docteur P_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé de l'assurée un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'incapacité durable avait débuté le 26 septembre 2016 à 100%. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 0% comme aide-soignante et de quatre heures par jour dès le 1er septembre 2017 dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : fatigue, fatigabilité, activité à répartir sur cinq jours ouvrables, sans contact avec une clientèle, activité légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant la variation des positions au gré de l'assurée, sans manipulation de charges de plus de 5 kg, sans port des mains au-dessus du plan des épaules, ni usage de machines portées vibrantes, forantes et/ou percutantes. La capacité de travail dans une activité adaptée était fondée sur le rapport médical établi le 26 juillet 2018 par le Dr N_____, qui retenait une capacité de travail de quatre heures par jour dans une activité adaptée. Il fallait également retenir les limitations somatiques affectant les deux épaules de l'assurée.

r. Selon un rapport d'enquête ménagère du 28 juillet 2021, les empêchements dans les travaux habituels de l'assurée étaient de 16% sans exigibilité et de 0% avec l'aide de son fils.

s. Par projet de décision du 17 août 2021, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations était rejetée. Le statut d'assurée retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et à 50% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI constatait que son incapacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, dès le 26 septembre 2016 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 50% dès septembre 2017, soit à l'issue du délai d'attente. Cependant, la demande

de prestations ayant été déposée le 16 avril 2018, l'éventuelle prestation sous forme de rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois d'octobre 2018.

Sa perte de gain s'élevait à 57.86%.

En tenant compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels, son taux d'invalidité était de 29%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à des prestations sous forme de rente de l'assurance-invalidité.

t. Par décision du 27 septembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. **a.** Le 30 octobre 2021, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances-sociales de la Cour de justice. Depuis plusieurs années, elle souffrait de dépression et avait eu un suivi psychologique régulier avec le Dr N_____, puis avec le docteur Q_____ et plusieurs autres. Elle était suivie depuis un mois par le docteur R_____, psychiatre, qui pouvait confirmer les problèmes importants de dépression qui affectaient sa vie et l'invalidaient quotidiennement.

b. Le 9 novembre 2021, l'OAI a transmis à la chambre de céans un suivi des envois de la poste dont il ressort que la décision du 27 septembre 2021 a été distribuée au guichet le 6 octobre suivant.

c. Le 9 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

d. L'assurée a été entendue lors d'une audience du 4 mai 2022 et a indiqué être totalement en incapacité de travailler. Elle était suivie par le Dr R_____ depuis quatre mois environ. Elle avait changé plusieurs fois de psychiatre, parce qu'ils la mettaient mal à l'aise. Le Dr N_____ ne l'avait pas bien entendue et mal renseignée. Il avait oublié de lui donner une ordonnance pour un médicament qui était important pour elle. Elle était contente de son médecin actuel, le Dr R_____, mais n'avait pas encore eu un long suivi avec lui. Elle avait vu un autre psychiatre à la rue de Lausanne, pendant environ deux mois, lequel la faisait parler, mais ne prenait pas de notes, puis avait disparu. Elle avait confiance en son médecin généraliste, la Dresse M_____. C'était le seul médecin qui la suivait depuis longtemps. Elle s'était renfermée pendant pas mal d'années et ne se sentait vraiment pas bien. Avant le Dr R_____, c'était la Dresse M_____ qui lui prescrivait les antidépresseurs. Elle la voyait toutes les deux semaines, avant son suivi par un psychiatre, ce qui lui avait été recommandé par la Dresse M_____, car elle-même ne pouvait pas exercer ce rôle. Elle l'avait également envoyée vers le Laboratoire du sommeil, qui avait également conclu qu'elle devait voir un psychiatre. C'était les bruits qui la gênaient. Elle avait de la peine à être en contact avec des gens, même sa famille et ses enfants. Elle commençait à perdre un peu la mémoire, peut-être à cause des médicaments, et elle avait beaucoup d'angoisses. Elle ne supportait rien ni personne. Elle avait des maux de tête, parce qu'elle était angoissée et elle dormait mal. Elle était en particulier angoissée par rapport à sa mère qui vieillissait, qui était très malade et vivait à l'Ile Maurice.

Elle avait été opérée à l'épaule, ce qui lui causait des douleurs. Un nerf dans les cervicales lui provoquait des maux de tête. Son bras droit était endormi avec des picotements. Elle avait des fourmis dans les doigts. Il était question de l'opérer. Elle avait peur de cette opération et de ne plus pouvoir utiliser ses mains. De plus, suite à son opération de l'épaule, elle avait encore plus mal. Elle s'était blessée en 2015 à l'épaule droite en soulevant une chaise roulante. On lui avait dit que c'était dû à la maladie. Elle avait attendu trop longtemps. Elle avait déjà des douleurs avant, mais n'avait pas réagi. Elle pensait que c'était la dépression qui l'empêchait de travailler, car elle était trop forte. Elle était quand même limitée au niveau physique, en particulier par ses épaules. Elle prenait presque tous les jours des antidouleurs. Elle avait aussi mal au dos. Elle avait une veine qui devait être opérée à la cuisse et un oignon au pied qui était très douloureux et qui gonflait de plus en plus.

e. Par courrier du 3 octobre 2022, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

f. Par courrier du 24 octobre 2022, l'intimé a transmis à la chambre de céans une détermination du SMR du 10 octobre 2022. Ce dernier souhaitait que l'expert effectue un dosage sanguin en cas de traitement psychotrope afin de vérifier la compliance ainsi que, si l'expert l'estimait nécessaire, un bilan neuropsychologique.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est prima facie recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

5.

5.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6

LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.2

5.2.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

5.2.2 Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités

fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

5.2.3 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

5.3 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

5.5 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a;

RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

5.6 Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6.

6.1

6.1.1 La recourante a fait valoir que depuis plusieurs années, elle souffrait de dépression et était suivie régulièrement sur le plan psychologique par le Dr N_____, puis par le Dr Q_____ et plusieurs autres. Le Dr R_____ pouvait confirmer les problèmes importants de dépression qui affectaient sa vie et l'invalidaient quotidiennement.

6.1.2 L'intimé a fait valoir qu'il avait retenu une incapacité médicale en se fondant sur les indications du psychiatre traitant de la recourante, à savoir le rapport médical établi par le Dr N_____ le 26 juillet 2018, dans lequel ce médecin avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

6.2 En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur un avis établi le 7 juin 2021 par le SMR qui retenait une capacité de travail exigible de quatre heures par jour dès le 1er septembre 2017 dans une activité adaptée, en se fondant sur le rapport médical détaillé établi le 26 juillet 2018 par le Dr N_____ et en prenant en compte les limitations somatiques affectant les épaules de la recourante.

Le Dr N_____ a vu la recourante pour la dernière fois le 28 septembre 2018, soit trois ans avant la décision querellée. Ses conclusions sont remises en cause par le rapport établi le 23 juin 2020 par la Dresse M_____ qui retenait un état dépressif sévère avec repli sur soi et phobie sociale. Il fallait selon elle instaurer une prise en charge psychique, qui avait été suspendue temporairement en raison de la Covid, et instaurer un traitement antidépresseur. Au vu de l'état de santé actuel, l'assurée n'était pas capable de travailler dans toute activité. La Dresse M_____ a informé l'OAI le 10 août 2020 que l'assurée était actuellement sur liste d'attente pour une prise en charge psychiatrique et que les délais étaient malheureusement longs.

Bien que la Dresse M_____ ne soit pas psychiatre, son appréciation revêt une certaine force probante dans la mesure où c'est le seul médecin qui a suivi régulièrement la recourante depuis des années et en laquelle cette dernière avait confiance, ce qui n'a manifestement pas été autant le cas avec les psychiatres qui l'ont suivie à teneur de ses déclarations à la chambre de céans. Le suivi de la Dresse M_____ s'apparente à un traitement psychologique, dès lors qu'elle lui prescrivait des antidépresseurs et des entretiens mensuels. Dans son rapport du 7 juin 2021, le Dr P_____ du SMR ne s'est pas prononcé sur le rapport de la Dresse M_____, se contentant de retenir comme limitations, une fatigabilité et une activité sans contact avec la clientèle, laissant penser qu'il a ainsi tenu compte de l'atteinte psychique de la recourante.

Une instruction complémentaire par le biais d'une expertise psychiatrique apparaît dès lors nécessaire. L'expert devra également se fonder sur un rapport complémentaire du Dr R_____, qui apparaît nécessaire pour apprécier l'état de santé psychique de la recourante pendant la période en cause soit du 26 septembre 2016 au 27 septembre 2021.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.
2. Commet à ces fins le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
   A) prendre connaissance du dossier de la cause ;
   B) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ; demander un rapport complémentaire au docteur R_____ pour apprécier l'état de santé psychique de l'assurée pendant la période en cause soit du 26 septembre 2016 au 27 septembre 2021 ;
   C) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
   D) si nécessaire, ordonner d'autres examens, notamment un bilan neuropsychologique.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
   1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
   2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
   3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
   4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

      Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse) :

      4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

      4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

      4.3 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

      4.4 Les plaintes sont-elles objectivées ?

      4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes

pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

5.1 Dans l'activité habituelle,

5.2 Dans une activité adaptée.

6. Traitement

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

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

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

6.4 En cas de traitement psychotrope, vérifier la compliance avec un dosage sanguin.

7. Capacité de travail

7.1 Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent :

a) dans l'activité habituelle,

b) dans une activité adaptée.

7.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

7.3 Evaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

7.4 Décrire les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte.

7.5 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

7.6 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

7.7 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

7.8 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

7.9 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

7.10 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

7.11 Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

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

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

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

7.15 Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?

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

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr N_____ (rapport du 26 juillet 2018) ? si non, pour quels motifs ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dresse M_____ (rapport du 23 juin 2020) ? si non, pour quels motifs ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr R_____ ? si non, pour quels motifs ?

9. Formuler un pronostic global.

10. Faire toute remarque utile et proposition utile.

5. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

6. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le