RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3828/2018 **ATAS/807/2020**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 28 septembre 2020

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Guillaume ETIER	Recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1972 au Portugal. Arrivée en Suisse à l'âge de 12 ans, après avoir suivi l'école obligatoire au Portugal, elle a obtenu la nationalité suisse et s'est mariée, en 1993, avec un compatriote avec lequel elle a eu deux filles, B_____ née en 1996, et C_____ née en 1999.

2. De 1997 à 2004 auprès de la régie D_____, puis de 2006 à 2014, auprès de la régie E_____, l'assurée a exercé l'activité de concierge. Elle a été licenciée le 21 mars 2014 par la régie E_____ avec effet au 30 juin 2014.

3. Inscrite au chômage depuis juillet 2014, l'assurée a suivi diverses formations de transition professionnelle et a obtenu un certificat d'agent de maintenance bâtiment, et un certificat d'aide jardinière, mais n'a pas retrouvé d'emploi.

4. L'assurée a déposé une demande de prestations AI qui a été enregistrée en date du 15 avril 2016 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Ladite demande se fondait sur des atteintes à la santé, à savoir une fibromyalgie et une dépression. Elle faisait référence à un suivi psychiatrique auprès des HUG, suite à une tentative de suicide.

   - Daté du 17 novembre 2005, un résumé d'intervention CTB du département de psychiatrie des HUG diagnostiquait un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Dans l'anamnèse, il était mentionné une tentative de suicide en 1997, ainsi qu'une seconde tentative, sous forme médicamenteuse, en octobre 2005. Il était précisé que l'assurée avait souffert d'une hallucination auditive sous forme d'une voix de petite fille qui l'aurait enjointe à rejoindre son père et sa mère décédés. Dans le cadre de la discussion, il était mentionné que la patiente disait avoir subi des abus sexuels de la part d'un de ses frères, vers l'âge de 9 ou 10 ans. Un traitement de Fluctine de 20 mg par jour et de Seroquel de 25 mg par jour étaient prescrits.

   - Le service de radiologie des HUG avait pratiqué un ultrason de l'épaule en date du 25 novembre 2014. La conclusion en était l'existence d'une tendineuse du supra épineux sans rupture. Il n'y avait pas d'épanchement intra articulaire, ni de signe de bursite.

5. Suite au dépôt de la demande de prestations AI du 15 avril 2016, l'OAI s'est prononcé, en date du 23 août 2016, de manière négative sur d'éventuelles mesures de réadaptation d'ordre professionnel, considérant que ces mesures n'étaient

actuellement pas indiquées. L'assurée n'a pas demandé de décision formelle sujette à recours.

6. Interpelée par l'OAI, la doctoresse F_____, généraliste et médecin-traitant de l'assurée depuis 2003, a répondu en date du 31 mai 2016 à la question de savoir quelle était la capacité de travail exigible de l'assurée, qu'elle n'en avait « aucune idée, mais qu'il s'agissait probablement d'une capacité de 0% ». La maladie diagnostiquée était un trouble de la personnalité de type borderline, ainsi qu'un état dépressif récurrent et des épisodes psychotiques depuis 2005 et sévère, en 2014, avec un tentamen. Des douleurs dorsolombaires, l'incontinence urinaire mixte depuis 2011, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique, étaient également mentionnés. L'évolution était estimée comme étant défavorable. Le constat médical mentionnait l'obésité, des troubles de la concentration, de la fatigue, des migraines et des troubles alimentaires. S'agissant de la capacité de travail, le médecin précisait n'avoir jamais fait de certificat d'arrêt de travail de longue durée en faveur de l'assurée qui était au chômage depuis 2014, sans avoir retrouvé d'emploi depuis lors. Elle considérait que l'assurée pourrait difficilement retrouver un emploi.

7. En date du 12 janvier 2017, le SMR de l'OAI a rendu un avis médical constatant la présence d'une symptomatologie dépressive, un trouble de la personnalité et un syndrome douloureux chronique. Il était mentionné la nécessité de clarifier la présence d'une atteinte incapacitante, d'examiner le syndrome douloureux chronique selon la jurisprudence, de clarifier une éventuelle incapacité de travail et de définir les limitations fonctionnelles. Une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique était recommandée.

8. Sur cette recommandation, l'assurée a été convoquée par le SMR, pour un examen clinique en deux parties, afin d'être vue par la doctoresse G_____, psychiatre FMH, et par le docteur H_____, rhumatologue FMH.

9. Suite à l'examen psychiatrique du 15 juin 2018 et à l'examen rhumatologique du 25 juin 2018, un rapport daté du 16 juillet 2018 a été rendu par les deux médecins susmentionnés au SMR.

   Le statut ostéo-articulaire a été effectué par le Dr H_____. Le dépistage d'une fibromyalgie selon les critères de 2016 de WOLFE s'est avéré positif avec un score total de 31. En ce qui concerne le statut psychiatrique effectué par la Dresse G_____, il a mis en évidence des éléments en faveur d'un trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, l'assurée présentant un vide existentiel important, avec de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir.

   L'appréciation consensuelle du cas a permis de conclure à un ressenti douloureux important, à la mobilisation des épaules, des hanches, des genoux, du rachis cervicolombaire. La fibromyalgie a été objectivée avec un WIP à 19 sur 19 et un

scores SSS à 12 points, soit un score total de 31 points. Aucun rhumatisme inflammatoire n'a été détecté, pas plus qu'une tendinopathie du supra épineux droite. En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, la conclusion a été une symptomatologie dépressive, un trouble de la personnalité, et un syndrome douloureux chronique.

S'agissant des questions spécifiques posées aux experts par l'OAI, les réponses ont été les suivantes :

L'aptitude à suivre des mesures de réadaptation est entière. Nous relevons une certaine divergence entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes.

Le pronostic n'est pas très bon au niveau psychiatrique au vu de la chronicité du trouble et des difficultés à s'inscrire dans un processus de soins.

Limitations fonctionnelles :

Sur le plan rhumatologique, aucune.

Sur le plan psychiatrique, aucune.

Début de l'IT durable :

Sur le plan psychiatrique, dès le 1er janvier 2014 à 100%. Les documents du dossier et l'anamnèse témoignent en effet de la récidive d'un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère durant la période et qui a nécessité un milieu psychiatrique ambulatoire.
Sur le plan ostéoarticulaire, les éléments à disposition du dossier, les éléments anamnestiques et l'examen clinique détaillé plus haut, de même que les RX à disposition, ne justifient pas de LF durables d'ordre ostéoarticulaire. Nous concluons que l'état de santé constaté au niveau ostéoarticulaire est compatible avec l'activité modérément contraignante physiquement de concierge, décrite par l'assurée.
La fibromyalgie est une entité apparentée au trouble somatoforme douloureux. L'évaluation des critères de sévérité est effectuée par la Dresse G_____, co-experte psychiatre.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan psychiatrique, dès le 1er janvier 2014 à 100%.
Il n'y a pas d'IT durable sur le plan ostéoarticulaire avec les éléments à disposition.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan psychiatrique, dès le 31 mai 2016, la CT est devenue entière en raison de l'amélioration de la thymie (RM du 31.05.2016) sur fond d'un diagnostic de trouble de la personnalité non incapacitant.

Pronostic :

Sur le plan rhumatologique, le pronostic est bon au niveau ostéo-articulaire avec les éléments à disposition, c'est-à-dire par rapport aux troubles dégénératifs débutants objectivés. Le pronostic est réservé quant à l'évolution des douleurs en relation avec la fibromyalgie.
Le pronostic est mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle, au vu du ressenti douloureux de l'assurée, du non-emploi depuis 2014 et de la perception de l'assurée de ses capacités fonctionnelles résiduelles.

Nonobstant ces réserves, le médecin psychiatre et le médecin rhumatologue mandatés par le SMR ont tous deux conclu à une capacité de travail dans l'activité habituelle de concierge de 100%, ainsi qu'une capacité de travail dans une activité adaptée de 100%, et ceci depuis le 1er juin 2016.

10. En date du 30 juillet 2018, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. La motivation reposait sur le rapport du SMR du 16 juillet 2018 selon lequel il ne pouvait pas être retenu une atteinte à la santé invalidante.

11. Par courrier du 4 septembre 2018, l'assurée a communiqué à l'OAI qu'elle persistait à réclamer l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

12. En date du 27 septembre 2018, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, reprenant sa motivation selon laquelle, après consultation du SMR, elle considérait qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

13. En date du 31 octobre 2018, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI et a demandé son audition, celle de Madame I_____, psychologue, et celle du docteur J_____, généraliste. La recourante a conclu, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI et à la constatation qu'elle avait droit à une rente complète d'invalidité rétroactivement depuis le 31 mars 2016. Elle souffrait d'un trouble dépressif majeur et d'une fibromyalgie invalidante, ce qui l'empêchait d'exercer toute activité lucrative. À l'appui de ses griefs, elle a produit le rapport médical de la Dresse F_____ du 31 mai 2016, les rapports de la doctoresse K_____ du 27 janvier 2017 et du 25 septembre 2017, le rapport du docteur L_____ du 17 janvier 2018 et le rapport du docteur M_____ du 7 mars 2018.

14. L'intimé a répondu en date du 29 novembre 2018. Se fondant sur l'examen médical approfondi du SMR en matière rhumatologique et psychiatrique dont il soulignait la

valeur probante et en l'absence d'éléments objectivement vérifiables, l'intimé a maintenu sa décision.

15. La recourante a répliqué en date du 31 janvier 2019. Elle a constaté que la réponse de l'OAI n'était qu'une confirmation de la décision précédemment rendue et a maintenu les conclusions prises dans son recours.

16. Lors de sa comparution personnelle, en date du 21 novembre 2019, la recourante a déclaré que pendant la période allant de 2004 à 2006, elle avait cessé son travail, car elle était en dépression. Par la suite, elle avait repris un travail de concierge pour la régie E_____ qu'elle avait dû quitter en 2014, car son employeur considérait qu'elle n'était plus capable de faire correctement son travail et l'avait licenciée. Elle ressentait trop de douleurs et même si son mari l'aidait, elle ne pouvait plus nettoyer le hall d'entrée et les vitres. Pendant son absence pour cause de maladie, lorsqu'elle travaillait pour la régie E_____, son mari avait souvent fait le travail de conciergerie à sa place.

    Elle pensait avoir probablement toujours été dépressive, mais quand les enfants étaient petits, elle assumait. La perte de son travail avait aggravé sa dépression. Ses enfants étaient nés en 1996 et 1999 et elle avait fait une tentative de suicide en 1997 ; elle en concluait qu'elle était déjà dépressive à ce moment-là.

    Sur le plan médicamenteux, elle prenait surtout des antidouleurs, Brufen, Dafalgan et autres, ainsi qu'un antidépresseur, Cymbalta à raison de 60 mg par jour.

    Ses deux filles vivaient toujours avec elle, à la maison. La plus grande, qui avait 23 ans, cherchait une place d'apprentissage. La plus petite, qui avait 20 ans, ne faisait rien sur le plan scolaire ou professionnel. Les deux filles faisaient tout à la maison : le ménage, les courses et la cuisine alternativement avec la recourante.

    Elle était suivie par le docteur N_____, psychiatre et psychothérapeute, à raison d'une fois par semaine jusqu'au mois de juin ou juillet 2019 où elle avait dû suspendre les séances pour se faire soigner l'épaule, pour une déchirure du tendon déjà mentionnée dans le rapport SMR.

    Décrivant sa journée ordinaire, elle se levait vers 9h00, prenait son café et se recouchait. Parfois, elle déjeunait aves ses filles, parfois elle restait au lit jusqu'au retour de son mari du travail. En hiver, c'est ainsi qu'elle passait ses journées, mais quand il faisait beau, elle essayait de sortir avec ses filles. En raison des atteintes à sa santé, physique et moral, elle n'avait plus envie de faire quoi que ce soit.

    Il était question d'une nouvelle opération de la vessie, car elle avait des problèmes d'incontinence qui étaient évoqués dans le cadre du rapport SMR ; depuis la situation s'était aggravée et elle avait beaucoup de difficultés à se retenir.

La situation familiale et de couple était difficile ; il y avait les enfants qui était une des raisons pour lesquelles elle continuait à vivre, d'un autre côté, quand tout allait mal, elle envisageait de se séparer de son époux et enfin, elle envisageait également un départ définitif, soit de mettre fin à ses jours.

17. Au vu de la péjoration de la situation, la chambre de céans a décidé de soumettre la recourante à une expertise médicale judiciaire.

18. Par courrier du 18 décembre 2019, elle a informé les parties de son intention de confier le mandat d'expertise psychiatrique à la doctoresse O_____, psychiatre et psychothérapeute.

19. Dans le délai octroyé aux parties, ces dernières n'ont fait valoir aucune cause de récusation.

20. Le libellé des questions auxquelles l'expertise devait répondre a été envoyé aux parties en date du 23 juillet 2020.

21. Par écritures des 3 et 21 septembre 2020, les parties ont sollicité que des questions supplémentaires soient intégrées dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.

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).

   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. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

3. 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 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.

4. 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).

5. 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.

6. Dans deux arrêts du 30 novembre 2017 (8C_841/2016, 8C_130/2017), le Tribunal fédéral a jugé que 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, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques 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. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des

dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

7. En l'occurrence, le rapport d'expertise rendu par les médecins du SMR en date du 16 juillet 2018 présente plusieurs contradictions. L'autonomie de l'assurée est définie comme complète, alors même que cette dernière dépend de ses deux filles pour s'occuper du ménage et partiellement de la cuisine et que l'assurée, sans énergie, semble passer sa journée alitée.

   Le pronostic est estimé comme n'étant « pas très bon » au niveau psychiatrique, « en raison de la chronicité des troubles », mais conduit tout de même les experts à considérer qu'il n'en résulte aucune limitation fonctionnelle.

   Tout en admettant la chronicité des troubles, les experts estiment qu'un tableau clinique d'au moins deux ans de dépression constante ou constamment récurrente est réalisé, mais sans épisode de sévérité de la dépression, ni de durée suffisante.

   La chambre de céans considère que le rapport du SMR du 16 juillet 2018 présente ainsi des contradictions internes ou – à tout le moins – mérite des explications complémentaires quant à l'existence d'une chronicité des troubles, des épisodes de dépression sévère et la conclusion selon laquelle il n'en résulte aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

8. Partant, au vu de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, pour des raisons somatiques et psychiatriques, et des apparentes contradictions entre l'intensité des troubles de la santé de la recourante, soit la fibromyalgie et les troubles psychiatriques et la capacité de travail à 100% retenue dans le rapport d'expertise du SMR daté du 16 juillet 2018, la chambre de céans juge nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

9. Celle-ci sera confiée à la doctoresse O_____.

***

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.

B. La confie à la Dresse O_____, psychiatre et psychothérapeute, rue _____ Genève.

C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :

- Prendre connaissance du dossier médical de l'expertisée.
- 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.
- Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
2. L'expertisée souffre-t-elle en particulier d'un trouble somatoforme douloureux persistant au vu de ses plaintes somatiques ?
3. Dans l'affirmative, doit-on considérer que cette atteinte a aggravé l'état psychique de l'expertisée ?
4. Les autres atteintes psychiques ont-elles changé en intensité depuis l'expertise psychiatrique réalisée en juin 2018 et, dans l'affirmative, de quelle manière ?
5. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisée sur le plan psychiatrique ?
6. Quelle est sa capacité de travail sur le plan psychiatrique, en prenant en compte également l'éventuel trouble somatoforme douloureux persistant, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques et somatiques ?
7. Comment a évolué la capacité de travail depuis son licenciement en 2014 ?
8. Cas échéant, depuis quelle période (mois, année) estimez-vous que la capacité de travail est entière, réduite voire nulle ?
9. Au regard de l'intensité des troubles de la santé relevés dans l'expertise de juin 2018, soit la fibromyalgie et les troubles psychiatriques, le diagnostic de capacité de travail à 100% depuis le 1er juin 2016 parait-il cohérent ?
10. Y a-t-il une exagération des symptômes, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?

11. Y-a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique ?
12. La gravité des atteintes psychiatriques est-elle rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogénèse ?
13. Quel est le contexte social (quotidien et environnement) de l'expertisée ?

    13.bis Quel est le contexte historique de l'assurée (histoire familiale) ?

    13. ter L'assurée a-t-elle vécu des éléments traumatisants dans sa jeunesse et dans sa vie de jeune adulte ?

    13.quater Ce contexte historique et les éventuels événements ont-ils joué et jouent-ils encore un rôle dans les troubles psychiatriques dont souffre l'expertisée ?
14. Y-a-t-il des limitations fonctionnelles uniformes dans les activités de tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisir et activité sociale) ?
15. Quel est le traitement sur le plan psychiatrique ? D'autres mesures thérapeutiques complémentaires sont-elles, cas échéant, recommandées ?
16. Est-il exigible que l'expertisée prenne un traitement pharmacologique ?
17. Quelle est sa compliance ?

    17.bis Prière d'évaluer la compliance médicamenteuse par un dosage sanguin des psychotropes et des antalgiques.
18. L'expertisée a-t-elle les ressources suffisantes pour surmonter les atteintes psychiatriques, compte tenu notamment de son environnement social, des comorbidités physiques et de la structure de la personnalité ? Cas échéant, pour quelles raisons estimez-vous que ses ressources sont insuffisantes ?
19. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite l'experte à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

E. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le