

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4078/2017

ATAS/661/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 25 juillet 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHATELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS
DONZE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____1965, originaire du Locle, séparée, mère de deux enfants nés en 1989 et 1998, titulaire d'un Certificat Fédéral de Capacité d'aide en pharmacie, a exercé une activité de commise administrative spécialisée à 80 % depuis le 1^{er} mai 2000 pour l'Office cantonal de la population, devenu depuis lors l'Office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM).
2. L'assuré est en incapacité de travail de 50 % depuis juin 2010 puis de 100 % depuis avril 2011.
3. Le 11 juin 2010, le docteur B_____, FMH médecine interne, cardiologie, médecin consultant du Service de santé du personnel de l'Etat a attesté d'une dépression réactionnelle à un conflit conjugal, incapacitante ; l'assurée présentait des difficultés de concentration mais le pronostic était bon.
4. A la demande du Dr B_____, le docteur C_____ a indiqué le 22 juin 2010 les diagnostics en relation avec des incapacités de travail antérieures (lithiase et infection urinaire, calcul urinaire, hémorroïdes, lombalgies) ; dès le 29 avril 2010, l'assurée avait présenté un état anxieux et dépressif.
5. Le 19 juillet 2010, le docteur D_____, médecin associé en santé du travail, a indiqué aux ressources humaines de l'employeur que l'arrêt de travail de 100 % depuis le 29 avril 2010 correspondait à une nouvelle affection médicale, avec évolution favorable.
6. Le 20 octobre 2010, le Dr B_____ a indiqué que la recourante avait repris le travail à 50 % le 5 juillet 2010 puis à 100 % dès le 3 août 2010 ; dès le 2 septembre 2010 elle était à nouveau en incapacité de travail totale, puis de 50 % dès le 19 octobre 2010, en raison d'un état dépressivo-anxieux, qui n'était pas terminé mais de bon pronostic.
7. A la demande du Dr B_____, le docteur E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté le 18 novembre 2010 d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques F32.2 qui restait actuellement invalidant, malgré une rémission partielle depuis quelques mois. Le pronostic était favorable à moyen terme.
8. Le 6 décembre 2010, le Dr D_____ a estimé que l'arrêt de travail depuis le 1^{er} septembre 2010 était entièrement justifié, avec un bon pronostic.
9. Le 2 novembre 2011, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée n'avait pas pu reprendre une activité à plus de 50 % et qu'elle était à nouveau en arrêt de travail total depuis le 6 octobre 2011, en raison d'un état dépressif important.
10. Le 24 novembre 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de « dépression – anxiété » présente depuis juillet 2010.

11. Le 31 décembre 2011, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptôme psychotique (F 33.2) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F 60.3).

Il suivait l'assurée depuis le 2 juin 2010. L'incapacité de travail était de 50 % depuis juin 2010 puis de 100 %. On pouvait s'attendre à une reprise de travail à 50 % dans deux à trois mois.

12. A la demande du Dr B_____, le Dr E_____ a indiqué le 6 janvier 2012 que l'assurée présentait un épisode dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques F33.2 qui restait actuellement invalidant, malgré une rémission partielle depuis quelques semaines. Le pronostic était réservé vu le caractère récurrent des épisodes dépressifs et de sa difficulté à mettre un terme aux violences conjugales dont elle était victime. Actuellement l'assurée pourrait rapidement reprendre son travail à 50 % avec difficultés, idéalement dans un autre service. En effet, le changement de service vers un poste de travail moins stressant (actuellement : délai très courts de réalisation de tâches professionnelles toujours nouvelles nécessitant une adaptation permanente, recherche d'une performance rapide, nécessité d'une concentration maximale), permettrait une reprise plus rapide et diminuerait le risque de rechutes dépressives. Une reprise à 100 % était prévue pour le 1^{er} avril 2012, à revoir en fonction de son évolution et de la suite du conflit conjugal qui était encore en cours autour de leur fils âgé de presque 14 ans, qui présentait également des difficultés, étant pris dans le conflit parental.
13. Le 13 janvier 2012, le Dr D_____ a estimé que le pronostic était incertain et que l'ouverture d'une procédure AI était justifiée.
14. Le 24 janvier 2012, la réadaptation de l'OAI, après s'être entretenue avec l'assurée, a proposé un coaching.
15. Par communication du 23 février 2012, l'OAI a pris en charge un suivi personnalisé sous forme de coaching (par la société G_____) et le même jour l'assurée a signé un plan de réadaptation.
16. Le 28 février 2012, une note de travail IP relate un bilan de situation : une reprise de travail dans un autre service est envisagée ; l'assurée a changé de psychiatre (docteur F_____).
17. Le 22 mars 2012, le Dr F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un diagnostic de F32.1 épisode dépressif modéré, existant depuis 2011. Syndrome douloureux et paresthésies par compression radiculaire.

Il suivait l'assurée depuis février 2012 ; elle présentait un ralentissement psychomoteur, anhédonie, démotivation, dévalorisation, tristesse et risque de présenter des absences et des lacunes cognitives. Une reprise de travail progressive était attendue dès le 15 mai 2012. Le pronostic était favorable après résolution de

l'infection buccale et la reprise d'un traitement antidépresseur et antalgique à des doses thérapeutiques.

18. Le 27 mars 2012, la société G_____ a constaté une meilleure concentration de l'assurée suite à l'adaptation de son traitement médicamenteux et une reprise de travail progressive possible.
19. Le 30 mars 2012, le Dr H_____ du SMR a estimé que l'état de santé n'était pas stabilisé et que des mesures de réadaptation étaient possibles dès maintenant.
20. Selon une note de travail IP, l'assurée pourrait reprendre une activité à 30 % dans une autre équipe.
21. Par communication du 17 avril 2012, l'OAI a pris en charge une mesure de réadaptation, soit un entraînement à l'endurance au sein de l'OCPM du 17 avril au 29 juillet 2012.
22. Le 18 avril 2012, le Dr D_____ a estimé que l'évolution était favorable avec une reprise du travail à 30 % dans un premier temps.
23. Par communication du 9 juillet 2012, l'OAI a pris en charge une mesure de réinsertion sous forme d'entraînement progressif au sein de l'OCPM du 30 juillet au 28 octobre 2012.
24. Le 30 juillet 2012, le Dr F_____ a attesté d'une incapacité de travail de 60 % en août 2012.
25. Le 2 août 2012, l'infirmière en santé travail du service de santé du personnel de l'Etat a informé l'OAI que l'assurée avait augmenté son taux de travail à 40 %.
26. Le 26 septembre 2012, il a attesté d'une amélioration progressive de l'état de santé depuis août 2012, avec une reprise à 100 % envisagée le 1^{er} janvier 2013.
27. Le 8 octobre 2012, un rapport d'entretien téléphonique avec l'assurée relate que le stage se déroule dans de bonnes conditions, à un taux actuel de 50 % et qu'elle espère travailler à 80 % début 2013.
28. Le 12 octobre 2012, le Dr I_____ du SMR a estimé qu'il était indiqué de poursuivre les mesures d'ordre professionnel.
29. Par communication du 22 octobre 2012, l'OAI a pris en charge un stage de réentraînement au travail auprès de l'OCPM du 29 octobre 2012 au 28 avril 2013, à 50 %, à augmenter en fonction de l'évolution de l'état de santé.
30. Le 1^{er} novembre 2012, le Dr F_____ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % de l'assurée en novembre 2012. L'assuré avait été en arrêt total de travail du 12 novembre au 9 décembre 2012 puis à 50 % dès le 10 décembre 2012, attesté par le docteur C_____, médecin praticien, en raison de maux de tête, écoulement nasaux, yeux larmoyant et douloureux.
31. Le 16 novembre 2012, le Dr J_____ a exclu une origine ORL des douleurs.

32. Les 11 décembre 2012 et 22 janvier 2013, le Dr F_____ a attesté d'une capacité de travail de 62,5 % du 80 % habituel, soit 4 x 5h de travail par semaine en janvier et février 2013.
33. Le 21 janvier 2013, un rapport d'entretien téléphonique avec l'assurée relate que celle-ci souffre de céphalées et n'arrive pas à augmenter son taux d'activité alors qu'elle travaille à 60 %. L'assurée avait été en arrêt total de travail du 7 au 12 février 2013 puis à 50 % dès le 13 février 2013 attesté par le Dr C_____.
34. Le 30 janvier 2013, le Dr K_____, FMH neurologie, a évoqué une céphalée de tension et a modifié le traitement médicamenteux.
35. Le 7 mars 2013, le Dr F_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI attestant d'une aggravation de l'état de santé depuis décembre 2012 de l'assurée pour un diagnostic de G51.8 autres affections du nerf facial, névralgie faciale, G43.1 migraine avec auro (migraine classique). Ces affections entravaient la progression de la capacité de travail à 50 %. L'assurée présentait des douleurs dans l'articulation de la mâchoire. Difficultés de locution. Occasionnellement des doutes sur ses capacités cognitives et sur sa capacité de réadaptation professionnelle. Anticipation négative amplifiée sur l'avenir. La capacité de travail était bloquée à 50 % dès le 11 décembre 2012.
36. Un rapport de séance du 7 mars 2013 de l'OAI a relevé que l'assurée poursuivait son activité à un taux de 50 % de son 80 % et répondait aux attentes de l'employeur.
37. Par communication du 22 avril 2013, l'OAI a prolongé le stage de réentraînement au travail du 29 avril au 27 octobre 2013 à l'OCPM.
38. Le 13 mai 2013, le docteur L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un épisode dépressif sévère F32-2 ; la capacité de travail était de 50 % d'un 80 %. L'assurée était triste, anxieuse, présentait des troubles du sommeil et des douleurs importantes au niveau du visage ainsi qu'un écoulement de l'œil droit.
39. Un rapport d'entretien de la réadaptation professionnelle du 20 septembre 2013 souligne que le rendement de l'assurée est insuffisant dans son activité à 50 %.
40. Le 25 septembre 2013, le docteur M_____, FMH médecine interne, a rendu un rapport médical intermédiaire AI attestant d'un état de santé stationnaire depuis trois ans, avec un état dépressif, une hémicrânie droite avec larmoiement et une capacité de travail de 40 % depuis le 13 février 2013 ; un taux maximal de 50 % était justifié et une diminution de taux de travail à long terme était à envisager.
41. Le 1^{er} octobre 2013, le Dr K_____ a proposé une infiltration du nerf d'Arnold et constaté qu'une IRM cérébrale était normale, hormis quelques hypersignaux pouvant éventuellement se voir dans les maladies migraineuses.

-
42. Par communication du 15 octobre 2013, l'OAI a pris en charge une prolongation du stage de réentraînement au travail du 28 octobre 2013 au 27 avril 2014 à l'OCPM.
 43. Selon un rapport d'entretien téléphonique de la réadaptation professionnelle du 26 novembre 2013, l'assurée était en arrêt en raison de calcul rénaux.
 44. A la demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à une expertise auprès de la CRR (Drs N_____, FMH médecine interne, O_____ et P_____, FMH neurologie), laquelle a rendu son rapport le 26 novembre 2013.

L'assurée se plaignait de fatigues, de douleurs du côté droit avec prédominance oculaire, d'un épuisement moral, de difficultés de concentration, d'une perte de motivation et de repères, de priorités et de fatalisme. Les experts ont posé les diagnostics de cluster headache de type épisodique depuis mi-2012 et, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après trouble de l'adaptation en réaction à un facteur de stress important, avec réaction anxio-dépressive prolongée (F43.8). Au total, l'assurée avait été victime d'un trouble de l'adaptation, dans un contexte de stress majeur. Les réactions, initialement principalement anxio-dépressives, avaient été suivies d'une réaction dépressive prolongée. L'examen actuel du status psychiatrique ne retrouvait plus les signes de cette réaction dépressive et ne reconnaissait plus de diagnostic psychiatrique affectant la capacité de travail. Le cluster headache dont avait été victime l'assurée à partir de la fin 2012 avait contribué de manière significative à la baisse de la capacité de travail et « elles avaient » certainement pu perturber les mesures de réinsertion professionnelle. « Elles » ne participaient plus aujourd'hui à l'incapacité que par une baisse de rendement de 20 % au moins pour l'instant. La durabilité de cette rémission restait néanmoins à confirmer. Une capacité de travail récupérée aujourd'hui dans cette mesure était reconnue à l'assurée, tout en préconisant une reprise progressive et un suivi médical tant psychiatrique que neurologique. La reprise d'une activité simple, déjà initiée, devait être poursuivie, pour aboutir à de très brève échéance au taux antérieur de 80 %. La capacité de travail était limitée par une baisse de rendement de 20 %, dans toute activité, quel que soit le taux horaire de travail. L'activité antérieure était exigible ; la progressivité de la reprise au taux antérieur de 80 % était recommandée. Il existait une incapacité de travail totale jusqu'à la date de l'expertise ; la réadaptation n'était pas prise en compte.

45. Le 21 janvier 2014, le Dr H_____ du SMR a estimé que l'expertise était convaincante et que l'assurée présentait une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre 2011 au 6 novembre 2013 et une capacité totale de travail dès le 7 novembre 2013 avec une baisse de rendement de 20 %, dans toute activité.
46. Un rapport d'entretien de la réadaptation professionnelle du 25 février 2014 conclut à une période de stabilisation professionnelle de l'assurée et la continuation de son activité 6h par jour, avec une augmentation à 7h par jour dès le 17 mars 2014.
47. Le 11 mars 2014, le Dr L_____ a attesté d'une capacité de travail de 87,5 % d'un 80 % dès le 17 mars 2014.

48. Un rapport d'entretien de la réadaptation professionnelle du 1^{er} avril 2014 note que l'assurée effectue 7h par jour depuis le 17 mars 2014 et que l'employeur est satisfait.
49. Le 5 avril 2014, la réadaptation professionnelle a constaté que l'assurée, à l'issue des mesures de réadaptation, ne présentait plus de perte de gain ; le mandat de réadaptation était clôt.
50. Le 8 avril 2014, le Dr L_____ a attesté d'une capacité de travail de 100 % d'un 80 % dès le 14 avril 2014.
51. Par décision du 28 août 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations. L'assurée avait un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %. Le délai d'attente d'un an était échu le 29 avril 2011, mais le droit à la rente ne pouvait naître que le 1^{er} mai 2012 ; or, l'assurée était au bénéfice d'indemnités journalières du 17 avril 2012 au 27 avril 2014, de sorte qu'il n'y avait pas de droit à une rente d'invalidité, l'assurée ayant recouvré, à l'issue de la mesure de réadaptation, sa capacité de gain. Il était renoncé à une enquête économique sur le ménage.
52. Le 7 juillet 2015, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle demandait la réouverture de sa demande AI, son état de santé s'étant péjoré ; elle a joint un avis du Dr C_____ du 9 juillet 2015 selon lequel sa capacité de travail était de 50 % depuis juin 2015.
53. Le 11 août 2015, le Dr D_____ a rendu un préavis attestant d'une absence à 50 % depuis janvier 2015 de l'assurée, tout à fait justifiée.
54. Le 6 octobre 2015, la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (ci-après) CPEG a alloué à l'assurée dès le 1^{er} octobre 2015 une prestation provisoire d'invalidité de 50 %.
55. Le 23 novembre 2015, le Dr C_____ a attesté de plaintes de céphalée intense, de grande fatigue quotidienne, de problème de sommeil avec somnolence la journée, de troubles mnésiques et de concentration et d'une péjoration de l'état anxio-dépressif ; même au taux de 50 % elle n'arrivait plus à assumer ses tâches quotidiennes au travail ou à la maison.
56. Par courriel du 17 décembre 2015, l'employeur a informé l'OAI que l'assurée était en arrêt à 100 % depuis le 5 novembre 2015 ; elle n'était pas autonome dans son travail et manquait sévèrement de concentration ; son rendement était inférieur à la normale et elle commettait des erreurs ; une demande de rente AI complète était conseillée.
57. Le 6 janvier 2016, la Dre Q_____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de signe objectif d'aggravation de l'état de santé.
58. Par projet de décision du 15 janvier 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
59. Le 27 janvier 2016, les Drs C_____ et R_____, FMH médecine interne générale, ont écrit à l'OAI pour contester le projet de décision du 15 janvier 2016 ; l'état de

santé de l'assurée s'était péjoré ses derniers mois par l'augmentation de la douleur faciale reliée au cluster headache et nécessitant une infiltration le 18 décembre 2015 ; la survenance de cervicalgies persistantes en juin 2015, de grande fatigue, de troubles du sommeil, mnésique et de la concentration, de la péjoration de l'état anxio-dépressif se répercutant de façon catastrophique sur la qualité de son travail.

60. Le 3 mai 2016, le Dr D_____ a constaté une inaptitude de l'assurée à reprendre une activité au sein de l'Etat de Genève. Il a relevé que du point de vue professionnel, à la fin de l'été 2015, elle ne donnait pas satisfaction en raison de fautes professionnelles en relation avec des difficultés de concentration et de la dyslexie.
61. Le 18 mai 2016, la Dre Q_____ a estimé que l'aggravation était plausible et suggéré une instruction médicale.
62. Le 20 mai 2016, la CPEG a alloué à l'assurée une prestation provisoire d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} mai 2016.
63. Le 28 mai 2016, le Dr K_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'asthénie et céphalée persistantes limitant la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle et à 80 % dans l'activité adaptée. Le cluster headache ne s'était pas aggravé depuis août 2014 ; il s'agissait davantage d'une céphalée de tension, pouvant être incapacitante dans le métier d'employée de bureau (capacité entre 50 et 80 %) et entraînant un manque de résistance à l'effort et des troubles de la concentration.
64. Selon un procès-verbal d'entretien de l'assurée avec deux responsables des ressources humaines du 27 juin 2016, l'assurée avait confirmé que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle était incapable de travailler.
65. Le 28 juin 2016, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un trouble de l'adaptation (CIM F43.2) depuis février 2016 ; la capacité de travail était totale.
66. Le 18 juillet 2016, l'employeur a résilié les rapports de service de l'assurée pour le 31 octobre 2016.
67. Le 28 juillet 2016, le docteur S_____ a attesté d'une incapacité de travail totale en raison de fatigue, insomnie, douleur aux articulations ; l'assurée avait 13 points sur 18 pour la fibromyalgie, des douleurs au visage, des engourdissements, picotements et brûlures de la peau, un trouble de la concentration. L'assurée présentait une fibromyalgie importante.
68. Le 11 octobre 2016, la docteure T_____ du SMR a estimé que des renseignements complémentaires devaient être demandés au Dr S_____.
69. Le 3 novembre 2016, le Dr S_____ a précisé que l'assurée souffrait de longue date de périarthrite (attestée le 13 mars 2018 par le Dr U_____) de la hanche droite, de fibromyalgie (douleur extrêmement généralisées, des troubles du sommeil, avec un

mauvais endormissement en même temps qu'avec le besoin de dormir dans la journée, un réveil difficile. Il existait aussi des réveils nocturnes. Le sommeil était donc non réparateur). Elle présentait un état dépressif relativement bien contrôlé, vu l'intelligence et la compréhension de ses symptômes. Cet état dépressif était associé à des troubles anxieux et à une certaine vulnérabilité devant les événements de la vie. Elle présentait des douleurs constantes ostéo-articulaires aux articulations, polymorphes et pendant 90 % de la vie journalière, exacerbées par des périodes de péri-algies insupportables et peu calmées par les médicaments. Elle avait également des raideurs matinales ostéo-articulaires. Elle présentait des points douloureux typiques de la classification internationale de la fibromyalgie soit de 13 sur 18, donc bien au-dessus de la tolérance de 11. La notion de migraine était également présente. La maladie d'Horton était également connue depuis longtemps, c'était un cluster headache, dont elle souffrait bien avant qu'elle ne le consulte.

70. Le 14 novembre 2016, Madame V_____, psychologue FSB, a écrit à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis juin 2011 ; l'assurée souffrait déjà à l'époque d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble anxieux et d'une grande vulnérabilité aux événements de la vie. A cela s'ajoutait un trouble du sommeil et des douleurs chroniques. Il y avait évidemment des fluctuations dans le temps, mais ces divers troubles étaient toujours là et étaient fortement handicapant dans sa vie de tous les jours. L'assurée s'était toujours impliquée dans sa thérapie, elle faisait de son mieux pour faire face aux différentes maladies qu'elle subissait et pour sauvegarder sa vie professionnelle aussi longtemps que possible. Mais il était aujourd'hui clair que sa capacité de travail était fortement entravée, et qu'elle avait déjà beaucoup de difficulté à accomplir les tâches de la vie courante.
71. Le 12 janvier 2017, la doctoresse T_____ du SMR a estimé qu'un complément d'expertise auprès de la CRR était nécessaire.
72. Le 21 avril 2017, la CRR (docteurs W_____, X_____, Y_____ et P_____) a rendu son rapport.

L'assurée se plaignait de douleurs dans l'hémicrânie droite, toujours l'œil droit, quotidiennes sous forme de plusieurs épisodes, sans aggravation ces dernières années, de douleurs de la fesse et de la face latérale de la cuisse droite, troubles de la concentration, fatigue et des ruminations mentales importantes.

Ils ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de probable migraine épisodique sans aura G43.0 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif réactionnel F.41.2, accentuation de certains traits de la personnalité avec des traits dépendants et obsessionnels Z73.1, lombalgies chroniques M54.5 et tendinobursite glutéale droite chronique M70.6. Il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique, avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion sur celle-ci un état anxio-dépressif réactionnel depuis de nombreuses années s'inscrivait dans la situation objectivement difficile depuis de nombreuses années, un trouble anxieux dépressif mixte, de degré fluctuant,

actuellement peu marqué ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité avec des traits dépendants et obsessionnels. Cette assurée qui depuis de très nombreuses années vivait une situation psychosociale difficile telle que décrite sous « anamnèse personnelle » et sous « anamnèse psychosociale et psychiatrique », montrait une souffrance psychique qui essentiellement s'inscrivait dans cette situation mais qui n'atteignait pas le degré d'une maladie du domaine psychiatrique dans le sens que ce terme avait habituellement en clinique psychiatrique et dans le système des assurances sociales. Elle se trouvait dans la zone grise entre une pleine santé psychique et une telle maladie. Ceci se reflétait dans un diagnostic syndromique CIM-10 F41.2 qui correspondait à un état anxio-dépressif réactionnel de degré fluctuant, mais pas toujours très marqué, ce qui ne voulait pas dire que l'assurée n'éprouvait pas de souffrance psychique subjective très importante issue de sa situation sociale.

Une certaine carence affective dans l'enfance, et une performance mentale qui n'atteignait probablement jamais, depuis toujours, celle de ses collègues secrétaires à l'Etat de Genève les plus performantes, y avaient probablement contribué. Mais c'étaient avant tout les préoccupations sociales objectivement graves et continues pendant de nombreuses années, qui n'avaient commencé à céder très lentement que récemment qui absorbaient et épuisaient cette assurée dans tout son être psychophysique.

C'était avant tout des facteurs contextuels extrêmement défavorables qui conditionnaient l'état psychique de l'assurée ; l'état psychique de celle-ci était inchangé depuis la dernière expertise, l'exigibilité médico-théorique sur le plan psychiatrique était entière.

Même si la classification nosologique des céphalées paraissait modifiée depuis quatre ans et si l'assurée avait plus souvent recours à des traitements touchant l'appareil locomoteur, il n'y avait, en ce qui concernait les limitations fonctionnelles, pas de changement significatif depuis 2013. Leurs observations actuelles se superposaient peu ou prou à celles avancées dans leur rapport précédent : on ne voyait pas qu'on puisse médicalement reconnaître une diminution de rendement de plus de 20 % dans la dernière place de travail (office de la population du canton de Genève). L'assurée avait toutefois la conviction de ne plus être capable de travailler, conviction qui, à ses yeux, avait trouvé confirmation dans le certificat rédigé par le médecin cantonal de l'État de Genève et dans l'attitude de l'employeur. Le parcours depuis 2013 disait bien l'impossibilité de la motiver pour de nouvelles mesures professionnelles.

73. le 13 juin 2017, la doctresse Z_____ du SMR a déclaré suivre l'expertise de la CRR et a considéré que la capacité de travail dans toute activité était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %.

74. Par projet de décision du 13 juillet 2017, l'OAI a refusé d'augmenter le degré d'invalidité de l'assurée et rejeté la demande de prestations, en notant que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas dégradé depuis la décision du 28 août 2014.
75. Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a repris les termes de son projet de décision.
76. Le 9 octobre 2017, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en contestant son degré d'invalidité de 20 %.
77. Le 27 novembre 2017, la recourante, représentée par une avocate, a complété son recours en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; sa situation s'était péjorée entre novembre 2011 et juillet 2015 ; le médecin de l'État de Genève attestait d'une capacité de travail de 50 % dès janvier 2015 et nulle en 2016. Le cluster headache avait empiré ; des cervicalgies étaient apparues et le docteur S_____ avait posé le diagnostic de fibromyalgie invalidante, de maladie de Horton, de périarthrite, avec une capacité de travail de 50 % dès janvier 2015 et nulle dès novembre 2015.
- Dès l'année 2015, sa situation s'était aggravée, ce que le docteur D_____ avait attesté, tout comme le docteur C_____ et la doctoresse R_____ ; elle avait commis de nombreuses erreurs dans le cadre de son emploi, dues à un manque de concentration. L'expertise de la CRR de 2017 ne retenait aucun trouble cognitif ou de sommeil alors que les Drs C_____ et R_____ les avaient attestés. Elle n'était plus à même d'effectuer ses tâches ménagères.
78. Le 11 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise de la CRR était probante.
79. Le 20 décembre 2017, le Dr D_____ a indiqué à l'avocate de la recourante qu'il confirmait tous les diagnostics établis par les médecins traitants, la capacité de travail étant nulle depuis le 5 novembre 2015, malgré un poste adapté par l'employeur à de multiples reprises.
80. Le 9 janvier 2018, la recourante a répliqué que l'intimé ne tenait à tort pas compte de l'aggravation de son état de santé attesté par le Dr D_____ et les médecins traitants. L'expertise de la CRR ne tenait pas compte des avis des médecins de l'employeur, pourtant pertinents lorsqu'il s'agissait de se prononcer sur sa capacité de travail.
81. Le 5 février 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Mon état de santé est stable et sans amélioration, il fluctue beaucoup. J'ai principalement des douleurs sur la partie droite du visage, à l'œil droit avec un larmoiement, ces douleurs irradiant parfois jusqu'à l'épaule. J'ai également une sciatgie à droite et de la périarthrite.

Je pourrais travailler mais au plus une à deux heures par jour car j'ai besoin de me détendre régulièrement. J'ai en effet des douleurs quotidiennes avec la sensation d'être coupée en deux au niveau du visage. J'ai aussi des maux de tête très régulièrement.

Avant mes problèmes de santé je travaillais à 80 %. J'ai recommencé à travailler avec l'aide de l'OAI, d'abord deux heures par jour puis j'ai, à mon souvenir, augmenté jusqu'à un taux de 50 %.

Je signale que même lorsque je travaillais à 50 % je n'étais pas bien, mais je devais travailler pour des raisons financières. Ma hiérarchie m'a alors informé que mon travail n'était pas satisfaisant car il devait être corrigé. Je faisais en effet beaucoup d'erreurs en raison de problèmes de concentration, de stress, de fatigue, de soucis et des douleurs. Ils m'ont dit qu'ils voyaient bien que je n'étais pas apte à travailler et que je devais demander des prestations d'invalidité. Je vois le Dr C_____ une fois par mois et la psychologue Mme V_____ tous les dix jours. Je suis aussi traitée pour le problème aux cervicales et aux dorsales par le Dr AA_____, radiologue, par le biais d'injections. Je suis également suivie par le Dr AB_____, neurologue, mais le relais a actuellement été pris par le Dr AA_____.

A la CRR j'ai vu trois médecins, un psy, un neurologue et un rhumatologue. L'entretien avec le rhumatologue ou le neurologue était court et j'ai la sensation que mes plaintes n'ont pas été entendues. En particulier, j'ai fait part de mes troubles de concentration et de mémoire et il m'a répondu à ce sujet que « c'était comme tout le monde ». Je reçois toujours des prestations provisoires de la CPEG.

Avec les douleurs que j'ai à l'œil ce n'est pas imaginable que je puisse travailler. Si je dois me concentrer mon œil souffre d'autant plus. Ma psychologue gère mes affaires administratives, les tâches ménagères sont réparties entre mon colocataire et moi, cette personne loue une chambre chez moi à la demande de l'Hospice général qui m'octroie une aide. Chaque tâche me prend beaucoup de temps et d'organisation et j'ai aussi des troubles du sommeil qui occasionnent de la fatigue. Dès que j'ai un moment où je vais mieux j'en profite pour faire des tâches ménagères comme les courses, car mon état fluctue beaucoup.

Le suivi de Mme V_____ est très important pour moi, elle me soutien car je me sens complètement dépassée. Je ne pars pas en vacances. On discute actuellement avec Mme V_____ d'une occupation sportive ou créative compatible avec mon revenu ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous contestons en particulier le volet psychiatrique de l'expertise de la CRR. Il est évoqué une zone grise entre une pleine santé psychique de la recourante et une maladie psychiatrique de celle-ci. Cette mention révèle que l'expertise psychiatrique n'est pas claire. Nous demandons donc une nouvelle évaluation psychiatrique.

Le taux de travail de ma cliente avait bien augmenté jusqu'à un 80 % en 2014 mais il n'avait pas pu être maintenu puisqu'elle était de nouveau en arrêt de travail en

2015. Nous renonçons à l'audition du Dr C_____ mais nous souhaitons un délai d'un mois pour produire un avis du Dr AA_____ ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « La CRR a tenu compte des problèmes de concentration mais n'a apparemment pas jugé nécessaire de faire un examen neuropsychologique. L'OAI estime que l'expertise de la CRR a valeur probante et nous maintenons notre décision. »

82. Le 2 mars 2018, la recourante a communiqué un rapport du docteur AA_____, du Centre médical Carteret, attestant qu'il avait pratiqué une infiltration de plusieurs articulations de l'assurée ; l'évolution avait été marquée par des récurrences plus précoces qu'attendu ainsi que par d'autres douleurs survenues à des endroits différents, cela depuis le dernier trimestre 2017. Cette répétition des douleurs chroniques lui faisait penser qu'il devrait y avoir un élément dans l'état général de l'assurée qui favorisait ces récurrences, notamment une probable inflammation chronique dont le type exact ne lui apparaissait pas à la seule vue de l'examen d'imagerie qu'il avait pratiqué. Il était évident que ses douleurs chroniques pouvaient perturber le train d'un travail quel qu'il fut.
83. Le 9 juillet 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise à la docteure AC_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Genève, et Madame AD_____, neuropsychologue, à Genève, et leur a imparté un délai pour faire valoir leurs observations.
84. Le 16 juillet 2018, l'OAI s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire en relevant qu'une expertise pluridisciplinaire probante figurait déjà au dossier ; il a indiqué ne pas avoir de motif de récusation envers les expertes désignées et a communiqué un avis du SMR du 11 juillet 2018 considérant qu'il n'avait pas de questions complémentaires à poser.
85. Le 18 juillet 2018, la recourante a indiqué qu'elle acceptait les expertes désignées et qu'elle n'avait pas de questions complémentaires à poser.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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 recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale 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 1^{er} janvier 2008). 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. 28 al. 2 LAI).
6. 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.

7. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille

d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient 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). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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. 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 (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit 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 (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne 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 toujours 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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'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 (consid. 4.4.2).

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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés 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 douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes

et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. 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 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 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.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, 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 ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

12. 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). 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).
13. 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). 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).
14. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la

procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

15. En l'occurrence, les conclusions psychiatriques du rapport de la CRR du 21 avril 2017 sont sérieusement mises en doute par les médecins et la psychologue ayant suivi la recourante, en particulier par l'évaluation du Dr D_____ (rapport du 20 décembre 2017), lequel estime une capacité de travail nulle depuis le 5 novembre 2015, compte tenu des renseignements obtenus auprès des médecins-traitant de la recourante.

Dans ces circonstances, une expertise psychiatrique judiciaire sera ordonnée. Par ailleurs, elle sera complétée par un examen neuropsychologique, vu les troubles cognitifs allégués.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise psychiatrique et un examen neuropsychologique de Madame A_____.
- B. Commet à ces fins la docteure AC_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève, et Madame AD_____, à Genève, neuropsychologue.
- C. Dit que la mission d'expertise psychiatrique sera la suivante :
- a) prendre connaissance du dossier de la cause et du rapport de l'examen neuropsychologique ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité ou examiné l'assurée, en particulier les docteurs F_____, L_____, C_____, D_____, ainsi que la psychologue Mme V_____ ;
 - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourée de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
- 1. Anamnèse détaillée.
 - 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée.
 - 3. Status clinique et constatations objectives.
 - 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 - 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ?
 - 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 - 7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 - 8. 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'assuré).
 - 9. a) 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) ?
- b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. a) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- b) Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- c) 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'assuré à reconnaître sa maladie ?
- d) L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
- e) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
11. 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 ?
12. a) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
- 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 ? Motiver votre position.
- b) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
- c) Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
- d) Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
13. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
- a) dans l'activité habituelle,
- b) dans une activité adaptée.

14. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
15. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
16. Évaluer 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.
17. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
18. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
19. Dire si l'assurée subit des empêchements dans l'exécution des tâches ménagères, cas échéant, lesquelles et dans quelle mesure.
20. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

En particulier, êtes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du rapport d'expertise de la CRR du 21 avril 2017 ? Veuillez détailler votre réponse.
21. Formuler un pronostic global. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.
22. Faire toute remarque utile.

E. Invite Mme AD_____ à procéder à un examen neuropsychologique de Mme A_____ et à communiquer son rapport à la Dre AC_____ dans les meilleurs délais.

F. Invite l'experte à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

G. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties