

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/585/2014

ATAS/1045/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 1^{er} octobre 2014

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection Recourante
de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE Intimée
GENEVE, sis Service juridique; Rue des Gares 12, GENEVE

Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI), le 12 septembre 2011.

Elle était mariée et mère de quatre enfants, nés respectivement en septembre 1995, janvier 1997, février 2004 et janvier 2006.

Elle percevait des prestations de l'HELSANA ASSURANCE SA (ci-après : HELSANA) depuis le 18 février 2011 pour une incapacité totale de travail à 100 %. Sa langue maternelle était le somali. Elle avait pris des cours de français entre janvier 2004 et août 2005. Depuis le 18 avril 2005, elle était employée de B_____, entreprise de nettoyage, à 100 %. Son atteinte à la santé était causée par une maladie. Elle souffrait depuis 1999, tant sur le plan physique que psychiatrique. Elle était suivie par le docteur C_____, travaillant au Groupe médical de la Dôle.

Etaient joints à la demande, différents documents médicaux :

- deux « évaluations de la capacité de travail pour l'assurance collective selon la LCA » rédigée à l'attention de HELSANA, remplies respectivement les 18 avril et 1^{er} septembre 2011 par le docteur D_____ du Groupe médical de la Dôle ; le diagnostic consistait en trouble dépressif sévère et récurrent ; lombalgies chroniques, fibromyalgie (illisible), anémie ferriprive sévère et substituée, troubles mictionnels chroniques. Une amélioration restait possible sans que le médecin ne puisse dire en combien de temps. Aucune activité n'était envisageable, la patiente ne parlant que peu le français et (illisible) les multiples plaintes.

- deux rapports du 29 novembre 2010 du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie. Le premier indiquait que le poignet droit (de face et de profil), suite à un traumatisme, avait une structure et morphologie osseuses et rapports articulaires conservés, qu'il n'y avait pas d'évidence de lésion osseuse post-traumatique et que les parties molles étaient sans anomalie. Le second, relatif au bassin de face en position couchée, sacrum et coccyx de profil, traitait d'un bilan après chute. Le spécialiste concluait qu'il n'y avait pas d'évidence de lésion osseuse post-traumatique.

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 26 octobre 2010 du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel concluait que les disques étaient d'épaisseur normale et de signal homogène ; pas d'hernie discale ni médiane ni latérale, sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures avec kyste synovial dans la partie externe des facettes articulaires L5-S1 à gauche, canaux radiculaires symétriques et libres, pas d'argument pour un canal lombaire étroit, sclérose de part et d'autre des

articulations sacro-iliaque à confronter à la clinique ; cône médullaire de topographie normale et de signal homogène.

- une correspondance de B_____, employeur de l'assurée à HELSANA, du 25 février 2011, demandant que la situation soit éclaircie. L'intéressée était tombée malade, la première fois, du 6 octobre 2010 au 26 novembre 2010 avec une reprise à 100 % le 27 novembre 2010. Elle avait eu un accident le jour de sa reprise. Un nouvel arrêt du 27 novembre 2010 au 31 janvier 2011 avait été ordonné, avec une reprise à 100 % le 1^{er} février 2011. L'assistante du personnel avait reçu un nouveau certificat médical pour une nouvelle incapacité de travail du 18 février 2011 au 13 mars 2011 avec une reprise selon évolution éventuelle, le 14 mars 2011.

- un rapport de l'inspecteur des sinistres d'HELSANA du 30 mars 2011 lequel mentionnait que, dès son entrée au domicile de l'assurée, il n'avait pas eu une très bonne impression. L'époux était présent. La patiente l'avait reçue allongée sur un canapé et donnait l'air d'être très mal. L'inspecteur notait qu'il avait personnellement le sentiment que l'attitude de Mme A_____ était très démonstrative. Elle lui avait indiqué qu'elle avait mal au dos depuis longtemps mais qu'au mois d'octobre 2010, ses douleurs étaient devenues plus violentes. En ce qui concernait l'accident qui avait eu lieu le jour de la reprise de maladie, Mme A_____ lui avait indiqué qu'elle avait glissé sur la neige et qu'elle était tombée sur les fesses. Le cas avait été pris en charge par la SUVA. La patiente avait repris son travail le 1^{er} février 2011, mais les douleurs à gauche avaient repris et elle avait du mal à dormir. Elle faisait un début d'état dépressif. Suivaient les coordonnées de la doctoresse qui l'avait suivie pour le cas d'accident ainsi que celles du Dr C_____ ainsi que le détail de la médication. La patiente allait se rendre prochainement pour la première fois chez un psychologue. Mme A_____ travaillait seule et s'occupait de passer l'aspirateur, des poubelles, des w.c., de la poussière, etc. Elle n'avait aucun diplôme et n'avait pas de problème avec sa hiérarchie.

2. Le 28 septembre 2011, B_____ SA a retourné à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), le questionnaire pour l'employeur. Le contrat avait débuté le 18 avril 2005 et était toujours en cours. L'horaire de travail normal dans l'entreprise consistait en 8,8 heures par jour, soit 44 heures par semaine. Mme A_____ travaillait, avant l'atteinte à la santé, 2,5 heures par jour soit 12,5 heures par semaine, depuis son entrée en fonction. Elle percevait CHF 18.20 par heure, ainsi qu'une indemnité vacance de 8,79 %. Le 13^{ème} salaire était de 50 %. Le salaire horaire total s'élevait à CHF 23.97 depuis le 18 avril 2005. Le salaire versé correspondait au rendement. Sans atteinte à la santé, dans son ancienneté, la personne assurée gagnerait, à la date à laquelle l'employeur répondait, CHF 18.20 par heure plus 8,79 % de vacances. Elle bénéficiait, en l'état, d'indemnités

journalières pour perte de gains en cas de maladie à 100 % depuis le 18 février 2011. Les tâches faisant partie de son activité consistaient principalement à enlever la poussière, nettoyer les sanitaires, vider les poubelles. Rarement, elle passait l'aspirateur et s'occupait des fournitures, essuie-mains et savons. Sur le plan physique, elle devait marcher et rester debout très souvent, parfois soulever ou porter des poids légers. Elle n'était jamais assise. Son travail exigeait concentration et attention, endurance et soin, à un degré qui pouvait être estimé comme étant moyen.

3. Par certificat médical du 20 octobre 2011, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué un état anxio-dépressif, des lombalgies basses non déficitaires existant depuis 2008, des cervico-brachialgies gauches depuis 2008 et des migraines. Une hypertension artérielle et obésité étaient diagnostiquées sans effet sur la capacité de travail. Il suivait la patiente depuis le 29 octobre 2007. Il l'avait revue la dernière fois le 6 octobre 2011. Le pronostic, pour l'instant, n'était pas bon. Les symptômes consistaient en des lombalgies chroniques non déficitaires, des insomnies, un manque d'élan vital, une fatigue ++ et une douleur morales. Les indications subjectives par le patient/constat objectif consistaient en expression lente, tristesse, négligence, prise pondérale d'environ 6 kilos. Concernant les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, le médecin mentionnait une douleur bras gauche au mouvement, des douleurs lombaires persistantes en augmentation par flexion, position debout et assise ainsi qu'un manque d'énergie et d'élan vital. Il était peu probable que l'activité professionnelle exercée soit encore exigible. Il convenait de voir avec le médecin-traitant.
4. Par certificat médical, non daté reçu par l'OAI le 24 octobre 2011, le Dr C_____ a indiqué que son diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, consistait en troubles dépressifs sévères et lombalgies aiguës et chroniques. Le dernier contrôle avait été effectué le 30 septembre 2011. Auparavant, elle avait été vue par le docteur D_____ depuis 1996. L'anamnèse consistait en persistance des douleurs lombaires avec une thymie et dépression. Les symptômes consistaient en lombalgie chronique résistante aux différents traitements. Au moment du certificat, la patiente était sous antalgiques et suivi psychiatrique. Elle était totalement incapable de travailler. L'activité exercée n'était plus exigible. Le rendement était réduit, compte tenu d'un trouble du comportement et de lombo-sciatalgie chronique. Les mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas possible compte tenu de l'irritation et des troubles du comportement, des somatisations multiples. Une reprise de l'activité professionnelle respectivement une amélioration de la capacité de travail n'était pas envisageable. Toutes les limitations fonctionnelles étaient relevées.

5. Il ressortait du rapport d'évaluation du 29 novembre 2011 du conseiller de l'OAI que Mme A_____ était collaborante et se présentait de manière adéquate. Elle semblait comprendre le fonctionnement de l'assurance. Elle émettait des signes de souffrance physique à plusieurs reprises durant l'entretien. Le niveau de français de l'assurée était faible. Elle ne pouvait plus faire de gymnastique et ne sortait plus de son quartier. Son mari l'aidait pour les tâches quotidiennes. Elle avait été mère au foyer jusqu'en 1999, date à laquelle des douleurs au dos étaient apparues consécutivement à ses grossesses. La situation s'était empirée lorsqu'elle avait commencé à travailler. Elle était devenue intenable en février 2011, date à laquelle elle avait dû arrêter de travailler. L'assurée décrivait les limitations suivantes : tensions, déprime, angoisses, avait peur, faisait des cauchemars, entendait des voix, problèmes de sommeil, vertiges, tension artérielle, beaucoup de douleurs au dos, mettait une heure à une heure trente pour se lever le matin, avait du mal à rester debout, avait du mal à rester assise, le port de charges était limité à un kilo, des douleurs du nerf sciatique jusqu'au genou étaient mentionnées, elle ne pouvait pas marcher plus d'un arrêt de bus, avait des migraines, ne pouvait pas rester assise et avait peur de tomber. Selon la patiente, il n'y aurait aucune amélioration tant au niveau de son état de santé physique que psychique. Elle estimait ne pas pouvoir travailler en raison de ses limitations et ce dans n'importe quelle activité. En conclusion, le conseiller mentionnait avoir informé Mme A_____ du fonctionnement de l'assurance, à savoir des différentes phases du processus, de la notion économique de l'invalidité ainsi que des différentes possibilités déterminées par la décision de principe. Elle avait proposé un cours de français avec objectif de mobiliser l'assurée et d'améliorer son niveau de français. Celle-ci n'avait pas été preneuse d'une telle mesure et estimait que ses problèmes de santé ne lui permettaient pas de suivre un cours, même à raison de quelques heures par semaine.
6. Il ressortait d'un entretien téléphonique entre la SUVA et l'OAI que celle-là avait conclu à une totale capacité de travail de Mme A_____ dès février 2011 suite à l'accident et transmettait copie de son dossier à l'OAI.
7. Selon rapport du 9 décembre 2011, la phase d'intervention précoce était clôturée.
8. Par avis médical du 22 décembre 2011, le médecin du service médical régional AI (ci-après : SMR) a relevé un certain nombre de questions qui devaient être posées au médecin-traitant.
9. Par communication du 20 février 2012, l'OAI a indiqué à Mme A_____ qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnelle n'était actuellement possible.
10. Par réponse non datée mais reçue le 8 mars 2012 par l'OAI, le Dr C_____ a précisé qu'il n'y avait pas de suivi spécialisé relatif au problème du dos de la

patiente. Au titre de limitations fonctionnelles observées à ce niveau, il faisait état de troubles statiques chroniques lombaires. La capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était de 20%. Il communiquait le nom du psychiatre.

11. Par certificat médical du 3 juillet 2012, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé le diagnostic de dorsalgie-sciatalgie provenant d'une arthrose vertébrale, de gonalgie/gonarthrose – coxarthrose, migraines, HTA-problème ophtalmologique, dépression, surpoids, 85 kilos/1m61. Au titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail était mentionné un fibrome utérin. Sous anamnèse était mentionnée « évolution de plusieurs pathologies ». Il avait vu la patiente seulement deux fois et des informations lui manquaient. Au titre des symptômes actuels, des douleurs importantes perturbaient le sommeil de la patiente et sa marche était réduite à 10 voire 30 minutes. Objectivement, il avait constaté une prise de poids récente (10 kilos). Sous pronostic, était mentionné « pathologies multiples en cours d'examens et de traitements ». L'incapacité de travail était de 100% avec une forte limitation physique. L'activité exercée par la patiente n'était plus exigible. Des mesures médicales seraient sans effet pour réduire les restrictions énumérées. Il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Les activités uniquement en position assise ou debout étaient proscrites tout comme se pencher, être accroupi, à genou, soulever et porter, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter des escaliers. Les activités exercées principalement en marchant sur un terrain irrégulier, avec les bras en dessus de la tête et avec des rotations en position assise et en position debout, étaient mentionnées avec un point d'interrogation. La capacité de concentration était limitée, tout comme la résistance.
12. Le 28 septembre 2012, la doctoresse F_____, médecin au SMR, a préconisé un examen bi-disciplinaire, rhumato-psychiatrique au SMR, lequel s'est tenu le 28 février 2013, en présence d'un interprète.
13. Selon le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique établi le 21 mars 2013, respectivement par les doctresses G_____, ancienne médecin cheffe-adjointe en physiatry et experte médicale SIM et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, experte médicale certifiée par la SIM, que la patiente présentait une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle, pour des raisons ostéo-articulaires, et de 100% dans une activité adaptée depuis juillet 2011.

Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante et sa capacité de travail exigible était de 100 % dans toutes activités. Concernant les limitations fonctionnelles, pour des raisons ostéo-articulaires, il fallait éviter une position

statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, assise, agenouillée et accroupie. Le port de charge était limité à 10 kilos occasionnellement, 5 kilos à répétition. L'assurée ne pouvait pas travailler sur une machine vibrante, ni à la chaîne. Elle ne pouvait pas se déplacer en terrain accidenté sur des longues distances, ni monter et descendre à répétition des échelles, des escaliers et pentes. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. Le Dr C_____ avait attesté d'une incapacité de travail de 20 % au moins depuis le 18 février 2011. A la réponse de savoir comment le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis lors, les médecins précisaient que selon le médecin-traitant, il était de 100 %. Sur la base de l'examen clinique actuel, l'incapacité de travail était de 50 % dont 100 % pour le travail de nettoyage et de 0 % pour une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 100 % dans toutes activités. Les diagnostics retenus par les praticiennes consistaient, avec répercussion durable sur la capacité de travail, en gonalgies bilatérales dans le cadre de genua valga et un début de gonarthrose bi-compartimentale (M17.0) et lombalgies chroniques non déficitaires dans le contexte d'un trouble statique et discrètement dégénératif, avec dysbalances musculaires et insuffisance posturale (M54.05). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient fibromyalgie (17/18 tender points), obésité (BMI 31) et hypertension artérielle traitée. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de troubles obsessionnels compulsifs, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. La symptomatologie dépressive réactionnelle d'accompagnement des douleurs chroniques sans incidence sur la capacité de travail était en rémission complète. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, les praticiens n'avaient pas retenu ce diagnostic. Par ailleurs, à l'examen clinique rhumatologique, la Dresse G_____ avait diagnostiqué une fibromyalgie, laquelle n'était pas accompagnée d'une co-morbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé au profit de la maladie ni d'échec de traitement. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité n'étaient donc pas réunis et fondaient un pronostic favorable.

14. Par avis du 9 avril 2013, la Dresse F_____ du SMR a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 18 février 2011 dans l'activité de nettoyage (la part correspondant aux travaux lourds n'étant plus exigible). Dès cette date, une pleine capacité de travail tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires était exigible.

Elle a précisé, sur le plan psychiatrique, que l'assurée avait développé une symptomatologie anxio-dépressive d'accompagnement de ses douleurs chroniques. Elle n'avait consulté qu'à deux reprises le Dr E_____ et avait bénéficié d'un soutien psychologique auprès d'une psychologue. Depuis décembre 2012, elle n'avait plus de prise en charge psychiatrique ambulatoire. L'examen clinique psychiatrique réalisé au SMR était dans les limites de la norme.

15. Une enquête ménagère a été effectuée le 29 octobre 2013. Un arrêt de bus était à 50 mètres du domicile, un centre commercial comprenant des commerces, la poste, le bancomat à 900 mètres et une COOP à 100 mètres. L'entretien avait duré une heure en présence du mari de l'assurée.

S'agissant des empêchements dans les diverses activités du ménage, le rapport a retenu :

Travaux	Pondération	Empêchement	Invalidité
Conduite du ménage	3%	0%	0%
Alimentation	34%	20%	6,8%
Entretien du logement	20%	45%	9%
Emplettes et courses diverses	8%	0%	0%
Lessive et entretien des vêtements	20%	20%	4%
Soins aux enfants	15%	20%	3%
Divers (sorties du chien)	0%	0%	0%
Total	100%		22,8%

L'inspectrice précisait qu'en raison de ses problèmes de santé, l'assurée rencontrait des difficultés à entretenir son ménage, les limitations principales étant les activités nécessitant beaucoup de déplacement et les travaux ménagers lourds. L'époux, qui était sans emploi depuis 2010, était de ce fait, la plupart du temps, à la maison et avait repris la plupart des tâches ménagères avec l'aide de ses enfants. Une exigibilité totale de 29,9 % était retenue pour la famille avec la mention que les empêchements pondérés dans la sphère ménagère étaient de 22,8 %. Concernant le

statut, Mme A_____ disait que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué son activité professionnelle à un taux d'activité de 28 % en tant qu'employée d'entretien. Dans les faits, l'assurée poursuivait une activité comme nettoyeuse au même taux d'activité depuis octobre 2004. Il n'y avait pas eu de changement dans la situation socio-familiale depuis l'atteinte à la santé. L'assurée signalait une perte de gain dès février 2012, date à laquelle l'assurance avait cessé ses versements. Il était vraisemblable que sans atteinte la santé, l'assurée aurait un statut du 28 % d'activité professionnelle et 72 % de travaux ménagers.

16. Le 2 décembre 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée. Les prestations étaient refusées.
17. Par courrier du 9 décembre 2013, l'assurée a fait part de son désaccord.
18. Le 17 décembre 2013, elle a sollicité copie de son dossier, laquelle lui a été envoyée le 18 du même mois.
19. Le 6 décembre 2013, l'assurée a sollicité un délai complémentaire pour se prononcer sur le projet de décision.
20. Par décision du 28 janvier 2014, l'OAI a refusé toute prestation à Mme A_____.

Depuis le 18 février 2011 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail et de gain était notablement restreinte. Selon les observations de l'OAI, l'assurée continuerait à exercer son activité d'employée d'entretien à 28 % sans problème de santé. Les 72 % restant correspondaient aux travaux habituels. Après l'instruction du dossier, celui-ci avait été soumis au SMR qui confirmait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et dès lors sans perte de gain et cela, à compter du 18 février 2011. Afin de déterminer le degré d'invalidité à ce moment, l'OAI avait procédé au calcul suivant : elle ne présentait aucune invalidité pour les 28 % qu'elle pouvait consacrer à son activité professionnelle mais présentait 23 % d'invalidité dans le 72 % de son temps consacré aux travaux ménagers. Combiné, le taux total d'invalidité était de 16,5 %. Inférieur à 40 %, elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

21. Le 26 février 2014, Mme A_____ a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 28 janvier 2014.

Cet office considérait qu'elle pouvait travailler à plein temps alors que son état de santé ne le lui permettait pas. Elle était extrêmement dépressive et souffrait d'importantes douleurs qui ne lui laissaient aucun répit. De surcroît, l'OAI indiquait qu'elle pouvait travailler à plein temps comme employée d'entretien tout en reconnaissant un empêchement ménager de 23 %. Il sautait aux yeux que ces deux activités étaient très semblables, à la différence qu'en tant qu'activité salariée, le travail de nettoyage était beaucoup plus pénible que le travail ménager. Les

conclusions de l'OAI étaient incohérentes et injustes. Elle concluait à l'annulation de la décision et à la reconnaissance d'une invalidité entière.

La recourante a produit deux nouveaux certificats médicaux :

- par attestation du 20 février 2014, le Groupe médical de la Dôle confirmait les différents diagnostics qui avaient entraîné des multiples certificats médicaux justifiant les autres maladies et la demande AI, soit des gonalgies chroniques confirmées par des examens complémentaires (radios, IRM), des lombo-sciatalgies chroniques sur protrusion discale L5-S1, des céphalées chroniques hypertensives, HTA, des troubles du comportement (dépression récurrente) et une fibromyalgie. La patiente était par ailleurs suivie par une collègue psychiatre pour un trouble du comportement.

- un certificat médical du Dr E_____ du 25 février 2014. Il suivait la patiente depuis le 6 septembre 2011. Elle était régulièrement reçue par Madame I_____, psychologue-psychothérapeute, dans leur centre de consultation. La patiente présentait actuellement un état dépressif évoluant depuis trois-quatre ans, se manifestant par une asthénie, une douleur morale, des troubles du sommeil, une dévalorisation, un sentiment d'insécurité entraînant un repli à domicile. Lors des consultations, elle exprimait fréquemment ses douleurs physiques : arthralgie, algie diffuse, gonalgie, dorsalgie en ayant une difficulté à exprimer ce qu'elle ressentait (F33.1 et F45.4). Le traitement avait très récemment été modifié passant, depuis le 21 janvier 2014, du cypralex au cymbalta. La patiente ne travaillait plus depuis 2011. L'aptitude actuelle au travail dans une activité normale apparaissait hypothéquée au praticien tout comme un emploi protégé. Il ne paraissait pas possible d'évaluer cette capacité avec précision mais elle devait être estimée inférieure à 50 %. La patiente alléguait ne rien faire chez elle en raison de ses douleurs. Il semblait pertinent d'effectuer un test dans la réalité sans notion de rendement.

22. Par mémoire du 27 février 2014, l'assurée a développé ses arguments. Il était surprenant de constater que malgré le fait que les experts avaient relevé 17 points sur 18 pour la fibromyalgie, ils arrivaient à la conclusion que celle-ci ne pouvait pas être retenue et que Mme A_____ ne présentait aucune atteinte psychique et était capable de travailler à 100 %, alors même que, comme constaté par le Dr C_____, consulté depuis quelques années par la recourante, celle-ci souffrait de dépression et était suivie depuis des années par un psychologue et un psychiatre.

Le Dr E_____, psychiatre, relevait lui aussi une incapacité de travail d'au moins 50 % pour un état dépressif évoluant depuis trois à quatre ans et se manifestant par une asthénie, une douleur morale, des troubles du sommeil, une dévalorisation et un sentiment d'insécurité entraînant un repli à domicile. Les douleurs dont se plaignait

la recourante avaient été constatées par les Drs L_____, C_____, E_____ et par les experts mandatés par l'OAI. Tous les médecins-traitants s'accordaient à dire que la patiente présentait une symptomatologie douloureuse diminuant son autonomie et sa capacité de mobilité, les experts minimisant les atteintes à la santé et affirmant que celles-ci n'avaient aucune influence sur sa capacité de travail. Leurs conclusions n'étaient pas pertinentes eu égard à leur manque de cohérence et au vu de la présence, au dossier, d'avis divergents posant, entre autres, le diagnostic de fibromyalgie. Par ailleurs, les avis des experts mandatés par l'OAI entraient en contradiction avec l'appréciation de la capacité de travail des médecins-traitants des Drs C_____ et E_____.

On imaginait difficilement Mme A_____ œuvrer dans la vente, dès lors qu'elle ne pouvait rester assise toute la journée, devant changer de position toutes les 15 minutes. Elle ne pouvait pas non plus travailler comme réceptionniste, standardiste, téléphoniste, ou à la saisie de données, pour les mêmes raisons. Par ailleurs, tous les travaux nécessitant le port de charges ou des déplacements (distribution du courrier interne, commissionnaire), lui étaient également déconseillés. Ainsi, une liste des activités professionnelles adaptées semblait impossible à dresser surtout à un taux d'activité de 100 %. Vu les divergences entre les diagnostics posés, le fait que les experts écartaient la fibromyalgie comme diagnostic invalidant, minimisaient les atteintes et limitations sur la capacité de travail de la recourante alors que d'autres examens démontraient le contraire, que leurs conclusions étaient mises en doute par les divers avis des médecins-traitants, les conclusions des experts, en ce qui concernait les diagnostics posés et la capacité de travail de Mme A_____, ne devaient pas être suivies. Elle concluait à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à une demi-rente de la même assurance.

23. Par réponse du 24 avril 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La décision attaquée se fondait sur une instruction médicale complète mais en particulier sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué par le SMR le 28 février 2013 ainsi que sur une analyse approfondie du dossier de la part du SMR. L'expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante. La raison pour laquelle la fibromyalgie était considérée comme non-invalidante était détaillée et conforme à la jurisprudence. Les nouveaux éléments médicaux produits dans le cadre du recours avaient été soumis au SMR selon lequel le rapport du Dr E_____ devait être pris avec prudence. Il mentionnait suivre « régulièrement » l'assurée sur le plan psychiatrique depuis 2011. Cela n'était pas crédible compte tenu de son rapport du 5 juillet 2012 dans lequel il avait indiqué n'avoir vu l'assurée que deux fois, ni avec l'examen SMR du 28 février 2013 où il avait été noté que le dernier entretien avec la psychologue remontait à décembre 2012 et confirmait qu'aucune

prise en charge psychiatrique ambulatoire n'était en cours. En tous les cas, le rapport médical de février 2014 du Dr E_____ suggérait une situation stationnaire évoluant depuis trois ou quatre ans avec un état « dépressif » dont l'intensité n'était pas quantifiée, associée au syndrome douloureux. Le Dr E_____ rapportait d'ailleurs que l'assurée « exprimait fréquemment ses douleurs physiques » en consultation. Aucun élément de son rapport ne suggérait que la situation médicale se soit modifiée depuis l'examen SMR de 2013, hormis peut-être que l'assurée était retournée le consulter et qu'un nouvel anti-dépresseur avait été essayé. On ignorait la fréquence des consultations.

Le rapport médical du médecin du groupe de la Dôle ne faisait que confirmer les diagnostics déjà connus dont celui de fibromyalgie. Il rapportait également « des troubles du comportement » dans le cadre d'une dépression récurrente. Aucune information ne suggérait une modification de l'état de santé depuis l'examen SMR ou de faits dont l'OAI n'aurait pas eu connaissance.

Tous les diagnostics listés dans le mémoire de recours avaient été reconnus par le SMR hormis celui de « dépression » puisqu'une telle atteinte n'avait pas été objectivée lors de l'examen de février 2013. La recourante protestait contre le fait que la fibromyalgie n'avait pas été reconnue comme diagnostic invalidant. Des critères de sévérité jurisprudentiels n'étaient toutefois pas remplis.

Les conclusions précédentes restaient entièrement valables. Selon toute vraisemblance, seule différait une question d'appréciation d'une même situation.

24. Par réplique du 27 mai 2014, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle a produit un certificat médical du Dr E_____ du 20 mai 2014. Mme A_____ était suivie régulièrement par Mme I_____, toutes les deux semaines depuis septembre 2011, laquelle apportait au praticien ses observations. Il « n'avait pas notion » d'un suivi par un psychiatre antérieurement. Le Dr E_____ avait vu la patiente le 6 septembre 2011, le 22 mai 2012, ainsi que le 21 janvier, 12 février et 18 avril 2014. Il attestait que la patiente présentait actuellement un état dépressif d'intensité moyenne n'ayant pas évolué depuis la dernière consultation (F32.2). A chaque consultation, Mme A_____ exprimait effectivement ses douleurs physiques. Ses plaintes étaient multifocales, leur description restait assez contingente (F33.1 et F45.4). Il n'était pas possible au Dr E_____ d'évaluer directement, sur le plan physique, l'intensité de la fibromyalgie, sur le plan psychologique, les troubles se confondaient avec l'état dépressif. Le changement de traitement du 21 janvier 2014 avait apporté une amélioration moyenne. Il existait un ralentissement marqué avec une apathie, un manque de réactivité, une lenteur apparente et les phobies de l'extérieur étaient aussi invalidantes.

Elle persistait dans ses conclusions.

25. Par duplique du 11 juin 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Le SMR n'avait pas modifié sa position même à la suite de la production du certificat médical du 20 mai 2014 du Dr E_____.
26. Par courrier du 13 juin 2014, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.
27. Le 25 août 2014, la Cour de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les experts et les questions qu'elle entendait leur poser.
28. Le 20 septembre 2014, la recourante a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation ni de questions complémentaires à poser.
29. Le 22 septembre 2014, l'intimé s'est étonné de la réouverture de l'instruction en l'absence d'éléments nouveaux, la cause ayant été gardée à juger le 13 juin 2014. Il s'opposait à la mise en place d'une expertise judiciaire et, en l'état, ne souhaitait pas prendre position en ce qui concernait les choix des experts dans la mesure où une expertise ne semblait pas justifiée. Si par impossible, la chambre de céans maintenait l'expertise, l'intimé souhaitait que différentes questions soient posées à l'expert.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).
2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir si elle présente une atteinte invalidante d'ordre psychique.
5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui

fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

d) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

6. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

7. En l'espèce, le SMR avait préconisé un examen bi-disciplinaire, soit rhumatopsychiatrique. Le rapport établi le 21 mars 2013 par les Drs H_____ et G_____ a conclu à une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée. Il a été établi par une psychiatre, la Dresse H_____ et par une experte signant en qualité d'« ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie » et experte médicale SIM.

La psychiatrie consiste en une branche de médecine au Canada qui prévient et traite les troubles de l'appareil locomoteur. Il s'avère cependant que le Dresse G_____ est généraliste et possède une attestation de formation complémentaire en médecine du sport (SSMS) 1999 (cf. site internet de la FMH). Sur le site des experts SIM, un titre FMH en médecine interne est mentionné. On ignore si ce médecin possède un titre étranger de spécialiste en psychiatrie ou en rhumatologie et combien de temps il a exercé. En l'état, il ne semble pas être au bénéfice d'une spécialisation en rhumatologie.

8. Parmi les documents à disposition, il n'est fait mention d'aucun rapport du Dr E_____, alors que les experts semblent se référer à un de ses rapports à la 6^{ème} ligne de l'expertise. La fin de l'expertise mentionne le rapport du 3 juillet 2012, « seul rapport en notre possession ».

Il est fait mention du début de l'incapacité de travail au 18 février 2011, alors qu'il ressort d'un compte-rendu de l'employeur du 25 février 2011, que l'employée avait enchaîné maladie et accidents depuis le 6 octobre 2010.

La mention, sous « antécédents personnels somatiques », « pas de maladie » est erronée, Mme A_____ ayant été en totale incapacité de travail du 6 octobre 2010 au 26 novembre 2010 pour raison de maladie, sans que l'on ait plus de précisions. Les fiches de salaire de l'employeur confirment le versement d'indemnités journalières maladie.

Une anamnèse ostéo-articulaire est faite, alors qu'il est fait référence dans la suite du rapport à un examen clinique rhumatologique. Or, l'examen pratiqué sur la patiente n'a pas été rhumatologique, s'étant limité aux seuls os et articulations, sans s'étendre à d'autres maladies musculaires ou nerveuses. Dans l'appréciation du cas le statu neurologique est défini comme dans les limites de la norme sans que l'on ne sache sur quelles constatations précises, les conclusions se fondent.

Le rapport fait mention d'une « enveloppe vide » d'une radiographie du bassin, du coccyx et du poignet du 29 novembre 2010. Il n'est pas fait mention que les expertes aient tenté d'obtenir le document manquant, pourtant important puisque portant sur le bassin et le coccyx, seule radio au dossier de ces parties du corps. Il n'est pas fait mention non plus du rapport du Dr E_____ du 29 novembre 2010 en relation avec cet examen, pour un bilan après chute. Or, les expertes concluent à des lombalgies chroniques non déficitaires dans le contexte d'un trouble statique et

discrètement dégénératif, avec dysbalances musculaires et insuffisance posturale (M54.5). Concluant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il aurait été nécessaire de posséder cet examen voire de procéder à de nouvelles radios. Selon le rapport la mobilisation des hanches est complète provoquant cependant des douleurs au bas du dos et aux genoux.

9. L'assurée est qualifiée de moyennement collaborante dans l'appréciation du cas, alors même qu'elle est décrite comme étant collaborante en haut de la page 6, lors du status psychiatrique.

Cette divergence, à l'instar des imprécisions sur la possession ou non du rapport du Dr E_____, laisse à penser que le rapport d'expertise a été établi par la Dresse G_____ et qu'il a été complété par les considérations de la Dresse H_____, sans qu'il n'y ait de discussion entre les deux praticiennes sur la situation de l'expertisée.

10. De surcroît, le volet rhumatologique est particulièrement important s'agissant notamment de l'analyse du diagnostic de fibromyalgie. Le rapport fait état, dans l'appréciation du cas, au fait que « à l'examen clinique rhumatologique, la dresse G_____ a diagnostiqué une fibromyalgie. La fibromyalgie n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, ni l'échec de traitement. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis et fondent un pronostic favorable ». Celle-ci a été retenue sans répercussion sur la capacité de travail mais avec un score de 17/18 tender points. Selon la jurisprudence, si le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail, une expertise interdisciplinaire est nécessaire (ATF 132 V 72). Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans estime ne pas être en mesure de statuer valablement sur le caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par la recourante.
11. Les conclusions de la Dresse G_____ n'apparaissent pas claires : il explique que la recourante doit éviter la position statique debout prolongée, la rotation-flexion du tronc et la position en porte-à-faux et devrait pouvoir changer de position souvent, mais retient néanmoins une capacité de travail dans la profession de nettoyeur, dont on constate qu'elle ne permet pas, à l'évidence, de respecter lesdites limitations fonctionnelles.
12. Le rapport litigieux ne discute pas les avis des médecins traitants. Or, le Dr C_____ fait état, le 24 octobre 2011 déjà, de troubles dépressifs sévères et de lombalgies aiguës et chroniques. Il retient une totale incapacité de travailler, des

mesures de réadaptation professionnelles n'étant pas possibles compte tenu de l'irritation, des troubles du comportement et des somatisations multiples de la patiente. Dans un second certificat médical du 8 mars 2012, le praticien chiffrait à 20% maximum la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Le Dr L_____ confirmait, le 20 octobre 2011, l'état anxio-dépressif. Le Dr E_____ mentionnait dès le 3 juillet 2012, une totale incapacité de travail et l'absence d'effet de toutes mesures médicales tendant à restreindre les limitations fonctionnelles.

13. Le diagnostic de dépression est peu discuté par les experts. Or, un état dépressif majeur peut constituer une comorbidité psychiatrique rendant non exigible la réintégration dans le processus de travail.

Les experts ont essayé à plusieurs reprises de joindre le Dr E_____ pour obtenir son point de vue. L'expertise mentionne que « malgré plusieurs messages laissés sur son répondeur, le Dr E_____ ne nous rappelle pas. » Le dossier ne contient aucune explication sur cette absence de collaboration. On ignore dans quel intervalle de temps, les essais, vains, de joindre le Dr E_____ ont été effectués. Le Dr E_____ ne confirme ni n'infirme ces affirmations. Il aurait toutefois été plus aisé d'avoir copie au dossier de courriers sollicitant le praticien, au vu de l'importance de son avis. De surcroît, même si, à la date de l'établissement de l'expertise, le Dr E_____ n'avait vu la patiente que deux fois, il était au courant du suivi de celle-ci, laquelle était manifestement régulièrement vue par la psychologue du cabinet. Or, la question de savoir si la patiente présente ou non, un état dépressif, invalidant, est d'importance. Il l'est d'autant plus que le Dr E_____ semble indiquer que l'implication entre un état dépressif et la fibromyalgie est extrêmement délicate à établir puisque les experts n'ont pas retenu le syndrome douloureux somatoforme persistant au motif de l'absence d'un véritable sentiment de détresse. Le Dr E_____ mentionne qu'il n'est pas possible d'évaluer directement sur le plan physique l'intensité de la fibromyalgie, les troubles se confondant, sur le plan psychologique, avec l'état dépressif. Or, comme le mentionne aussi le SMR, si les critères pour une fibromyalgie étaient remplis, les experts ont conclu que la fibromyalgie était sans répercussion sur la capacité de travail en l'absence d'une atteinte psychiatrique incapacitante.

Conformément à la jurisprudence, une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. En l'état, le dossier médical ne comprend pas suffisamment de renseignements pour permettre d'exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs.

14. Le rapport du SMR du 21 mars 2013 ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles, puisqu'il ne contient pas tous les éléments nécessaires et a été

établi par un praticien non rhumatologue. On ne peut donc lui reconnaître pleine valeur probante.

15. Quant aux rapports des médecins ayant suivi le recourant, ils ne sont pas suffisamment motivés pour que la Cour de céans puisse valablement se déterminer sur sa capacité de travail dans une activité lucrative adaptée.
16. Partant, la cause n'étant pas en l'état d'être jugée, la Cour de céans entend mettre en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, étant rappelé que, selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).
17. En l'espèce, l'expertise sera confiée au Dr J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et K_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
18. Les questions complémentaires sollicitées par la recourante seront ajoutées à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :

3. D'un point de vue rhumatologique :

1. Anamnèse.
2. Données subjectives de la personne.
3. Constatations objectives.
4. Diagnostic(s).
5. a) Le recourant présente-t-il des troubles rhumatologiques ? Si oui, depuis quand ?
b) Les plaintes du patient sont-elles objectivées du point de vue rhumatologique ?
c) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.
7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.
8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
9. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis le 1er mars 2012.
10. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, dans l'activité habituelle.
11. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté et quelles activités seraient inadaptées.
12. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
13. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
14. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
15. Commenter et discuter :
 - a) les avis médicaux des médecins traitants.
 - b) En cas de divergences avec les experts du SMR, principalement les conclusions des Dr G_____ et H_____, sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail du recourant, dire pourquoi.

16. Formuler un pronostic global.
 17. Toute remarque utile et proposition des experts.
4. D'un point de vue psychiatrique :
1. Anamnèse.
 2. Données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5.
 - a) Le recourant souffre-t-il de troubles psychiques? Depuis quand?
 - b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?
 - c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? Quelles atteintes sont-elles incapacitantes ?
 - d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
 - e) Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ? Un tel traitement serait-il exigible ? Quelle serait son influence sur la capacité de travail ?
 6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.
 7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.
 8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
 9. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis le 1er mars 2012 ?
 10. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, dans l'activité habituelle.
 11. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.
 12. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 13. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
 14. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
-

15. Commenter et discuter :
- a) les avis médicaux des médecins traitants.
 - b) En cas de divergences avec les experts du SMR, principalement les conclusions des Dr G_____ et H_____, sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail du recourant, dire pourquoi.
16. Formuler un pronostic global.
17. Toute remarque utile et proposition des experts.
18. Si un trouble de la lignée somatoforme ou trouble assimilé était constaté,
- a) peut-on raisonnablement exiger de la personne assurée un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et exploiter sa force de travail résiduelle ? En d'autres termes, un ou plusieurs des critères de gravité suivants sont-ils présents (posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral) :
 - I. présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ?
 - II. existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) ou existence d'affections corporelles chronique ?
 - III. perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?
 - IV. échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée ?
 - V. en présence d'une comorbidité psychiatrique, existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - b) les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent-ils d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) ?

5. En consilium

1. Compte tenu des diagnostics rhumatologiques et psychiatriques, quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé ?
 2. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de l'assurée ? Si oui, à quel taux et comment ce taux a-t-il évolué depuis le mois le 1^{er} mars 2012 ? Y-a-t-il une diminution de rendement ?
 3. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?
 4. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ?
 5. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
 6. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
6. Commet à ces fins les Drs J_____ et K_____;
 7. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
 8. Réserve le fond ;

La greffière

La Présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le