

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/938/2019

ATAS/258/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 avril 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LES AVANCHETS, 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 : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____1963, divorcée en 2009 et mère de trois enfants, nés en 1986, 1989 et 1993.
2. Selon son curriculum vitae, elle a obtenu un CFC de coiffeuse en 1981 et a travaillé dans ce domaine jusqu'en 1983. Elle a ensuite été vendeuse responsable en parfumerie, puis à la brocante du CSP en 2007 et dans une boutique de seconde main du CSP de 2010 à 2015.
3. À teneur d'un rapport établi le 4 avril 2013 par des médecins de la clinique genevoise de Montana, l'assurée a séjourné dans cette clinique du 11 au 25 mars 2013. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré. Elle avait été hospitalisée pour un soutien psychologique et un reconditionnement général. Lors de l'examen clinique d'entrée, il avait été constaté que l'assurée était orientée aux trois modes, avait une thymie triste, des angoisses et des troubles du sommeil, mais pas d'idées noires, ni suicidaires, ni d'éléments de la ligne psychotique. À la fin du séjour, une amélioration de sa thymie avec diminution des angoisses avait été objectivée. L'assurée avait bénéficié d'un soutien psychologique médico-infirmier de leur psychologue ainsi que de séances de physiothérapie avec relaxation. Son traitement de Fluoxetine récemment introduit avait été poursuivi.
4. Par rapport du 17 mai 2016, des médecins de la clinique genevoise de Montana ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans cette clinique du 10 au 31 mars 2016. Le diagnostic principal était un trouble anxio-dépressif. L'assurée avait été hospitalisée pour un soutien psychologique, une antalgie et un reconditionnement. Selon l'examen clinique d'entrée, l'assurée avait un bon état général, avec une mobilisation douloureuse de l'épaule droite, une limitation des amplitudes articulaires par la douleur, une thymie fluctuante, de l'anxiété, pas d'idées suicidaires, ni d'éléments de la lignée psychotique. Du point de vue psychologique, la patiente présentait une diminution de sa thymie avec des angoisses liées à des problèmes familiaux ainsi qu'aux douleurs chroniques. Le cadre rassurant et contenant de la clinique, l'éloignement des facteurs de stress, l'écoute active et les différentes activités thérapeutiques proposées avaient permis à l'assurée une amélioration de la thymie et une diminution de ses angoisses. Elle souhaitait avoir un suivi psychologique à sa sortie. Son traitement psychotrope habituel était reconduit.
5. À teneur d'une lettre de sortie du 8 juin 2016, l'assurée a été hospitalisée pour des douleurs à l'épaule droite. Le diagnostic principal était une lésion massive de la coiffe des rotateurs droite, un conflit sous-acromial droit, une tendinopathie du long chef du biceps et une arthropathie acromio-claviculaire symptomatique. Le 27 mai 2016, elle avait subi une arthroscopie de l'épaule droite avec une ténodèse du long chef du biceps, une réparation de la coiffe des rotateurs entéro-supérieure, une acromioplastie latérale et une résection du centimètre externe de la clavicule, par le

docteur B_____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur FMH. L'intervention s'était déroulée sans complication et les suites opératoires étaient favorables. L'assurée était néanmoins hyperalgique avec une mobilisation du coude droit qui était difficile au premier jour post-opératoire. Au vu de l'évolution favorable, la patiente avait quitté le service le 1^{er} juin 2016. Elle devait porter une écharpe pendant six semaines. Elle était de ce fait incapable de travailler dès le 27 mai jusqu'au 8 juillet 2016 et pouvait reprendre le travail dès le 9 juillet 2016 à 100%.

6. À teneur d'une lettre de sortie du 9 novembre 2016 établie par des médecins du département de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), l'assurée a été hospitalisée du 24 octobre au 1^{er} novembre 2016 en raison de douleurs abdominales. Le diagnostic principal était une colite gauche. Elle avait fait l'objet d'une colonoscopie le 28 octobre 2016. En conclusion, la colite sigmoïdienne évoquait une étiologie médicamenteuse. Il y avait un aspect normal de la muqueuse colique au niveau des autres segments explorés sous réserve d'une préparation médiocre. Il n'y avait pas d'évidence de signe de chronicité. L'assurée avait été en incapacité totale de travail du 24 octobre au 13 novembre 2016.
7. L'assurée a demandé le 28 novembre 2016, à l'office de l'assurance-invalidité de canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) des prestations de l'assurance-invalidité. Elle informait ce dernier être divorcée depuis le 2 octobre 2009 et mère de trois enfants nés en 1986, 1989 et 1993. Elle était au bénéfice d'un CFC de coiffure pour dames obtenu en 1981. Elle avait travaillé dans la coiffure à 100% de 1982 à 1983, puis comme vendeuse/manucure à 100%, puis à 50% dès 1986 jusqu'en 1989. De 1998 à 2004, elle avait travaillé à un taux d'activité variable comme vendeuse en cosmétiques. Elle avait été femme au foyer de novembre 1989 à juin 1998. S'agissant de son atteinte à la santé, elle avait trop de problèmes psychiques et physiques depuis longtemps.
8. Le 24 janvier 2017, le Dr B_____ a indiqué avoir revu le 19 janvier précédent l'assurée, qui était à environ neuf mois d'une réinsertion de sa coiffe des rotateurs à droite. L'évolution était nettement favorable par rapport à la situation pré-opératoire. La gêne occasionnelle persistante était donc à son avis liée à un manque d'amplitude articulaire. Il avait donc conseillé à la patiente de s'étirer. Elle décrivait depuis un mois des douleurs qui étaient survenues sans notion de traumatisme à gauche. Cliniquement, les amplitudes étaient complètes et symétriques et la manœuvre de Job était positive à gauche. Il avait pu rassurer la patiente. Les douleurs qu'elle présentait risquaient de s'atténuer les prochaines semaines. Si tel n'était pas le cas, il préconisait la réalisation d'une arthro-IRM pour déterminer si des techniques de type trituration ou injection de facteurs de croissance pourraient l'aider à stimuler, voire à guérir cette petite lésion.
9. À teneur d'un rapport établi le 5 avril 2017, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué avoir vu à quelques reprises l'assurée entre le 8 décembre 2015 et le 25 janvier 2016, puis deux fois en

novembre 2016. Elle était venue consulter en raison de rachialgies, surtout de lombalgies subaiguës et de douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie calcifiante. Elle présentait également un troisième doigt à ressaut à la main droite. Pour ses lombalgies, des anti-inflammatoires et de la physiothérapie lui avaient été prescrits. La patiente lui avait dit avoir été opérée de l'épaule droite par le Dr B_____ en mai 2016. En novembre, elle allait un peu mieux avec une amélioration progressive de la mobilité. Un bilan biologique avait uniquement montré un déficit en vitamine D qu'elle avait substitué. Concernant les lombalgies récidivantes, la patiente était limitée dans les travaux lourds et le port de lourdes charges. La Dresse C_____ ne savait pas quelles étaient les atteintes à la santé qui avaient conduit la recourante à déposer une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

10. À teneur d'un rapport établi le 29 mai 2017 par le docteur D_____, médecine interne FMH, celui-ci voyait régulièrement l'assurée pour de multiples atteintes à sa santé qui étaient l'expression de son ressenti douloureux présent, depuis son enfance, mais qui était devenu de plus en plus présent ces dernières années jusqu'à nécessiter des hospitalisations. Actuellement, la patiente se plaignait d'une incontinence urinaire, d'une rupture de la coiffe des rotateurs à droite et de douleurs multiples (abdominales, thoraciques, musculaires et articulaires et céphalées). Cliniquement, elle présentait un état anxio-dépressif de longue date pouvant s'exprimer parfois par un bégaiement ou l'apparition de nombreux tics. Elle exprimait sa souffrance par diverses comorbidités qui l'amenaient à consulter de nombreux spécialistes. Ces dernières années, elle avait en particulier souffert de troubles urinaires qui avaient été considérés comme des troubles sphinctériens pour lesquels elle avait subi trois interventions (poses de bandelettes) et une quatrième était en préparation. Le 27 mai 2016, elle avait été opérée d'une douleur à l'épaule droite, mais la douleur revenait à gauche. La patiente se rendait régulièrement aux urgences pour diverses douleurs.

Depuis 2007, le Dr D_____ n'avait jamais pu constater de véritable capacité de gain de la patiente. Lorsqu'il avait fait sa connaissance, elle travaillait dans un magasin de seconde main tenu par un organisme de charité. Cela avait été une expérience positive, soutenue par l'Hospice général, mais qui s'était terminée à la fin d'une période prédéterminée. Depuis, elle n'avait eu aucune activité professionnelle et bénéficiait de l'aide sociale. La patiente présentait un état dépressif si sérieux que cet état n'était pas compatible avec les contraintes d'un emploi (cahier des charges, présence adéquate, objectifs). Elle avait une formation de coiffeuse mais n'avait jamais pratiqué ce métier. Elle ne disposait donc d'aucune formation particulière argumentant pour une capacité de travail.

11. Dans un avis médical établi le 30 octobre 2017, la doctoresse E_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a relevé que l'assurée avait été hospitalisée à deux reprises en réhabilitation à la clinique genevoise de Montana, mais qu'elle n'avait jamais été prise en charge en milieu psychiatrique spécialisé et qu'elle n'avait pas de suivi psychiatrique, ni de traitement psychotrope

actuellement. Le Dr D_____ prenait en compte des facteurs extra-médicaux, comme le manque de formation et la difficulté à trouver un travail, dans l'évaluation de sa capacité de travail. Afin de connaître l'évolution de l'atteinte de l'épaule gauche et de l'incontinence urinaire, le SMR proposait de poser des questions complémentaires au Dr B_____ et à l'urologue de l'assurée.

12. Le Dr B_____ a répondu à un courrier adressé à lui par le SMR le 27 octobre 2017 qu'il n'avait pas vu la patiente depuis janvier 2017 et qu'il ne pouvait pas répondre aux questions qui lui étaient posées à son sujet.
13. Selon un rapport du 27 novembre 2017, l'assurée a séjourné du 21 au 24 novembre 2017 au service d'urologie des HUG pour « bandelette sous-urétrale de fascia autologue-cystoscopie effectuées le 21 novembre, en raison d'une récurrence d'incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale post bandelettes sous-urétrales obstructives ». Une bonne évolution post opératoire était constatée.
14. Dans un rapport final établi le 14 août 2018, le docteur F_____, médecin SMR, considérait, en résumé, que l'assurée avait présenté des troubles sphinctériens et une pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite incapacitantes avec persistance de limitations fonctionnelles incompatibles avec sa profession de coiffeuse, mais raisonnablement exigibles avec l'activité habituelle de conseillère de vente. L'atteinte à la santé, au sens de l'assurance-invalidité, était une rupture massive de la coiffe des rotateurs à droite, une incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale. La longue maladie avait débuté le 1^{er} janvier 2015. L'assurée avait été totalement incapable de travailler du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017. La capacité de travail était de 100% dès le 1^{er} janvier 2018 (un mois après la dernière intervention urologique). La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 100% avec un début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} janvier 2018. Les limitations fonctionnelles étaient : pas d'effort de soulèvement ni près du corps ni éloigné et pas de gestes au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit, pas de port de charges supérieur à 10 kg, pas d'effort entraînant une compression abdominale, l'assurée devait pouvoir un accès facile aux toilettes.
15. Selon une note sur le statut établie le 14 août 2018, l'assurée avait indiqué, le 14 janvier 2011, envisager une activité avec un taux maximum de 80%. Elle était aidée par l'Hospice général depuis le 1^{er} janvier 2010. Selon les documents remis par l'Hospice général, elle avait exercé une activité à 80% dans la vente auprès de G_____ jusqu'au 30 novembre 2014. Il s'agissait de sa dernière activité rémunérée. Elle avait bénéficié de mesures de réinsertion en boutique auprès du Centre social protestant du 1^{er} juin 2010 au 30 mai 2015 à 50%. Selon toute vraisemblance, en bonne santé, elle aurait exercé une activité professionnelle. Par conséquent, le statut mixte était retenu (80% active - 20% ménagère).

16. Le 5 septembre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un projet d'acceptation de rente. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle dès le 1^{er} janvier 2015 (début du délai d'attente d'un an) jusqu'au 31 décembre 2017. Dès le 1^{er} janvier 2018, l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. Dans la sphère professionnelle, son incapacité de gain se confondait avec son incapacité de travail de 100%. Dans sa situation, le degré d'empêchement dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur l'échelle de rente. Par conséquent, l'OAI n'avait pas effectué d'enquête à domicile. À la fin du délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} janvier 2016, elle présentait un degré d'invalidité de 80%, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. L'assurée avait demandé des prestations le 30 novembre 2016. Dès lors, le droit à la rente naissait le 1^{er} mai 2017. Ce droit s'éteignait après une période d'amélioration constatée de trois mois, à savoir le 1^{er} avril 2018. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

17. Par décision du 7 février 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

18. Le 8 mars 2019, l'assurée a formé recours contre la décision de l'OAI du 7 février 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à son audition, à l'annulation de la décision et à ce qu'il soit constaté qu'elle avait droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2017, avec suite de dépens.

Aucune expertise n'avait été sollicitée par l'intimé, qui ne s'était fondé que sur une détermination du SMR. Bien que ce service indiquait qu'elle avait été totalement incapable de travailler pendant trois ans consécutifs, il estimait qu'elle était apte à une reprise d'activité prenant en compte ses limitations fonctionnelles. Au vu de ses nombreuses limitations et de ses atteintes à la santé, tant physiques et que psychiques, l'avis du SMR ne prenait pas en compte sa réelle situation médicale. Les attestations médicales produites, notamment dans le cadre de l'instruction, établissaient à satisfaction de droit qu'elle se trouvait en incapacité totale de travail et qu'elle avait droit à être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

19. Par complément de recours du 8 avril 2019, la recourante a fait valoir que l'instruction de l'OAI avait été lacunaire. Les rapports médicaux récoltés faisaient état de la prise de psychotropes nécessitée par son état de santé psychique. Dans son premier avis médical, le médecin du SMR soutenait qu'il n'y avait pas d'atteinte sur le plan psychique du fait qu'elle ne prenait pas de psychotropes et qu'elle n'avait pas de suivi auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue. Ces éléments, qui n'avaient pas été investigués, ne reflétaient pas sa situation, qui avait nécessité la prise de psychotropes et un suivi régulier auprès de son médecin traitant. Sur la base des appréciations de ce dernier, il n'était pas possible de retenir qu'elle n'avait aucune atteinte à sa santé psychique. En ne menant aucune investigation sur le plan psychique, alors même que des rapports médicaux étayés de la clinique genevoise de Montana lui avaient été transmis, il était évident que

l'OAI n'avait pas pris en compte son état médical. De ce fait, le dossier devait lui être renvoyé pour investigations supplémentaires. Malgré l'intervention de novembre 2017, elle souffrait toujours d'incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale, qui n'avait pas été résorbée à partir du 1^{er} janvier 2018. Sur ce point également, l'instruction de l'OAI était lacunaire et devrait être complétée.

Sur le plan orthopédique, il était attesté qu'elle présentait une lésion massive de la coiffe des rotateurs droite, qui avait dû être opérée en date du 27 mai 2016 par le Dr B_____. Le 24 janvier 2017, ce dernier avait attesté d'une tendinopathie de l'épaule gauche nécessitant des investigations supplémentaires si la douleur était toujours présente. Elle continuait à souffrir de tendinopathie tant à l'épaule gauche qu'à l'épaule droite. Le Dr B_____ indiquait qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la demande de l'OAI concernant les suites de l'intervention par arthroscopie, dès lors qu'il n'avait pas revu sa patiente depuis le 24 janvier 2017. Sur ce plan également, l'instruction de l'OAI était lacunaire et ne permettait pas d'indiquer que sa situation était stabilisée.

Dans son rapport final du 14 août 2018, le SMR n'avait pas pris en compte le fait qu'après quatre opérations, elle continuait à souffrir d'incontinence urinaire. Son médecin traitant avait indiqué qu'elle se trouvait toujours en incapacité de travail à 100%. Sur le plan orthopédique, elle continuait à souffrir de douleurs dans les épaules, ce qui pourrait entraîner une nouvelle intervention chirurgicale. L'OAI et le médecin du SMR occultaient encore le fait qu'elle présentait un trouble dépressif récurrent, qui était attesté par son médecin traitant et les séjours qu'elle avait effectués auprès de la clinique genevoise de Montana et des HUG pour diverses pathologies. Elle souffrait d'un trouble dépressif et ressentait fréquemment des douleurs insupportables, notamment abdominales, qui l'avaient contrainte à se rendre aux urgences à plusieurs reprises. L'avis de son médecin traitant était très détaillé et, au vu de l'atteinte à la santé retenue par le médecin SMR, il fallait retenir qu'elle n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative après le 31 décembre 2017 et qu'elle devait continuer à percevoir une rente d'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2017.

20. Par réponse du 7 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. En l'absence de tout suivi spécialisé psychiatrique, on ne pouvait conclure à la présence d'une atteinte à la santé psychique incapacitante de la recourante. Comme l'avait relevé le SMR dans son avis du 14 août 2018, bien que l'assurée avait été hospitalisée à deux reprises dans ce contexte en réhabilitation dans la clinique genevoise de Montana, elle n'avait jamais été prise en charge en milieu psychiatrique spécialisé, n'avait pas de suivi psychiatrique, ni de traitement psychotrope, actuellement. Par ailleurs, le Dr D_____ avait pris en compte des facteurs extra-médicaux comme le manque de formation et la difficulté à trouver un travail dans l'évaluation de la capacité de travail.

Sur le plan orthopédique, le SMR avait pris en considération, dans ses avis des 24 janvier 2017 et 14 août 2018, que le Dr B_____ avait décrit une évolution nettement favorable par rapport à la situation pré-opératoire. Sur le plan urologique, le SMR avait tenu compte du fait que l'assurée présentait une incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale et qu'elle avait été opérée à quatre reprises, la dernière fois le 27 novembre 2017, avec des suites postopératoires simples. En résumé, le SMR considérait que l'assurée avait présenté des troubles sphinctériens et une pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite incapacitants et qu'actuellement, il persistait des limitations fonctionnelles incompatibles avec la profession de coiffeuse, mais pas avec l'activité habituelle de conseillère de vente, qui était exigible. Au vu de ce qui précédait, on ne pouvait reprocher à l'OAI d'avoir procédé à une instruction lacunaire du dossier, au seul motif que le médecin traitant avait une opinion différente sur la capacité de travail de la recourante. L'atteinte à la santé n'était pas seule déterminante et ne devait être prise en considération que dans la mesure où elle entraînait une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assurée, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Les éléments apportés ne permettaient pas à l'OAI de faire une appréciation différente du cas.

21. Le 27 mai 2019, la recourante a fait valoir que l'avis du 14 août 2018 du SMR se fondait sur un état de fait erroné, en prenant en compte qu'elle ne disposerait pas de traitement psychotrope, référence faite au dossier AI document 21, pages 51 et 52. La recourante, comme son médecin traitant en avait attesté, souffrait de dépression et avait dû effectuer plusieurs séjours auprès de la clinique genevoise de Montana sur indication de ce dernier. Les attestations médicales contenues dans le dossier démontraient qu'elle souffrait de dépression depuis plusieurs années. Actuellement, elle avait débuté un suivi auprès d'un psychiatre. Une série de consultations psychothérapeutiques préliminaires avant la formulation d'un projet de soins psychiques auprès du centre médico-psychologique du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait été entamée depuis le 21 mars 2019. Ce psychiatre attestait actuellement de consultations médico-psychologiques régulières, à raison d'une fois par semaine, avec lui-même et la psychologue, Madame I_____ (attestation médicale du 20 mai 2019).

L'avis du médecin du SMR, qui n'était pas un médecin de spécialité psychiatrique, allait à l'encontre des éléments médicaux transmis par la recourante par l'entremise de son médecin traitant qui attestaient de la prise de psychotropes et d'un diagnostic posé de dépression. Si le médecin du SMR contestait l'avis médical du médecin traitant, il aurait dû solliciter une expertise psychiatrique pour exclure toute atteinte psychique. Il ne s'agissait pas, comme semblait le soutenir l'OAI, d'avoir une opinion divergente sur la capacité de travail entre le médecin SMR et le médecin traitant. Son médecin traitant, le Dr D_____, posait le diagnostic de dépression et de douleurs multiples. Au vu des éléments retenus par le médecin traitant, le diagnostic de fibromyalgie aurait dû être investigué par l'OAI. L'avis du médecin

du SMR était lacunaire au vu des documents médicaux transmis par la recourante. Aucune investigation n'avait été effectuée malgré les nombreuses attestations médicales attestant de dépression.

Sur le plan rhumatologique, la recourante était suivie par la Dresse C_____. Celle-ci avait répondu à une demande de l'OAI le 5 avril 2017, mais aucun questionnaire médical ne lui avait été adressé sur son état de santé. Cette rhumatologue avait seulement indiqué qu'elle ne savait pas quelles étaient les atteintes à la santé qui avaient conduit la recourante à déposer une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Elle avait uniquement discuté des lombalgies récidivantes, mais renvoyé aux deux autres médecins de la recourante pour les autres atteintes à la santé. La recourante avait consulté un autre spécialiste en rhumatologie le 25 mars 2019, le docteur J_____. Ce dernier attestait de son traitement médicamenteux actuel. Elle poursuivait la prise de psychotropes et notamment un antidépresseur ainsi qu'un anxiolytique. Il avait indiqué à la recourante qu'il n'y avait pas de traitement pouvant supprimer les douleurs et que si elle devait développer de nouveaux éléments, tels que des réveils nocturnes dus à des douleurs, des tuméfactions articulaires, ou une raideur matinale prolongée, elle devrait le consulter à nouveau.

La recourante avait été, sur demande de l'Hospice général, contrainte de faire un bilan de capacité auprès des Établissements publics pour l'intégration pour les personnes en difficulté d'insertion (ci-après les ÉPI). Cette observation s'était déroulée sur huit semaines avec la participation aux ateliers avec des animations de groupe et des entretiens individuels. Elle avait terminé le 27 mai 2019 l'évaluation auprès des ÉPI et recevrait un premier rapport oral le 5 juin 2019 et un rapport écrit le 20 juin 2019. Selon les informations transmises par le Dr D_____, le coach de la recourante lors de cette mesure aux ÉPI estimait qu'elle était incapable de reprendre un travail pour des raisons médicales (courrier du Dr D_____ du 27 mai 2019).

La recourante persistait à indiquer que les avis médicaux du SMR étaient lacunaires et qu'ils ne tenaient pas compte de sa situation de santé et qu'une expertise médicale était nécessaire. L'instruction de l'OAI était lacunaire, dès lors que l'avis du médecin traitant n'avait pas été pris en compte tant dans le diagnostic de fibromyalgie que de l'atteinte psychique. L'OAI avait retenu une incapacité de travail totale au vu de la situation physique de la recourante, mais aucun avis médical ne constatait que sa situation avait évolué depuis les incapacités reconnues par le médecin SMR. De ce fait, la rente d'invalidité octroyée limitée dans le temps devait être prolongée pour une durée indéterminée. À titre subsidiaire, la recourante sollicitait le renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et expertise pluridisciplinaire.

La recourante a produit avec son écriture :

- un rapport établi le 20 mai 2019 par le Dr H_____ et Mme I_____ certifiant qu'elle était venue pour une série de consultations psychothérapeutiques préliminaires avant la formulation d'un projet de soins psychiques au sein de leur centre médico-psychologique depuis le 21 mars 2019. Ils avaient constaté que l'état dépressif de l'assurée était étroitement lié aux multiples traumatismes somato-psychiques vécus par le passé, qui étaient une source indéniable d'une souffrance morale bien marquée. Les consultations médico-psychologiques de la patiente s'effectuaient régulièrement, à raison d'une fois par semaine en moyenne avec le Dr H_____ et Mme I_____.
- un rapport établi par le Dr J_____ le 20 avril 2019, selon lequel le tableau clinique actuel évoquait comme diagnostic une très probable fibromyalgie associée à un status après une chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec des signes de tendinopathie du moyen fessier gauche. Il y avait également une limitation de la mobilité cervicale et lombaire avec un bilan radiologique révélant des lésions dégénératives pouvant expliquer cette limitation. Il n'y avait actuellement pas d'argument pour d'autres diagnostics permettant d'expliquer les douleurs. La patiente savait qu'il n'y avait pas de traitement permettant de supprimer les douleurs. Il pouvait lui être proposé des séances de physiothérapie de mobilisation générale en eau chaude lors de poussées douloureuses. Pour le reste, il était important d'adopter des mesures d'hygiène de vie comportant notamment des exercices réguliers, comme par exemple de la marche quotidienne. Il lui avait dit que si elle devait développer des nouveaux éléments, tels que des réveils nocturnes dus à des douleurs, des tuméfactions articulaires, une raideur matinale prolongée, elle devrait revenir le voir pour une nouvelle évaluation. Elle avait bien sûr, comme tout le monde, la possibilité de développer une autre maladie rhumatismale en dehors du tableau de fibromyalgie.
- un courriel adressé par le Dr D_____ au conseil de l'assurée le 27 mai 2019, dont il ressort que cette dernière terminait ce même jour son évaluation aux ÉPI. Elle aurait un premier rapport oral le 5 juin et un rapport écrit le 20 juin. Il en ressortait déjà qu'elle s'était engagée au mieux dans cette évaluation en montrant sa motivation et en accomplissant quasiment toutes les tâches. Son coach estimait cependant qu'elle était incapable de reprendre un travail pour des raisons médicales liées à sa détresse. Elle devrait obtenir ces prochains jours un rapport psychiatrique de Mme I_____.

22. Le 24 juin 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans :

- le bilan du stage effectué auprès des ÉPI établi le 5 juin 2019, qui concluait qu'au vu des difficultés physiques et psychiques que l'assurée présentait, elle était actuellement totalement incapable de se réinsérer professionnellement. Seule une activité de quelques heures par semaine adaptée à son état de santé pouvait être envisagée.

- un courrier adressé par un assistant social de l'Hospice général au conseil de l'assurée indiquant que celle-ci avait effectué un bilan ARVA au sein des ÉPI qu'il lui transmettait pour pouvoir éventuellement appuyer son recours auprès de l'OAI.
23. Lors d'une audience du 18 décembre 2019, la recourante a déclaré à la chambre de céans : « J'ai demandé des prestations de l'assurance-invalidité car mon assistante sociale constatait que j'allais trop chez le médecin. J'explique que j'ai eu 14 opérations depuis 2005 avec un impact psychique et physique. J'ai été opérée sept fois de la vessie sans guérison, mais cette atteinte est moins invalidante maintenant grâce à ma dernière opération. J'ai fait des rejets des bandelettes jusqu'à ce qu'on utilise mes propres tissus sur la vessie. Pour l'instant, je n'ai pas de rejet, mais des douleurs lancinantes dont la cause n'a pas été identifiée. Je crains encore un rejet de la dernière opération, même si le résultat est plutôt positif, mais cela est sans garantie. L'OAI estime que je pourrais travailler, mais ce n'est pas le cas selon moi, car si je me baisse ou si je porte des charges, j'ai comme des électrochocs à droite dans l'aîne. J'ai également une hernie ombilicale, deux hernies crurales et je n'ai plus d'utérus depuis 2005. La hernie crurale de droite me cause des douleurs qui lancent dans la jambe si je marche trop et si je n'ai pas la jambe droite. Je n'ai pas mal tout le temps. Cela dépend de mes positions. Je ne pourrais pas faire une activité assise à cause de la fibromyalgie qui a été diagnostiquée par le Dr J_____ en mars 2019. J'ai 11 points sur 18. J'ai été opérée à l'épaule en 2016. Je ne peux pas lever le bras droit mais je peux l'utiliser sinon. J'ai été opérée du nez car je ne pouvais plus respirer à cause de ma cloison nasale. Maintenant c'est pire qu'avant. Je fais souvent des sinusites et je dois me moucher sans arrêts. Si je me baisse, ça coule comme de l'eau. J'ai été opérée à la main droite pour un doigt à ressaut. J'ai une inflammation qui me handicape toute la main. Je peux faire le ménage, mais en trois jours (aussi à cause de la fibromyalgie) et j'ai des difficultés à prendre ma douche et à me laver la tête (également à cause de l'épaule). J'ai fait une IRM cérébrale. J'ai un kyste qui grossit. J'ai rendez-vous avec un neurologue en janvier à ce sujet. Je suis suivie par un nouveau psychiatre, le docteur K_____, depuis une semaine qui a l'air mieux que les précédents. Pendant longtemps, j'ai été suivie par mon généraliste, le Dr D_____, sur le plan psychologique. C'est lui qui m'a envoyé deux fois à la clinique de Montana. Je le voyais une fois par semaine pendant une heure et nous parlions notamment de mon enfance et surtout de mon mariage. J'ai été une femme battue. Je suis séparée depuis 2007 et divorcée depuis 2009. Mes problèmes psychiques ont commencé en 1997, lorsque mon mari m'a trompée avec ma meilleure amie. C'est là que j'ai commencé à prendre des médicaments, antidépresseurs et somnifères. À l'époque, j'étais suivie par un généraliste, le Dr L_____, qui a constaté les bleus, car j'ai reçu un coup de poing en 2003. En 1997 je ne travaillais pas et j'élevais mes trois enfants. J'ai repris un travail en 1998 pour pouvoir le quitter. Les coups ont commencé en 2001. Je n'ai jamais arrêté les antidépresseurs. Ils m'ont été prescrits notamment par le Dr D_____. J'ai vu pendant un an un psychiatre, le Dr M_____, en 2001, sauf

erreur, qui m'a été recommandé par le Dr L_____. Mon mari m'a ordonné de cesser ce suivi. En 2012, en raison de la ménopause, je n'ai pas dormi pendant des mois car j'avais des bouffées de chaleur fréquentes. Le Dr N_____ m'a prescrit du Temesta. J'avais cessé de prendre des somnifères en 2011, en raison des effets secondaires. Je n'aurais pas dû car je me suis sentie plus mal ensuite. J'étais en grave dépression, raison pour laquelle le Dr N_____ m'a envoyée à Montana. Ensuite, je ne me suis pas sentie vraiment mieux. J'ai continué le Temesta dont j'ai doublé la dose. Je suis toujours sous Temesta 2,5 mg au lieu de 5 car mon médecin (le Dr K_____) veut me faire arrêter ce médicament pour essayer autre chose. J'ai eu une nouvelle hospitalisation à Montana en mars 2016. Je ne me sentais pas bien, car j'avais été harcelée par un ex-copain. À Montana, j'ai revu mon ex meilleure amie avec laquelle mon ex-mari m'avait trompée, de sorte que mon séjour a dû être prolongé d'une semaine. Je me sentais un peu mieux en sortant, mais de vieux souvenirs sont réapparus et j'ai continué à en parler avec le Dr D_____. Pour moi c'était comme un psychiatre. Il ne m'a jamais recommandé d'aller en voir un. Je n'ai pas vu longtemps le Dr H_____, car je ne me suis pas entendue avec. Il voulait me voir seulement une fois par mois, ce qui ne me convenait pas. Je voyais en parallèle Madame I_____ toutes les semaines et je continue ce suivi. Je vois encore tous les 15 jours le Dr D_____, mais je n'ai plus de suivi psychologique avec lui. J'ai vu ensuite la psychiatre O_____ dès juin 2019 tous les mois pendant 5 ou 6 mois jusqu'à ce que ma psychologue travaille avec le Dr K_____. La Dresse C_____ ne m'a jamais fait les tests pour savoir si j'avais de la fibromyalgie. Pour ma part, je pensais que j'en souffrais suite à une conversation avec une amie qui en souffre. Je ne sais pas ce que c'est exactement mais cette amie m'a dit que mon état correspondait à ce qu'elle avait. Je dois me faire traiter par le psychiatre car j'ai des tics faciaux. J'ai réussi à me débarrasser d'un autre tic. Je tournais la tête tout le temps vers la droite. Le matin, je prends 30 minutes pour me lever. J'ai un réveil difficile en raison du Temesta et de la fibromyalgie. Je ne peux pas prendre de Dafalgan, car je suis allergique. J'ai des maux de tête pratiquement tout le temps. Je mange vers 14h car je n'ai pas faim auparavant. Je fais le ménage en 3 jours dans mon 5 pièces tranquillement. C'est compliqué de passer l'aspirateur à cause ma main et à cause du dos. J'ai beaucoup d'arthrose et de calcifications. Je me suis cassée le coccyx en 2010. De ce fait j'ai de la peine à rester longtemps assise. Je dois me lever. Je sors une demi-heure par jour pour marcher un peu. Je m'occupe de mes deux chats et des fleurs sur mon balcon l'été. Je lis, je regarde un peu la télévision, je fais des mots fléchés et des mots croisés pour exercer ma mémoire. J'oublie les choses que je dois faire, même d'aller chez le médecin. J'évite de faire la sieste pour mieux dormir la nuit. J'ai trois amies fixes que j'appelle tous les deux jours et que je vois rarement. Le problème est financier. Je ne sais pas où aller en hiver. L'été on peut se promener au bord du lac. Je vois de temps en temps mes enfants. Je suis perturbée par les problèmes de mes enfants, de santé et surtout financiers ».

24. Le 2 mars 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et leur a imparti un délai au 16 mars 2020 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
25. Dans le délai imparti, les parties n'ont pas fait valoir de motifs de récusation à l'encontre de l'expert, ni de questions complémentaires.

EN DROIT

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

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

2. Le 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).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2017.
4. 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).

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).

5. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, 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; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. 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, 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). Il convient également 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).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence en la matière les indicateurs suivants :

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

- b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le

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

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

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

e. 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.

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

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculologique 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.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

6. 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.

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. Étant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

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

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

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).

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. À 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).

7. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

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).

8. En l'espèce, bien que la recourante n'ait pas eu de suivi par un psychiatre avant la décision querellée, il ressort de ses déclarations et des rapports de son médecin traitant, le Dr D_____, qu'elle souffrait de troubles psychiques qui avaient conduit ce médecin à lui ordonner des antidépresseurs, à avoir des entretiens réguliers avec elle et à l'hospitaliser à deux reprises à la clinique de Montana. Lors de son premier séjour dans cette clinique en 2013, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, avait été posé. Elle était alors sous traitement de Fluoxetine, qui est un psychotrope de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) utilisé comme antidépresseur. Lors de son second séjour dans cet établissement, du 10 au 31 mars 2016, le diagnostic de trouble anxio-dépressif avait été posé et son traitement psychotrope habituel avait été reconduit. Dans son rapport du 29 mai 2017, le Dr D_____ a indiqué voir régulièrement l'assurée pour de multiples atteintes à sa santé, qui étaient l'expression de son ressenti douloureux, présent depuis son enfance, mais qui était devenu de plus en plus présent ces dernières années jusqu'à nécessiter des hospitalisations. Cliniquement, elle présentait un état anxio-dépressif de longue date pouvant s'exprimer parfois par un bégaiement ou l'apparition de nombreux tics. Elle exprimait sa souffrance par diverses comorbidités qui l'amenaient à consulter de nombreux spécialistes. La patiente présentait un état dépressif si sérieux que cet état n'était pas compatible avec des contraintes d'un emploi (cahier des charges, présence adéquate, objectifs). Dans leur rapport du 20 mai 2019, le Dr H_____ et Mme I_____ ont indiqué avoir constaté que l'assurée souffrait d'un état dépressif lié à de multiples traumatismes somato-psychiques vécus par le passé, qui étaient la source d'une souffrance morale bien marquée. Dans son rapport du 20 avril 2019, le Dr J_____ a indiqué que le tableau clinique actuel évoquait comme diagnostic une très probable fibromyalgie associée à un status après une chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec de signes de tendinopathie du moyen fessier gauche. Il en résulte que l'assurée souffre d'une atteinte sur le plan psychique qui n'a pas fait l'objet d'une instruction suffisante par l'intimée pour déterminer si cette atteinte est incapacitante.
9. Il se justifie, en conséquence, d'ordonner une expertise psychiatrique de la recourante.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de la recourante.
2. Commet à ces fins le docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
 - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge à 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. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 6. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 7. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
 8. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
 9. 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.
 10. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

11. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
12. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
13. Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
14. Les plaintes sont-elles objectivées ?
15. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).
16. 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) ?
17. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
18. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
19. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
20. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
21. 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 ?
22. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.

23. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
 24. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
 25. 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.
 26. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 27. 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.
 28. a) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr D_____ sur la capacité de travail de l'expertisée (rapport du 29 mai 2017) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
b) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr F_____, médecin SMR, sur la capacité de travail de l'expertisée (rapport du 14 août 2018) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
 29. Formuler un pronostic global.
 30. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
5. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
 6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

La présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le