



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1045/2019

ATAS/800/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 24 septembre 2020**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée \_\_\_\_\_ à CHÊNE-BOURG,  
représentée par l'APAS-Association pour la permanence de  
défense des patients et des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1964, divorcée, mère d'une fille née en 1984, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'aide en médecine dentaire. Elle a travaillé de 1987 à 1989 comme assistante dentaire, comme secrétaire à 50 % de 1996 à 1997, comme conductrice (transport d'enfants) de novembre 1997 à mai 2004 puis à raison de quinze heures par semaine depuis le 23 août 2004, comme sommelière à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008, comme conductrice pour les transports scolaires et parascolaires à 50 % du 30 août 2010 au 31 mars 2015 et comme patrouilleuse scolaire d'août 2010 à octobre 2018 à 20 %.
2. Suite à une chute, le 21 février 1989, d'une hauteur de deux mètres, l'assurée a souffert de douleurs sacro-iliaques.
3. Le 18 janvier 1990, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
4. Par décisions des 13 novembre 1991 et 1<sup>er</sup> juin 1993, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 1989 au 31 juillet 1991 puis dès le 1<sup>er</sup> septembre 1992 (elle a perçu des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> août 1991). L'assurée a bénéficié d'un reclassement professionnel comme employée de commerce, assistante de gestion (diplôme obtenu le 6 juillet 1992).
5. Le 31 juillet 2005, le doctoresse B\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, un trouble mixte de la personnalité (évitante / dépendante) et une dépendance aux opiacés en rémission complète et attesté d'une incapacité de travail de 60 % depuis février 2003.
6. Le 1<sup>er</sup> septembre 2005, la doctoresse C\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a attesté d'une ostéite condensante des deux articulations sacro-iliaques, de migraines invalidantes, de céphalées de tensions, de cervicalgies chroniques et d'un état dépressif ; l'incapacité de travail était de 50 %.
7. Par communication du 15 septembre 2005, la rente d'invalidité a été maintenue (degré d'invalidité de 50 %).
8. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008, l'assuré a été domiciliée dans le Canton du Valais.
9. Le 15 décembre 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_ a confirmé une incapacité de travail de 50 %, en relevant que l'adaptation à sa nouvelle activité dans la restauration, en Valais, n'était pas facile, avec un tentamen récent.
10. Par communication du 7 janvier 2009, l'Office cantonal AI du Canton du Valais a maintenu la demi-rente d'invalidité.
11. Dès le 1<sup>er</sup> août 2009, l'assurée a été domiciliée dans le Canton de Genève.
12. Le 11 octobre 2010, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire et d'une capacité de travail limité à 50 %.

13. Le 24 novembre 2010, la doctoresse B\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité de travail de 50 %. L'activité de conductrice de minibus était optimale, avec une alternance des positions, de courtes périodes de concentration et peu de stress relationnel.
14. Par communication du 27 janvier 2011, l'OAI a maintenu la demi-rente d'invalidité.
15. Le 25 septembre 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire, avec des fluctuations fréquentes et des décompensations plus fréquentes, et d'une capacité de travail de 50 % comme conductrice ; l'assurée était épuisée par ce taux de travail et présentait de plus en plus de somatisations.
16. Le 26 septembre 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire et d'une capacité de travail de 48 % comme conductrice scolaire.
17. Par communication du 3 octobre 2013, l'OAI a maintenu la demi-rente d'invalidité.
18. Le 10 juillet 2015, l'assurée a déposé une demande de révision des prestations, en faisant valoir des douleurs intenses et constantes avec un état dépressif, une incapacité de travail totale du 15 mai au 15 juillet 2014, du 8 octobre 2014 au 31 mars 2015 et dès le 15 juin 2015, attestée par le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH.
19. Le 17 août 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis octobre 2014, par une chute de la thymie, des troubles de la concentration, une intolérance au stress, de l'anxiété, des insomnies, et une capsulite de l'épaule droite depuis mars 2015.
20. Le 9 octobre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté de diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2) et personnalité borderline (F 60.3). Il suivait l'assurée depuis le 12 octobre 2014 ; l'incapacité de travail était de 80 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2015 en raison d'une diminution sévère de l'endurance psychique, grande fatigabilité physique et psychique, trouble de la concentration et tristesse omniprésente.
21. Le 7 décembre 2015, la doctoresse E\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, a attesté d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droits avec conflit sous-acromial et ténosynovite de long chef du biceps droit.
22. Le 8 décembre 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis octobre 2014. L'épaule droite était limitée dans tous les axes et la thymie était fragile. L'assurée arrivait tout juste à travailler à 20 %.
23. Le 1<sup>er</sup> mars 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire avec une capacité de travail maximum de 20 %, depuis novembre 2015.
24. Le 16 février 2016, la Dresse E\_\_\_\_\_ a constaté l'échec du traitement par physiothérapie et infiltration.

25. Une IRM de l'épaule droite du 24 février 2016 a conclu à une tendinopathie distale du tendon supra-épineux associée à une bursite sous acromio-deltoïdienne compatible avec un statut de conflit sous-acromial. Désinsertion très partielle de la partie haute du tendon sous-scapulaire, sans rétraction, accompagnée d'une légère infiltration graisseuse du chef musculaire sur sa partie la plus supérieure.
26. Le 29 février 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire ; depuis septembre 2015 il y avait une aggravation avec tristesse, anxiété, trouble de la concentration, fatigabilité importante, dépression sévère récurrente. La capacité de travail était de 30 % comme patrouilleuse scolaire, taux maximum envisageable.
27. Le 17 juin 2016, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %.
28. Le 5 juillet 2016, l'assurée a subi une arthroscopie de l'épaule droite (suture des tendons sous-scapulaire, sus-épineux et sous-épineux, décompression sous-acromiale, résection acromio-claviculaire).
29. Le 7 janvier 2017, l'assurée a informé l'OAI que le docteur F\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, serait son nouveau médecin, la Dresse C\_\_\_\_\_ cessant son activité.
30. Le 17 janvier 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le 17 novembre 2016 et une amélioration en décembre 2016 et janvier 2017 ; les limitations fonctionnelles étaient mécaniques (capsulite rétractile) et la capacité de travail était de 20 % depuis le 27 janvier 2017.
31. Le 28 février 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'assurée présentait un état dépressif, des douleurs abdominales chroniques, une hypertension primaire, des céphalées chroniques, des lombalgies et dorsalgies chroniques et une omalgie chronique à droite.
32. A la demande de l'OAI, la CRR a rendu une expertise pluridisciplinaire le 31 août 2018 (Docteur G\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, Doctoresse H\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Docteur I\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie).

Du point de vue rhumatologique, l'assurée se plaignait de cervicalgies, avec maux de têtes postérieurs, de douleurs dans le rachis lombaire, de la fesse gauche, de l'épaule gauche, du coude droit, des mains, du genou droit ; elle présentait les diagnostics d'ostéose iliaque condensante du côté gauche, de cervicalgies et lombalgies non spécifiques, de discopathie L5-S1 de type Modic II, de rupture partielle du LCA du genou gauche, d'arthrose du genou gauche et d'épicondylite latérale. Une activité à 100 % était exigible du point de vue rhumatologique, avec les limitations fonctionnelles suivantes : activité prolongée et/ou répétitives avec le rachis en porte-à-faux, le port de charges lourdes répétitif et/ou prolongé, les activités prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, les accroupissements répétés et le travail à genoux. L'activité de patrouilleuse scolaire était adaptée.

---

Du point de vue psychiatrique, l'assurée se plaignait de fatigue, de tristesse, d'idées noires, d'un moral bas, d'angoisses fluctuantes, de phobies, de tocs, de fluctuation de l'humeur, d'insomnies, d'énergie et de confiance en soi très réduites, de manque de projet, d'envies de s'auto-mutiler, de diminution de la concentration et de la mémoire et d'absence de libido. Elle présentait les diagnostics de trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). La capacité de travail était de 50 %. Du point de vue de la médecine interne, il n'y avait pas de diagnostic incapacitant.

33. Le 2 octobre 2018, le docteur J\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que la capacité de travail était toujours de 50 %, y compris dans l'ancienne activité.
34. Par projet de décision du 14 décembre 2018, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée.
35. Le 9 janvier 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'assurée, depuis l'expertise de la CRR, présentait une rechute dépressive sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent; elle avait dû interrompre son activité professionnelle au 1<sup>er</sup> novembre 2018 suite à la pathologie anxio-dépressive. Elle présentait également dans le cadre de ce nouvel épisode une augmentation des douleurs nécessitant une augmentation de la consommation d'antalgiques, de myorelaxants et d'anxiolytiques, qui rendaient plus difficile son activité professionnelle. Dans ce contexte d'anxiété, elle présentait également des troubles relationnels dus à une irritabilité et une certaine impulsivité qui mettaient en difficulté ses relations sociales et venait d'autant plus impacter son état d'humeur. Elle présentait aussi des troubles de la concentration, des migraines, un acouphène et une grande fatigabilité augmentée par un toc de rangement ainsi que des symptômes anorexiques. Elle était totalement incapable de travailler, pour une durée qui lui paraissait définitive.
36. Le 31 janvier 2019, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle avait dû démissionner comme patrouilleuse scolaire le 1<sup>er</sup> novembre 2018, activité qui avait aggravé son état de santé ; elle ne pouvait plus travailler en raison de douleurs, dépression, angoisses, stress, acouphènes accentués ; elle avait dernièrement passé trois semaines en clinique et était totalement désespérée. Elle a joint :
  - Une lettre de sortie de la Clinique de Montana du 23 janvier 2019 attestant d'un séjour du 12 novembre au 3 décembre 2018 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.
  - Un rapport du Dr F\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, du 18 janvier 2019 attestant notamment de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec idéation suicidaire passif nécessitant une hospitalisation à la Clinique de Montana et une anxiété modérée à sévère; la limitation fonctionnelle était liée principalement à l'impact de son état psychologique (dépression et anxiété sévère) sur ses douleurs généralisées notables et possiblement ses symptômes digestifs et neurologiques (poussée de migraine, céphalées de tension),

---

témoignée préalablement par les résiliations des multiples rapport de travail. Les douleurs persistantes induisaient parfois une augmentation des doses de l'antalgique (Tramal), des myorelaxants et des anxiolytiques mettant l'assurée à risque pour certaines activités professionnelles. En présence d'un état anxio-dépressif sévère, sa capacité de travail était de 0 %.

- Un rapport du 16 janvier 2019 de la doctoresse K\_\_\_\_\_ FMH rhumatologie et médecine-interne, attestant d'une tendinite insertionnelle avec petit arrachement distal du tendon sous-scapulaire, probablement lié à un conflit antérieur avec le ligament coraco-acromial.
- Un rapport de la doctoresse L\_\_\_\_\_, physiothérapeute, du 23 janvier 2019 attestant d'un suivi depuis plusieurs années et de douleurs avec difficultés de mobilité articulaire et de contraction musculaire (coudes, épaules, poignets, genou droit, colonne cervicale, lombaire et sacrée).

37. Le 9 février 2019, le docteur M\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis selon lequel la péjoration du trouble dépressif récurrent était limitée dans le temps.

38. Par décision du 11 février 2019, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante, la capacité de travail de celle-ci étant de 50 % dans toute activité.

39. Le 14 mars 2019, l'assurée, représentée par l'APAS, Association permanence défense des patients et assurés, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Elle fait valoir que l'OAI n'invoquait aucun argument permettant de retenir que l'aggravation de son état de santé n'était que temporaire, ce d'autant que son psychiatre traitant attestait d'une incapacité de travail totale et définitive ; sa pathologie à l'épaule n'avait pas été prise en compte. Elle a sollicité l'audition de ses médecins traitant, voire l'ordonnance d'une expertise judiciaire ; enfin, le revenu sans invalidité devait correspond à celui d'assistante dentaire. Elle a communiqué :

- Un rapport de radiographie de la colonne lombo-sacrée, de l'épaule droite (avec échographie) du 21 février 2019 concluant à des données échographiques de l'épaule droite sans argument en faveur d'une déchirure de la coiffe et une bursite sans acromio-deltoïdienne. Le bassin apparaissait bien équilibré. Discrète attitude scoliotique dorso lombaire à convexité gauche. Rectitude du segment, mais sans défaut d'alignement des murs postérieurs. Discopathies modérées étagées en L3-L4, L4-L5 et surtout L5-S1, visibles sous forme de pincements des espaces intersomatiques et d'une ébauche d'ostéophytose marginale essentiellement antérieure des plateaux vertébraux adjacents. Pas d'altération morphologique des corps vertébraux. Ostéose iliaque condensante bilatérale mais plus marquée radiologiquement du côté gauche. Status post suture tendineuse avec présence de quatre ancras. La congruence articulaire gléno humérale était conservée. Ebauche d'omarthrose visible sous forme d'une

---

collerette ostéophytaire débutante à la jonction tête et col inférieure. Pas de diminution de l'espace sous acromial.

- Un certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2018 selon lequel l'assurée avait été encouragée à donner sa démission pour des raisons de santé.
  - Une confirmation d'entrée à la Clinique genevoise de Montana du 11 mars 2019, pour le 19 mars 2019.
40. Le 10 avril 2019, la Dresse N\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis selon lequel, du point de vue rhumatologique, il n'existait pas d'aggravation de l'état de santé notable et durable ; les conclusions du SMR du 2 octobre 2018 étaient confirmées.
41. Le 15 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se ralliant à l'avis du SMR du 10 avril 2019.
42. L'assurée a transmis l'avis de sortie du 18 avril 2019 de la Clinique genevoise de Montana attestant d'un séjour du 20 mars au 17 avril 2019 pour un diagnostic principal de fibromyalgie avec des comorbidités, dont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.
43. Le 17 mai 2019, l'assurée a répliqué en relevant que les deux hospitalisations en 2018 et 2019 démontraient l'aggravation sur le long terme de son état de santé ; l'expert rhumatologue de la CRR n'avait pas pris connaissance de l'IRM de l'épaule droite du 25 février 2016, ni tenu compte de la bursite sous acromio-delhoïdienne et de l'omarthose. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait attesté d'une aggravation de ses symptômes. On devait lui reconnaître un statut d'active et tenir compte d'un revenu sans invalidité d'assistante dentaire. Elle a communiqué un avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2019, adressé à un docteur dont le nom n'était pas mentionné et selon lequel lors du contrôle du 1<sup>er</sup> mai 2019, l'assurée présentait une aggravation de ses symptômes dépressifs, suite à une période de soulagement après l'hospitalisation à Montana ; on notait également une aggravation de ses polyarthralgies dans le contexte de fibromyalgie. Il indiquait apprécier l'avis du médecin au sujet de la majoration du traitement de Remeron par la Venlafaxine le matin dans un but également antalgique étant donné que les essais préalables de Cymbalta et Lyrcia avaient été intolérés par l'assurée.
44. Le 27 mai 2019, la Dresse O\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel le diagnostic principal de l'avis de sortie du 18 avril 2019 était une fibromyalgie. Par ailleurs, l'assurée avait été hospitalisée dans un milieu non spécialisé en psychiatrie mais en réadaptation ; le rapport du Dr F\_\_\_\_\_, qui était interniste et non psychiatre, indiquait une aggravation des symptômes dépressifs lors de son contrôle du 1<sup>er</sup> mai 2019 qui motivait une modification du traitement antidépresseur. Ce courrier était adressé à un confrère qui n'était pas nommé ; aucune modification de traitement n'était intervenue avec ce contrôle puisque l'assurée avait un traitement de Remeron 30 mg/jour jusqu'alors. Au total, au cas où une éventuelle aggravation psychique et somatique était intervenue en mai 2019, celle-ci était postérieure à la décision de l'OAI du 11 février 2019.

45. Le 3 juin 2019, l'OAI a constaté que seuls les faits antérieurs au 11 février 2019 pouvaient être retenus.
46. Le 26 juillet 2019, l'assurée a observé que l'expert psychiatre de la CRR ne l'avait pas interrogée sur ses récentes hospitalisations, alors même qu'elle avait dû consulter en urgence quelques jours avant son séjour à la CRR. Elle a communiqué :
- Un avis de sortie du service des urgences des HUG du 6 août 2018 attestant d'un diagnostic de « major depressive disorder recurrent (F33) » et d'une admission pour tristesse et idéation suicidaire.
  - Une note d'admission du service de psychiatrie adulte des HUG du 9 août 2018 pour symptomatologie dépressive avec idées suicidaires. Il est mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et une personnalité émotionnellement labile et dépendante.
47. Le 26 août 2019, l'assurée a communiqué la lettre de sortie du 31 juillet 2019 de la Clinique genevoise de Montana, attestant d'un séjour du 20 mars au 17 avril 2019 et d'un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique.
48. Le 9 septembre 2019, la Dresse O\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis médical. Le rapport d'intervention psychiatrique d'urgence était une consultation aux urgences qui concluait que l'assurée n'avait pas de critères suffisants pour nécessiter une hospitalisation et l'assurée était renvoyée à domicile avec un suivi au CAPPI durant les vacances de son psychiatre traitant. Il ne s'agissait pas d'un rapport d'hospitalisation. Le rapport de prise en charge ambulatoire au CAPPI du 9 août 2018 retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Cependant, le status était très rassurant : la thymie était triste mais les idées noires et suicidaires étaient présentes par intermittence, l'anhédonie et l'aboulie étaient partielles et l'anxiété était légère à modérée de sorte qu'un épisode dépressif sévère ne pouvait être retenu avec ce status. D'ailleurs, ce status était meilleur que celui de la Dresse H\_\_\_\_\_ (sic) en date du 23 août 2018.

La lettre de sortie de la clinique de Montana du 31 juillet 2019 retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère mais l'assurée n'avait bénéficié que d'un suivi psychologique. Il n'y avait pas eu de modification du traitement médicamenteux psychotrope. L'assurée avait bénéficié essentiellement de physiothérapie et d'un suivi diététique qui se faisaient dans une clinique de réadaptation et non dans un milieu psychiatrique spécialisé. D'ailleurs, les médecins ayant signé la lettre de sortie n'étaient pas spécialisés en psychiatrie.

Les éléments versés dans le cadre de la procédure de recours n'apportaient aucun élément nouveau ou susceptible de modifier les conclusions précédentes qui restaient toujours valables.

- 
49. Le 24 septembre 2019, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR du 9 septembre 2019.
  50. Le 17 octobre 2019, l'assurée a communiqué une convocation du 18 septembre 2019 à la Clinique des Grangettes pour une intervention le 17 octobre 2019 ainsi qu'une confirmation d'admission à la clinique de Montana pour le 23 octobre 2019.
  51. Le 11 novembre 2019, elle a précisé que son hospitalisation était prolongée jusqu'à fin novembre 2019.
  52. Le 9 décembre 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai été opérée le 17 octobre 2019 par le Dr P\_\_\_\_\_. J'ai ensuite été hospitalisée à la Clinique de Montana pour l'épaule et mes problèmes psychologiques du 23 octobre au 18 novembre. Je ne me sens pas bien du point de vue psychique, je suis vidée, je pleure souvent, je suis asociale, je dois faire des efforts pour me rendre à mes rendez-vous médicaux. Je n'ai plus de vie sentimentale depuis de très nombreuses années. Je vis en retrait. J'ai des douleurs pratiquement en permanence, musculo-squelettique. J'ai également des problèmes au genou droit, je devrais sûrement me faire poser une prothèse. J'ai exercé en dernier lieu comme patrouilleuse scolaire à 20 %. Je n'arrivais plus à exercer cette activité en raison de mon état psychologique qui s'était dégradé et aussi en raison de mes problèmes physique (je n'arrivais plus à soulever la palette). Mes médecins m'ont demandé d'arrêter.

J'ai obtenu un CFC d'assistante dentaire. J'ai exercé deux ans comme assistante dentaire mais j'ai dû arrêter en raison de mes problèmes de dos ainsi que des problèmes psychologiques, j'ai été reclassée par l'OAI comme employée de commerce, mais j'ai effectué des transports d'enfants pendant 28 ans. Je n'ai exercé une activité de secrétaire que pendant une année pour l'institut Q\_\_\_\_\_, activité que j'ai dû cesser en raison de cervicalgies. J'ai trouvé que mon séjour à Sion à la CRR de trois jours était très éprouvant, en raison de l'examen psychiatrique qui m'a fait revivre beaucoup d'émotions. Je suis suivie par mon médecin traitant le Dr F\_\_\_\_\_ ainsi que par un psychiatre le Dr D\_\_\_\_\_, que je vois une fois par mois, et une psychologue, Madame R\_\_\_\_\_, que je vois environ chaque dix jours. Ce sont mes médecins traitants, soit le Dr D\_\_\_\_\_ qui m'a envoyé à la Clinique de Montana en automne 2018 et en mars 2019, et les Dr F\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et mon chirurgien qui m'ont envoyé à la Clinique de Montana en automne 2019. Lors de mon hospitalisation en mars 2019, j'ai suivi un traitement de physiothérapie (massage Fango) mais j'ai surtout été suivie du point de vue psychiatrique. Je ne sais pas pourquoi le SMR a dit que j'aurai été hospitalisée en réadaptation. J'ai évoqué ceci avec la médecin cheffe de la Clinique de Montana et avec les psychiatres et psychologues, ils n'ont pas compris cette remarque. Ils ont été étonnés de l'avis de l'AI. Le patient est bien pris en charge du point de vue psychiatrique. A mon souvenir il y a un psychiatre qui supervise tout l'étage.

Je verse au dossier un rapport opératoire du 17 octobre 2019 et une lettre de sortie du 2 décembre 2019. J'ajoute que vous me voyez aujourd'hui présentable mais que derrière cette façade je suis en souffrance en permanence et que je peux rester des jours chez moi sans sortir. Je dois aussi prendre énormément de médicaments tous les jours. J'ai testé beaucoup de médicaments mais certains m'étaient interdits en raison de mon activité de conductrice et celle de patrouilleuse scolaire. Avant d'obtenir ma rente AI à 50 % j'étais aidé en médecine dentaire à 100 %, activité que j'aurai continué si je n'avais pas eu des problèmes de santé. ».

La représentante de l'OAI a déclaré : « L'OAI considère qu'une aggravation de l'état de santé s'est éventuellement produite en mai 2019 mais que celle-ci est postérieure à la décision litigieuse de février 2019. A mon sens, l'OAI ne disposait pas des rapports médicaux établissant une aggravation de l'état de santé psychiatrique après l'hospitalisation à la Clinique de Montana à l'automne 2018. J'indique que le statut obtenu par l'OAI de la recourante est celui d'active à 100 %. ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Je relève que le SMR ne discute pas non plus dans son dernier avis de tous les éléments, en particulier du fait que la recourante a dû cesser son activité de patrouilleuse scolaire au 1er novembre 2018. Par ailleurs, la CRR n'évoque pas la problématique de l'épaule gauche. Or, celle-ci est antérieure à la décision litigieuse puisqu'elle est documentée par une IRM et une échographie du 16 janvier 2019. ».

Un délai a été fixé à l'OAI pour fournir un avis SMR sur la question de l'aggravation éventuelle de l'état de santé de la recourante après l'hospitalisation à la Clinique de Montana à l'automne 2018 compte tenu de tous les éléments médicaux au dossier notamment les hospitalisations suivantes en mars et octobre 2019 ainsi que la problématique de l'épaule gauche.

53. Le 15 janvier 2020, la Dresse N\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis médical. L'évolution sur le plan orthopédique avait été satisfaisante après l'intervention chirurgicale du 17 octobre 2019. La CRR avait analysé la pathologie des épaules de façon circonstanciée. Si un épisode de dépression sévère avait été constaté par la clinique genevoise de Montana (séjour du 23 octobre au 18 novembre 2019), l'évaluation avait ensuite été satisfaisante ; l'expertise de la CRR permettait d'acter une absence d'aggravation, en août 2018, de l'état de santé de la recourante ; le SMR estimait qu'il n'y avait pas eu d'aggravation notable et durable de l'état de santé psychique de la recourante avant la décision du 11 février 2019, une éventuelle aggravation sur les plans psychiatrique et rhumatologique n'avait pu intervenir que postérieurement à la décision du 11 février 2019.
54. Le 15 janvier 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.
55. Le 16 mars 2020, la recourante a observé qu'il était incompréhensible que le SMR sous-estime son état de santé, au vu des pièces au dossier et alors qu'elle avait dû cesser son activité de patrouilleuse scolaire au 1<sup>er</sup> novembre 2018 ; l'intervention à

l'épaule était survenue dans la continuité des plaintes présentes depuis juin 2018 ; elle avait, de surcroît, développé une capsulite rétractile ; la pathologie de son épaule n'avait ainsi pas été évaluée de façon circonstanciée par la CRR. Elle présentait un trouble dépressif récurrent sévère ; une crise importante précédait toujours ses séjours à la Clinique de Montana, lesquels lui permettaient de refaire surface quelques temps, avec une amélioration de son état en fin d'hospitalisation, mais qui restait limitée dans le temps, en raison de la récurrence des troubles, avec un niveau de sévérité élevé. L'aggravation de son état de santé psychique et somatique avait débuté en 2015 ; la rechute sévère qui était en cours dès le mois de mai 2018 et était antérieure à l'expertise, avait été hautement sous-estimée par l'expert psychiatre, qui ne la mentionnait même pas, alors même que la recourante avait fait part à la Dresse H\_\_\_\_\_ de son passage aux urgences psychiatriques des HUG le 6 août 2018 et de ses rendez-vous au CAPPI. Ceux-ci avaient dû être urgemment mis en place en raison de l'absence du médecin-psychiatre de la recourante durant deux mois. L'assurée insistait encore également sur le fait que ses diverses affections nécessitaient la prise régulière d'antidépresseurs et d'antalgiques puissants, ce depuis plusieurs années, qui lui occasionnaient des effets secondaires qui venaient eux aussi peser sur sa capacité de travail. Elle requérait l'audition de ses médecins traitants et persistait dans ses conclusions. Elle a produit :

- Un rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 7 février 2020, selon lequel, après un examen clinique du 20 janvier 2020, l'assurée avait développé une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Il avait pratiqué une arthroscopie de l'épaule gauche le 17 octobre 2019 pour une lésion du tendon sous-scapulaire, lésion bursale dans la partie centrale du tendon sous-épineux, conflit sous acromial de l'épaule gauche ; les suites de l'intervention de l'épaule gauche seraient influencées par l'évolution de la capsulite rétractile déjà vécue à droite, qui avait pris environ 18 - 24 mois pour se résoudre et donner une fonction satisfaisante à l'épaule. L'assurée connaissait cette évolution ; il n'y avait rien qui parlait contre une déviation de l'évolution connue. La physiothérapie serait adaptée avec un traitement purement antalgique.
- Un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 14 février 2020 selon lequel il suivait régulièrement l'assurée depuis le 14 février 2013, dont la situation psychiatrique était préoccupante ; elle présentait une dépression majeure sévère récurrente résistante aux traitements, CIM-10: F33.2. Cette dépression se plaçait dans un contexte d'autres pathologies psychiatriques sévères. Elle présentait un trouble de personnalité Borderline sévère CIM-10: F60.3 depuis la fin de son adolescence, qui était probablement à mettre en lien avec des maltraitements physiques et psychiques pendant l'enfance. Cette dernière pathologie l'avait d'ailleurs obligée à interrompre son métier d'assistante dentaire et elle avait bénéficié d'une rente AI à 50 % depuis 1987. Ce trouble de personnalité Borderline l'avait amenée à de nombreux problèmes et notamment une longue période de dépendance aux opiacés dans le cadre de douleurs chroniques, CIM-

10 : F11.22. Elle présentait également un TOC sévère de rangement, résistant au traitement CIM-10: F42.2. Ceci était extrêmement invalidant pour l'assurée qui s'épuisait et cela limitait fortement sa capacité à sortir et avoir des activités de toute nature.

56. Le 7 septembre 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la docteure S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
57. Le 15 septembre 2020, l'OAI a rappelé qu'une expertise judiciaire ne se justifiait pas et indiqué que si elle était maintenue, il convenait d'ajouter une question, selon l'avis SMR du 14 septembre 2020.
58. Le 21 septembre 2020, la recourante s'est déclarée d'accord avec la mission d'expertise.

### **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

---

la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. 28 al. 2 LAI).

6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée

---

pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

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

d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
  - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
  - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
  - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable.

Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

##### A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

###### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

### II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non

seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

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

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels

---

qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

7. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

e. 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).

f. 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).

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

---

psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. 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).
12. En l'occurrence, l'intimé, suivant le dernier avis du SMR du 15 janvier 2020, considère qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante (rhumatologique et psychiatrique) n'a pu intervenir que postérieurement à la décision du 11 février 2019 et confirme le bien-fondé de celle-ci sur la base du rapport d'expertise de la CRR du 31 août 2018 qu'il considère comme probant.

Du point de vue psychiatrique, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté le 9 janvier 2019 d'une aggravation de l'état de santé de la recourante par une rechute dépressive sévère,

ayant entraîné la cessation de toute activité au 1<sup>er</sup> novembre 2018 ; le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé le 18 janvier 2019 la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec idéation suicidaire passif. Le 6 août 2018, la recourante avait consulté les HUG en urgence pour un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel sévère, avec idéation suicidaire. Par ailleurs, la recourante a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 12 novembre au 3 décembre 2018 pour un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (lettre de sortie de la Clinique de Montana du 23 janvier 2019) puis du 20 mars au 17 avril 2019 pour une fibromyalgie avec un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (lettre de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 31 juillet 2019). Le 1<sup>er</sup> mai 2019, le Dr F\_\_\_\_\_ a fait état d'une nouvelle péjoration de l'état de santé psychiatrique de la recourante. Enfin le 14 février 2020, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation psychiatrique était préoccupante, avec une dépression majeure sévère récurrente, résistante au traitement.

Au demeurant, les pièces médicales précitées attestent d'une atteinte à la santé de la recourante, du point de vue psychiatrique, plus importante que celle retenue par l'expertise de la CRR, de sorte qu'elles mettent en doute les conclusions de celle-ci, ainsi que l'avis du SMR selon lequel une éventuelle aggravation de l'état de santé ne serait survenue que postérieurement au 11 février 2019, cette affirmation n'étant par ailleurs aucunement motivée.

Au vu de ce qui précède, d'une part, le volet psychiatrique de l'expertise de la CRR, ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante, d'autre part, même si tel était le cas, les pièces du dossier vont dans le sens d'une aggravation probable de l'état de santé psychiatrique de la recourante antérieurement à la décision litigieuse.

Dans ce contexte, il se justifie de compléter l'instruction médicale par l'ordonnance d'une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée à la Doctoresse S\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie. La question D 10.1 sera complétée dans le sens voulu par l'intimé.

En l'état, l'appréciation de l'aspect somatique est réservée.

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

**Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A\_\_\_\_\_.

Commet à ces fins la Doctoresse S\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, T\_\_\_\_\_, à Genève. 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 la personne expertisée, en particulier les docteurs
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
  - 1. Anamnèse détaillée.**
  - 2. Plaintes de la personne expertisée.**
  - 3. Status clinique et constatations objectives.**
  - 4. Diagnostics** (selon un système de classification reconnu)
    - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
      - 4.1.1 Dates d'apparition
    - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
      - 4.2.2 Dates d'apparition
    - 4.3 En particulier, l'état de santé de la personne expertisée s'est-il aggravé depuis l'année 2015, voire depuis novembre 2018 ? Si oui, de quelle manière ?
  - 5. Limitations fonctionnelles**
    - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
      - 5.1.2 Date d'apparition
    - 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?
    - 5.3 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré-e).

- 5.4 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) ?

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

## 6. **Cohérence**

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

## 7. **Personnalité**

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

## 8. **Ressources**

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
- a) psychique
  - b) mental
  - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

**9. Capacité de travail**

- 9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité lucrative ?
- 9.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 9.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 ?
- 9.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

**10. Traitement**

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation, avec un contrôle de la compliance thérapeutique avec dosage sanguin du ou des psychotropes.
- 10.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée
- 10.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

**11. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 11.1 Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse H\_\_\_\_\_ de la CRR du 23 août 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Etes-vous d'accord avec les avis du Dr D\_\_\_\_\_ des 9 janvier 2019 et 14 février 2020 ? En particulier avec diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail nulle ? Si non, pourquoi ?
- 11.3 Etes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 15 janvier 2020 ? En particulier avec le constat qu'une éventuelle aggravation psychiatrique n'a pu survenir qu'après le 11 février 2019 ? Si non, pourquoi ?
12. Quel est le pronostic ?
13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le