RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1092/2020 **ATAS/92/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 9 février 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par l'Association- permanence défense des patients et assurés (APAS) recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Le 3 janvier 2019, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), d'origine italienne, née en Suisse en 1970, ayant exercé pour la banque B_____ une activité de "client advisor" et "relationship manager", a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une allogreffe rénale suite à une insuffisance rénale chronique de stade 5 et une totale incapacité de travail depuis août 2016.

b. Ont été versés au dossier, notamment :

- un document émanant de la doctoresse C_____, du département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), service de néphrologie, du 15 mars 2019, concluant à une asthénie sévère, de l'anxiété, des troubles du sommeil, un isolement social, un élan vital diminué, mais, sur le plan physique, à un examen sans anomalie ; du point de vue strictement néphrologique, le médecin mentionnait une bonne fonction du greffon rénal avec un bon pronostic sous traitement immunosuppresseur et suivi spécialisé régulier ; il n'y avait pas de restriction fonctionnelle découlant directement de la fonction du greffon rénal ; l'incapacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle pour les raisons psychiques énumérées, mais sans lien direct strict avec le greffon rénal ; la capacité de travail serait en revanche de 50% dans une activité adaptée, après prise en charge des troubles psychiques; la patiente avait débuté un suivi psychiatrique auprès de la doctoresse D_____ ;
- un rapport de la Dresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 12 avril 2019, confirmant que l'assurée lui avait été adressée par la doctoresse E_____, psychiatre aux HUG, en raison d'une péjoration thymique depuis juin 2018 ; la patiente était déjà sous antidépresseurs et en incapacité de travail de 100% ; elle s'était montrée ambivalente quant à la poursuite du suivi avec elle, de sorte qu'il avait été convenu qu'elle recherche un autre psychiatre ;
- un rapport rédigé le 12 août 2019 par la Dresse E_____, du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des HUG, expliquant avoir rencontré l'assurée en date du 19 février 2019 dans un contexte d'accentuation de l'anxiété et de baisse de la thymie ; la patiente était connue pour un trouble anxieux et au bénéfice d'un suivi psychiatrique en 2011 ; elle-même avait constaté la nécessité d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier étant précisé que la patiente était sous antidépresseurs depuis 2011 ;

- un rapport de la Dresse C_____, du 17 août 2019, indiquant que l'état de santé de sa patiente était demeuré stationnaire : celle-ci souffrait depuis juin 2018 d'une asthénie chronique, de troubles du sommeil, d'une impossibilité à gérer ses émotions, de sudations nocturnes, de tristesse et de dépression ; étaient également mentionnés des troubles de la mémoire et de la concentration ; elle était en arrêt de travail depuis décembre 2016, mais son état de santé s'était modifié de façon notable depuis juin 2018 ; la gravité des troubles psychiques nécessitait une prise en charge psychiatrique ;
- un bref avis du docteur F_____, du Service médical régional de l'AI (SMR), du 6 janvier 2020, décrétant qu'au vu de l'absence de nécessité de traitement et de suivi psychiatriques, il était manifeste que l'assurée ne présentait pas d'atteinte psychique suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail ; quant à l'atteinte rénale, elle n'entraînait plus aucune limitation ;
- un rapport des Dresses C_____ et E_____ des HUG du 12 février 2020 expliquant avoir abordé à nouveau avec leur patiente en date du 31 janvier 2020, la nécessité d'une prise en charge psychiatrique et indiquant qu'à leur avis, des mesures de réinsertion professionnelle étaient indispensables afin d'aider leur patiente dans son parcours de réhabilitation et de reprise d'autonomie ;
- un nouvel avis du Dr F_____ du 18 février 2020 estimant qu'il fallait considérer qu'une activité était possible mais "délicate" à cause du déconditionnement de l'assurée et s'en tenant pour le surplus à ses conclusions précédentes.

c. Par décision du 19 février 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, faute d'atteinte à la santé invalidante.

B. **a.** Par écriture du 2 avril 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en demandant l'audition de ses médecins, la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique et, quant au fond, l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er juin 2019.

À l'appui de sa position, elle a notamment produit :

- un rapport des Dresses C_____ et E_____ du 3 mars 2020, dont il ressort qu'elle a bénéficié d'une première allogreffe rénale en provenance d'un donneur vivant en novembre 2016, que sur le plan psychiatrique, a été mise en évidence depuis juin 2018 une symptomatologie dépressive, se manifestant principalement par une humeur dépressive, une irritabilité, un manque de motivation et de fortes angoisses ; la nécessité d'une prise en charge psychiatrique, était soulignée, dont il était précisé qu'elle avait finalement débuté courant 2019 auprès de la Dresse D_____, mais rapidement interrompue après trois séances d'un commun accord, l'assurée recherchant un autre thérapeute ;

- un rapport établi le 9 mars 2020 par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, expliquant qu'il suit l'assurée depuis le 27 février 2020, à raison d'une fois par semaine, concluant à une labilité d'humeur, à une irritabilité, à des émotions à fleur de peau, de la tristesse, des pleurs, des ruminations dépressives et anxieuses, une perturbation du sommeil, une asthénie, un repli social, une anhédonie, une diminution de la confiance et de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité envers la personne qui lui a cédé un rein, des difficultés de concentration et des idées de mort ; le médecin pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère prenant une allure chronique depuis juin 2018 et conclut à une totale incapacité de travail pour raisons psychiatriques, à tout le moins depuis le début de sa prise en charge, voire, d'après l'anamnèse, probablement juin 2018 ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : troubles relationnels (irritabilité, évitements sociaux), difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme en raison de l'anhédonie et troubles de la concentration.

b. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu au rejet du recours.

En substance, il nie l'existence d'une atteinte invalidante en se référant à l'avis émis le 6 janvier 2020 par le SMR et produit un nouvel avis de ce dernier, du 14 avril 2020, dans lequel le SMR relève que le suivi psychiatrique a débuté après la décision litigieuse et en tire la conclusion que cela peut être mis en relation avec une aggravation réactionnelle au refus de prestations, avant d'énoncer qu'une dépression réactionnelle, avec un traitement bien conduit, ne s'accompagne en général pas de limitations de la capacité de travail sur le long terme.

c. La recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions et en produisant un document rempli par le Dr G_____, expliquant que la symptomatologie psychique est secondaire au traitement immunosuppresseur, que cela est à l'origine d'une incapacité de travail à long terme, très vraisemblablement depuis juin 2018. Le médecin ajoute qu'un bilan neuropsychologique est nécessaire pour évaluer une éventuelle capacité résiduelle de travail, qu'il évalue pour sa part à 0%. Le praticien fait remarquer que si sa patiente peut certes gérer ses affaires administratives, cela ne signifie pas pour autant qu'elle soit capable d'assumer un travail.

d. L'intimé a campé sur ses positions en invoquant un nouvel avis du SMR du 9 juin 2020, maintenant qu'il n'y avait pas eu d'atteinte psychiatrique sévère incapacitante antérieure à la décision litigieuse, les plaintes demeurant principalement subjectives.

e. Par écriture du 25 juin 2020, la recourante a indiqué s'être soumise, en juin 2020, à un examen neuropsychologique et a produit le rapport établi par Monsieur H_____, psychologue FSP, le 18 juin 2020. Celui-ci conclut à un ralentissement de certaines tâches d'attention, à des difficultés en mémoire de travail et en apprentissage, mais à une mémoire visuelle préservée. Il note des

difficultés notables dans les tâches de planification (fonctions exécutives), ainsi qu'une dégradation notable des performances au fil de l'examen. Selon lui, les tâches les plus altérées, en dehors de la mémoire épisodique verbale, sont celles effectuées en fin d'examen (lequel a duré 3 heures), ce qui démontre une fatigabilité importante. Le spécialiste souligne l'absence de signes de surcharge et d'incohérence et un comportement congruent avec le trouble de l'humeur invoqué. Il conclut que les troubles cognitifs mis en évidence et affectant essentiellement la mémoire et l'attention sont typiques des altérations que l'on peut trouver dans des contextes dépressifs. Ces troubles rendent peu probable le retour à l'activité antérieure et même à une activité adaptée, décrite comme probablement administrative, mais simple et peu exigeante en termes de mémoire et de capacité d'organisation. Une telle activité ne serait possible, au mieux, qu'à mi-temps, avec une diminution prévisible du rendement de 20%.

f. Le 24 juillet 2020, l'intimé a produit un nouvel avis du SMR constatant que le bilan avait été effectué dans de bonnes conditions de participation de l'assurée, sans signes de majoration des symptômes, et admettant qu'il avait mis en évidence des troubles cognitifs de la mémoire de travail, de l'attention et une fatigabilité entrant dans le cadre d'un trouble dépressif. Le SMR reconnaissait dès lors une diminution de la capacité de travail et le fait que seule une activité à temps partiel, simple et peu exigeante était exigible. Néanmoins, ces troubles cognitifs, certes objectifs, seraient postérieurs à la décision litigieuse.

g. Entendue le 21 janvier 2021, la Dresse C_____, qui suit l'assurée depuis novembre 2015, a indiqué que la symptomatologie psychique avait véritablement été présente depuis le bilan effectué une année après la greffe, en novembre 2017 et s'était aggravée petit à petit depuis lors : l'assurée se plaignait de nervosité, de difficultés à trouver le sommeil, de problèmes de concentration et d'une incapacité à communiquer avec ses proches, qui avait conduit à un isolement social progressif. Objectivement, elle avait commencé à se plaindre six mois après l'opération, c'est-à-dire en mai 2017, d'une perte de cheveux et d'une prise pondérale inexpliquée que le médecin a pu observer objectivement. Qui plus est, l'assurée se présentait aux consultations dans un état anxio-dépressif ; sa souffrance et son émotion étaient palpables et concrétisées par des pleurs ; il lui était difficile de se concentrer sur autre chose que cette souffrance psychologique claire, que le médecin considère comme installée une année après la greffe, c'est-à-dire depuis fin 2017. Si le suivi a débuté tardivement, c'est que le lien thérapeutique n'a pu se créer avec le premier spécialiste consulté. Selon la Dresse C_____, l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle.

h. Entendue à son tour, la Dresse E_____, qui travaille aux HUG comme psychiatre de liaison, a expliqué que l'assurée lui avait été adressée par la Dresse C_____ en février 2019. Elle avait observé chez l'intéressée un épisode dépressif de degré moyen bien installé (thymie triste, fortes angoisses, ruminations anxieuses, baisse de l'élan vital, anhédonie partielle, baisse de la motivation, idées

noires passives et troubles du sommeil) et présent depuis environ six mois selon l'anamnèse. Le lien de confiance ne s'était pas créé avec le premier psychiatre auquel elle avait adressé l'assurée, ce qui n'est pas inhabituel, mais cela a renforcé les réticences initiales de la patiente et cela a pris quelque temps pour la convaincre de réessayer, sans qu'il s'agisse-là d'une opposition de sa part.

i. Le Dr G_____, quant à lui, a confirmé les termes de ses rapports et expliqué que les limitations fonctionnelles sont d'une part cognitives (difficultés de concentration d'attention et de mémoire mises en évidence par le bilan neuropsychologique), d'autre part relationnelles (irritabilité très importante et apragmatisme - c'est-à-dire manque d'envie et de plaisir empêchant toute activité). S'y ajoute une importante difficulté à gérer les émotions. Le médecin a souligné que le neuropsychologue a passé des tests de validation qui ont démontré l'absence de toute majoration des symptômes. Les limitations fonctionnelles ont un impact sur la capacité de travail, qui, selon lui, est totalement nulle, dans toute activité. Il est vrai que le neuropsychologue conclut à une capacité de travail à 50% avec une diminution de 20% de rendement, mais cela conduit à "pas grand-chose". Le psychiatre traitant a maintenu pour sa part que même une capacité de 10% n'est pas exigible. Cette incapacité remonte probablement à juin 2018, période à laquelle l'assurée a commencé à développer une symptomatologie très bruyante. Ce sont très probablement les immunosuppresseurs qui en sont à l'origine : la symptomatologie dépressive fait partie des effets secondaires fréquents. Si l'assurée est sous traitement antidépresseur minimal, c'est parce que l'interaction avec les immunosuppresseurs pourrait induire des troubles du rythme cardiaque potentiellement mortels.

j. L'intimé, après avoir soumis les procès-verbaux des audiences d'enquêtes à son SMR, a concédé que l'on pouvait admettre l'existence d'un trouble dépressif, difficile à évaluer en termes de gravité et de répercussions sur la capacité de travail. Il maintient que les manifestations n'ont été objectivées que postérieurement à la décision litigieuse, raison pour laquelle il persiste à conclure à la confirmation de celle-ci.

k. La Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise psychiatrique. Dans le délai qui leur a été accordées, les parties se sont déterminées sur les questions à poser et ont suggéré des noms d'experts potentiels.

l. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

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.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant devant la Chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

6. Le litige porte sur l'éventuel droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée.

6.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1er 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 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que

l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI)

6.2 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

6.3 Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

6.4 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, à ce motif, 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 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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).

6.5 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).

6.6 En l'espèce, l'assurée souffre sur le plan physique d'une maladie génétique, à savoir une polykystose hépatorénale entraînant peu à peu une insuffisance rénale, diagnostiquée en 1992 et ayant conduit à une greffe en novembre 2016, depuis laquelle l'intéressée doit se soumettre à un traitement à base d'immunosuppresseurs, notamment.

Certes, la néphrologue, a indiqué que d'un point de vue rénal, le pronostic était bon, le traitement suivi et régulier et qu'aucune restriction fonctionnelle ne découlait directement de la fonction du greffon rénal. Néanmoins, elle a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et à une capacité réduite à 50% dans une activité adaptée. Elle a aussi noté qu'un suivi psychiatrique avait été entamé.

La spécialiste sur ce plan a expliqué que l'assurée lui avait été adressée suite à une péjoration thymique en juin 2018 et a conclu à une incapacité de travail totale depuis mars 2019.

Néanmoins, au vu des éléments versés au dossier, l'OAI a estimé qu'il n'y avait pas d'atteinte psychique suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail, ce que conteste la recourante.

Force est de constater à l'instar de cette dernière, qu'une symptomatologie dépressive a été mise en évidence depuis juin 2018, selon le Dr G_____, entraînant vraisemblablement une totale incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif moyen à sévère depuis cette époque déjà, selon l'anamnèse.

On peut par ailleurs raisonnablement supposer que les troubles cognitifs mis en évidence en juin 2020 ne sont pas apparus du jour au lendemain et préexistaient au bilan neuropsychologique.

Enfin, on ajoutera que si le suivi par le Dr G_____ n'a effectivement débuté que huit jours après la décision litigieuse, rendez-vous avait été pris bien antérieurement.

Au vu de ces éléments, on peut légitimement penser que les troubles dépressifs mis en avant depuis plusieurs années par ses médecins ne sont pas subitement devenus invalidants en quelques jours. L'aggravation a certainement été progressive depuis 2018, suite au traitement immunosuppresseur.

Il convient cependant de se déterminer précisément sur la gravité du trouble dépressif objectivé et ses répercussions sur la capacité de travail au fil du temps, raison pour laquelle une expertise psychiatrique s'impose.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

Ordonne une expertise psychiatrique de l'assurée.

Commet à ces fins le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 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_____, D_____, E_____ et G_____.
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 (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives (notamment dosage sanguin)

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Date d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Date d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Comment l'état de santé de la personne expertisée a-t-il évolué dans le temps depuis début 2018 ?

4.5 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 la personne expertisée).

4.6 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) ?

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

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'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils 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 la 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 la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 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 activité lucrative habituelle ?

9.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.1.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ? Comment a-t-elle évolué dans le temps ?

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, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.2.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.3 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le début de l'année 2018 ? L'incapacité de travail est-elle antérieure au 19 février 2020 ?

9.4 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

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. Description des éventuels effets secondaires et des limitations potentielles y relatives.

10.2 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 ?

10.3 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 ?

10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

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

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr G_____ du 9 mars 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et son estimation de la capacité de travail? Pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 18 juin 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la Chambre de céans.

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

IV. Fixe aux parties un **délai de 10 jours** dès réception de la présente pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation de l'expert nommés.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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