RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1361/2021 **ATAS/684/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 août 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante de Bosnie et Herzégovine, née en 1971, mariée et mère d'un enfant né en 2010, a déposé le 11 avril 2019 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant souffrir de tension artérielle, maux de tête, vertiges, épuisement et faiblesse, rigidité et douleurs, notamment en bas du dos, de sciatalgie du côté droit, de la nuque et du cou. Elle se sentait aussi déprimée, subissait une perte d'énergie, un manque de sommeil et de la fatigue depuis le mois d'août 2018.

b. Il ressort du dossier de l'OAI, que l'assurée est arrivée en Suisse le 4 mai 1998. Elle a travaillé comme femme de chambre dès le 19 avril 2012, d'abord à 100%, puis à 50% dès le 3 novembre 2015. À la suite d'une chute sur son lieu de travail le 28 août 2018, au cours de laquelle elle est tombée sur une table de chevet en métal et s'est cogné la tête, l'assurée a été en arrêt accident du 28 août au 26 novembre 2018, puis en arrêt maladie depuis lors.

c. À la suite de sa longue période d'absence pour cause de maladie, son employeur a mis un terme à son contrat de travail pour le 31 août 2019.

d. Sur mandat de B_____, assurance en charge du versement des indemnités journalières maladie de l'assurée, une expertise rhumatologique a été réalisée le 5 septembre 2019 par le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et réadaptation au Centre d'expertise D_____.

Dans son rapport, l'expert a notamment indiqué que l'assurée décrivait un certain état de stress depuis son arrivée en Suisse. Les dix premières années, le travail était très pénible et de plus, à tout moment, elle pouvait être expulsée. Dans son travail de femme de chambre à Genève, elle était également stressée et anxieuse. À la suite de sa chute, elle décrivait des états d'angoisse avec cauchemars qui l'avaient amenée à être prise en charge par un psychiatre, lequel avait introduit un antidépresseur.

Les diagnostics posés par le Dr C_____ étaient:

- Douleurs occipitales gauches d'origine indéterminée
- Douleurs dorso-scapulaires droites en relation avec des séquelles de maladie de Scheuermann
- Lombalgies chroniques sur discopathies modérées de la colonne lombaire
- Tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale secondaire et surcharge mécanique de l'acromio-claviculaire de l'épaule droite
- Hernie discale C5-C6 paramédiane gauche avec petite hernie sous-ligamentaire C4-C5, sans conflit disco-radiculaire.

Le Dr C_____ ne retrouvait pas de signe évocateur d'un syndrome douloureux chronique ou de fibromyalgie. Il estimait vraisemblable que les douleurs ostéo-articulaires de l'expertisée soient influencées voire amplifiées, par son état anxio-dépressif, bien exprimé par l'assurée. Il soulignait également qu'elle était suivie par un psychiatre pour des cauchemars nocturnes consécutifs à son accident.

L'assurée avait décrit au Dr C_____ une vie ressentie comme très difficile d'un point de vue physique et psychologique. Venue en 1998 comme réfugiée, elle avait travaillé durement dans l'agriculture pendant plusieurs années, ainsi que dans la restauration (aide de cuisine et nettoyage), blanchisserie, etc. avec l'angoisse d'être expulsée, ayant dû attendre plus de dix ans pour avoir un permis B. Elle exprimait également la difficulté de travailler comme femme de chambre sous pression avec un fort sentiment de stress qui l'avait amenée à réduire sa capacité travail à 50%.

Afin d'effectuer une réelle évaluation de ses capacités professionnelles, il semblait nécessaire au Dr C_____ que l'assurée puisse bénéficier d'une évaluation, voire d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et rhumatologique).

e. Dans un avis médical daté du 15 novembre 2019, le docteur E_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a considéré qu'une expertise pluridisciplinaire avec un volet neurologique, psychiatrique et interne était incontournable pour se prononcer sur la demande de l'assurée. Le volet rhumatologique ne serait à refaire que si les experts l'estimaient nécessaire.

f. La doctoresse F_____, psychiatre suivant l'assurée depuis le 30 novembre 2019, a transmis à l'OAI un rapport médical dans lequel elle exposait que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif moyen (F32.1) depuis un an et qu'elle était en incapacité totale de travail.

g. L'OAI a mandaté le D_____ pour une expertise pluridisciplinaire qui a été confiée aux docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, H_____, spécialiste FMH en neurologie et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les diagnostics retenus pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail étaient:

- Épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10)
- Autres troubles anxieux mixtes (F41.3)
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- Hypertension artérielle (2015)
- Lithiase rénale gauche il y a un mois, éliminée spontanément
- Céphalées tensionnelles

- Dorso-scapulalgies droites et troubles sensitivo-moteurs du membre supérieur droit, sans substrat neurologique
- Hernie discale C5-C6 paramédiane gauche et petite hernie discale sous-ligamentaire C4-C5, sans conflit disco-radiculaire
- Lombalgies chroniques sur discopathies modérées de la colonne lombaire, sans atteinte neurologique associée
- Tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale secondaire et surcharge mécanique de l'acromio-claviculaire de l'épaule droite
- Obésité stade 2.

Concernant un éventuel diagnostic d'état de stress post-traumatique : la nature de l'accident paraissait objectivement plutôt bénigne; l'expertisée avait eu peur de s'être fracturé le visage lorsqu'elle avait remarqué qu'elle saignait; la symptomatologie dont faisait part l'expertisée restait discrète (faite surtout de cauchemars, et du fait de rester prudente lorsqu'elle se déplaçait de peur de chuter). En conclusion, cette symptomatologie n'était pas suffisante pour retenir un tel diagnostic. Les experts mentionnaient leur difficulté à comprendre pour quelles raisons l'expertisée était autant affectée par l'accident qui paraissait objectivement peu sévère. Elle se vivait comme handicapée physiquement et détruite psychologiquement, alors que l'évaluation de l'expert neurologue était plutôt rassurante. L'atteinte était, par contre, uniforme dans tous les domaines de la vie. L'expertisée exprimait sa souffrance psychique de manière particulièrement démonstrative, mais ne leur paraissait pas majorante, car l'expression de sa souffrance paraissait authentique.

Ils concluaient que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité de femme de chambre et de 50% dans une activité adaptée, ce depuis le 28 novembre 2019. L'incapacité de travail totale en tant que femme de chambre était justifiée par les diagnostics rhumatologiques, de même que les limitations fonctionnelles. L'épisode dépressif et le trouble anxieux justifiaient une incapacité de travail de 50% dans toute activité sans diminution de rendement depuis la date de l'accident.

Les limitations psychiatriques de l'expertisée étaient des difficultés relationnelles avec repli social, difficultés dans la gestion des émotions avec de fortes crises d'angoisse envahissantes, apragmatisme (anhédonie), difficultés liées aux tâches administratives, difficultés d'autonomie, hypersensibilité au stress, diminution de la capacité d'adaptation, de flexibilité, d'organisation. Ses ressources étaient l'aptitude à la communication, la capacité à respecter un cadre et à prendre des décisions, l'endurance et son soutien familial.

Il ressort du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire établie par le Dr I_____ que l'assurée n'avait pas vécu d'autres événements traumatisants que son accident professionnel en août 2018, qui avait été plus un choc qu'une peur. Elle avait ressenti une douleur violente, saigné, elle avait pensé avoir abîmé son

visage. Depuis cette chute, elle faisait chaque nuit des cauchemars qui la réveillaient en sursaut et elle ruminait les conséquences de la chute sur sa vie. Lorsqu'elle était retournée au travail, elle était très attentive, craintive, avait peur de chuter à nouveau, elle se déplaçait lentement et prudemment pour éviter les chutes. Il n'y avait pas de notion de flash-back.

L'assurée avait de bons souvenirs de son enfance et de son adolescence. Elle était bien intégrée à l'école. C'était une bonne élève. Elle aurait pu obtenir une bourse pour étudier à l'université (elle voulait s'inscrire en médecine) mais n'avait pas pu mener à terme ce projet à cause de la guerre. Elle n'avait pas été traumatisée par celle-ci. Sa famille n'en avait pas souffert directement, personne n'ayant été blessé ou tué. Elle n'avait pas eu de perte matérielle. Elle avait vécu des bombardements; sa famille avait dû être évacuée de la maison. Elle avait quitté la Bosnie en 1998 et s'était réfugiée en Suisse où ses parents et son frère l'avaient rejointe en 1999.

La capacité de travail de l'expertisée pouvait être améliorée par des mesures médicales, soit un changement d'antidépresseur, une approche cognitivo-comportementale et des mesures de réadaptation. Cette prise en charge psychiatrique intégrée était exigible, selon l'expert, et devrait permettre à l'assurée, en l'espace de six mois, de récupérer une capacité de travail de 100% dans toute activité sans diminution de rendement.

B. **a.** Par projet de décision du 9 novembre 2020, confirmé le 5 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui accordait le droit à un quart de rente d'invalidité sur la base d'un taux de 42% à partir du 1er novembre 2019, dès lors qu'il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était de 100% dans son activité habituelle, dès le 26 novembre 2018 et de 50% dans une activité adaptée à son état de santé, dès le 26 novembre 2019.

C. **a.** Par mémoire du 20 avril 2021, complété le 31 mai suivant, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition de témoins, en particulier celle de son psychiatre, et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès la fin du délai d'attente. Subsidiairement, elle concluait à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès la fin du délai d'attente, puis d'une demi-rente dès le 1er mars 2020, ainsi qu'à des mesures professionnelles.

Elle contestait l'évaluation faite de son état de santé, de ses limitations fonctionnelles, et de sa perte de gain. Elle exposait notamment que sa chute avait, en réalité, réactivé un stress post-traumatique latent lié à son passé, dont elle n'avait jamais parlé. En effet, elle avait fui son pays dans des circonstances de graves menaces pour sa vie et celle de ses proches après que son père avait été emprisonné à tort.

b. L'OAI a répondu le 29 juin 2021, concluant au rejet du recours et exposant qu'il convenait de reconnaître à l'expertise pluridisciplinaire une pleine valeur probante.

Concernant les allégations selon lesquelles la recourante n'avait pas pu s'ouvrir sur son passé traumatique lors de l'expertise, il relevait que les experts avaient tenu compte des éléments au dossier et s'étaient entretenus avec elle, la questionnant notamment sur ses plaintes, ses antécédents personnels médicaux ou tout événement marquant. Ainsi, toutes les atteintes à la santé de la recourante avaient été prises en compte tant par les experts que par le SMR. La mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires – notamment une expertise judiciaire – s'avérait dès lors inutile.

Il convenait de tenir compte d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 29 novembre 2019, sachant qu'une exigibilité de traitement était indiquée par l'expert.

c. Le 13 septembre 2021, la recourante a fait parvenir à la chambre de céans un rapport médical de la Dresse F_____ daté du 2 septembre 2021 attestant que, récemment, sa patiente avait pu verbaliser les émotions qui la paralysaient. Il s'agissait d'un vécu traumatique dont elle avait toujours eu peur de parler, soit l'emprisonnement de son père, accusé d'un crime violent à tort et de menaces graves sur sa vie et celles de ses proches. La doctoresse posait dès lors le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, entraînant une altération de son fonctionnement quotidien et l'empêchant d'exercer une activité professionnelle de manière appropriée. L'assurée était ainsi en incapacité totale de travailler.

La recourante concluait dès lors à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée afin que ce passé puisse être évoqué sereinement et en disposant du temps nécessaire.

Au surplus, elle persistait dans ses conclusions.

d. Le 5 octobre 2021, l'intimé a transmis à la chambre de céans un avis du SMR quant au rapport médical de la Dresse F_____ du 2 septembre 2021, dans lequel il soutenait qu'un état de stress post-traumatique se déclarait habituellement dans les semaines, voire les six mois suivant l'événement traumatisant. Or, en l'espèce, la recourante n'avait décrit aucune symptomologie psychiatrique avant septembre 2019. En outre, le Dr I_____ avait écarté ce diagnostic dans la mesure où l'accident était mineur. Par conséquent, le rapport de la Dresse F_____ n'amenait aucun élément nouveau ou aggravation susceptible de modifier les appréciations précédentes.

L'OAI se ralliait à cette appréciation et estimait que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

e. Par courrier du 17 décembre 2021, la recourante a contesté l'avis du SMR et persisté dans ses conclusions.

f. Par courrier du 17 juin 2022, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

g. Le 29 juin 2022, l'OAI s'est opposé à la mise en place de l'expertise judiciaire, en l'absence de motifs la justifiant. Si par impossible la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner ladite expertise, il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert désigné et proposait, à la demande du SMR, d'ajouter les questions suivantes :

- Afin d'examiner la compliance médicamenteuse de l'assurée, prière d'effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes ainsi que des antalgiques ;
- Se prononcer sur l'exigibilité d'un traitement psychiatrique (psychothérapeutique et médicamenteux), et son effet sur la capacité de travail.

h. Par écriture du 6 juillet 2022, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert ni de questions complémentaires.

EN DROIT

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

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

2. Le 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.

3. 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.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire et la nécessité d'un complément relatif au volet psychiatrique.

6.

6.1

6.1.1 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 1er janvier 2008).

6.1.2 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.

6.1.3 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 émanent 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

En 2017, 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, notamment à l''état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). Ainsi, la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

Il convient dorénavant 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), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

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

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

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

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

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.

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

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois

pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

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.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent 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).

Ce diagnostic 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

6.2 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).

6.3

6.3.1 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).

6.3.2 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).

7.

7.1 En l'espèce, la chambre de céans constate que d'un point de vue formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaitre pleine valeur probante. Il comporte une analyse détaillée du cas, une synthèse du dossier fondée sur l'ensemble des documents médicaux, notamment radiologiques, une anamnèse complète et relate les plaintes de l'assurée. Chaque expert a procédé à un examen clinique, à l'anamnèse, à une discussion et appréciation du cas. Enfin, les experts ont procédé à une discussion et appréciation consensuelle du cas et de la capacité de travail, leurs conclusions sont claires et motivées. Il en est de même du rapport rhumatologique qui, bien qu'il n'ait pas été mandaté par l'OAI, apparaît complet. La recourante n'émet d'ailleurs pas de critiques à son égard.

Cela étant dit, du point de vue du fond et concernant en particulier le diagnostic de trouble de stress post-traumatique que l'expert-psychiatre a écarté, la recourante

soutient que l'expertise pluridisciplinaire est faussée par le fait qu'elle n'avait pas parlé aux experts du traumatisme vécu dans son pays d'origine, la Bosnie Herzégovine. Or, son accident d'août 2018 avait réactivé le stress post-traumatique latent lié à son passé.

Cette nouvelle assertion est cohérente avec certains éléments du dossier et apparaît ainsi crédible.

En effet, tant les Dresses J____ et F_____ que le Dr I_____ ont retenu que la recourante souffrait d'un épisode dépressif depuis son accident en août 2018. Bien que la recourante leur ait semblé exprimer sa souffrance de manière authentique, les experts ont souligné leur difficulté à comprendre pour quelles raisons elle était autant affectée par l'accident, qui paraissait objectivement peu sévère. Le Dr I_____ a d'ailleurs exclu un éventuel diagnostic d'état de stress post-traumatique en raison de la nature bénigne de l'accident.

Bien que cet expert ait abordé le sujet de la guerre avec la recourante, il a retenu qu'elle n'avait pas été traumatisée par celle-ci dès lors que sa famille n'en avait pas souffert directement, personne n'ayant été blessé ou tué. Or, il ressort de la pièce nouvelle produite par la recourante, à savoir le rapport médical de la Dresse F_____ du 2 septembre 2021, que, postérieurement à l'expertise pluridisciplinaire, la recourante a mentionné, pour la première fois, l'emprisonnement de son père durant la guerre, accusé d'un crime violent à tort et de menaces graves sur sa vie et celles de ses proches.

Ainsi, il apparaît que ces éléments nouveaux, qui apportent une lumière différente sur les causes de la souffrance psychique ressentie par la recourante, pourraient modifier le diagnostic et la capacité de travail retenus par les experts.

7.2 Il n'apparaît pas opportun de renvoyer le dossier pour complément à l'expert psychiatre. En effet, bien que la recourante ait évoqué avec lui son passé en Bosnie-Herzégovine, l'expert ne semble pas avoir investigué plus avant ce volet de la vie de la recourante, se contentant de conclure qu'elle n'avait pas été traumatisée par la guerre et que sa famille n'en avait pas souffert directement, ni n'avait pas eu de perte matérielle. Or, bien qu'elle admette elle-même ne pas s'être ouverte sur le sujet, la recourante a tout de même évoqué tant son projet d'études de médecine avorté par la guerre, que les bombardements qu'elle a vécus qui avaient provoqué l'évacuation de sa famille et son départ de la Bosnie, seule, en 1998 où, selon ce qu'elle a déclaré au rhumatologue, elle avait connu des conditions de travail très pénibles, avec l'angoisse d'être expulsée à tout moment. Le manque d'investigation de l'expert apparaît ainsi peu compréhensible, ce d'autant que ce dernier avait relevé la disproportion entre l'affection ressentie par la recourante et le peu de gravité de l'accident à l'origine de son incapacité de travail.

Le dossier ne permet ainsi pas, dans son état actuel, de statuer sur l'invalidité de la recourante. Aussi l'instruction doit-elle être complétée, en particulier par la mise

en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, afin d'avoir un aperçu complet de la situation, ce d'autant que tant la Dresse J____ que le Dr C_____ ont constaté que les douleurs somatiques décrites par la recourante pouvaient être influencées voire amplifiées par son état psychologique.

En conclusion, il s'avère nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, qui sera confiée au Dr K_____.

La mission d'expertise sera complétée avec les questions suggérées par l'intimé.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

2. Commet à ces fins le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   3.1 prendre connaissance du dossier de la cause ;

   3.2 si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée et experts l'ayant évaluée, en particulier s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle ;

   3.3 examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

   3.4 si nécessaire, ordonner d'autres examens.

4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

   1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

   2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?

   3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?

   4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

      Préciser 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 (en mentionnant les dates d'apparition)

      4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

      4.3 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

      4.4 Les plaintes sont-elles objectivées ?

      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 l'assurée).

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. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

5.1 Dans l'activité habituelle,

5.2 Dans une activité adaptée.

5.3 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 l'assurée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de l'assurée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, l'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9 Traitement

9.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

9.2 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

9.3 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 ?

9.4 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? Effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes et des antalgiques, si cela se justifie pour répondre à cette question.

10 Capacité de travail

10.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

10.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

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

10.4 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

10.5 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

10.6 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

10.7 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

10.9 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus?

10.10 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 28 août 2018 ?

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

10.12 Un traitement psychothérapeutique et médicamenteux est-il exigible et quel serait son effet sur la capacité de travail ?

10.13 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier:

11.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dresse J_____ (rapport du 28 mai 2019) ? si non, pour quels motifs ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dresse F_____ (rapports des 30 novembre 2019 et 2 septembre 2021) ? si non, pour quels motifs ?

11.4 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr I_____ (évaluation consensuelle et expertise pluridisciplinaire du 23 avril 2020, volet psychiatrique) ? si non, pour quels motifs ?

11.5 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du SMR (rapport du 4 mai 2020) ? si non, pour quels motifs ?

12. Formuler un pronostic global.

13. Faire toute remarque utile et proposition utile.

14. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

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

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties le