

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1424/2018

ATAS/89/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 7 février 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection      recourante  
de domicile en l'étude de Maître Laurence PIQUEREZ

contre

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

---

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1974, originaire du Kosovo, sans formation professionnelle, est arrivée en 2006 en Suisse, où elle a notamment travaillé en tant que femme de chambre auprès de B\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) à compter du 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Dès le 26 novembre 2013, l'assurée a été en incapacité de travail totale.
3. Du 12 au 23 janvier 2014, l'assurée a été hospitalisée en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3). Par rapport du 3 février 2014, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a indiqué notamment que l'assurée, qui présentait une idéation suicidaire, avait développé un délire de persécution entraînant une angoisse permanente accompagnée par un état dépressif sévère: elle était triste, mangeait peu, ne sortait plus, manquait d'envies, se sentait fatiguée, ne parvenait plus à effectuer les tâches de la vie quotidienne et restait au lit avec des douleurs diffuses. Elle dormait peu et avait des crises paroxystiques avec de l'agressivité verbale suivie de culpabilité.
4. Le 25 avril 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
5. Par rapport du 28 avril 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, a rappelé le diagnostic posé. La concentration et la mémoire de l'assurée étaient légèrement diminuées, sa thymie était fluctuante avec un versant triste la plupart du temps, une fatigabilité importante, une anhédonie et une aboulie partielle. Les angoisses étaient régulièrement présentes. La baisse de l'élan vital persistait, avec une diminution de l'estime de soi, une dévalorisation et un fort sentiment de culpabilité. Un sentiment de persécution était présent par moments, ce qu'elle arrivait à critiquer. Il n'y avait pas d'idéations suicidaires actives dernièrement.
6. Selon un questionnaire signé le 27 mai 2014, l'employeur a indiqué que l'assurée avait effectué environ 30 heures de travail par semaine.
7. Par rapport du 30 mai 2014, la Dre D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) depuis décembre 2013. Le pronostic était réservé étant donné que l'état clinique n'était pas encore stable. L'assurée suivait un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré avec des entretiens médicaux une fois toutes les deux à trois semaines, des entretiens infirmiers bimensuels, un traitement médicamenteux et un soutien social. L'incapacité de travail était totale en raison d'une diminution de la concentration et de la mémoire, une thymie fluctuante avec un versant triste la plupart du temps, une fatigabilité importante, une anhédonie et une aboulie partielle. La baisse de l'élan vital persistait et il existait une diminution de l'estime

de soi, une dévalorisation et un fort sentiment de culpabilité. Un sentiment de persécution était présent par moments. L'activité exercée n'était plus exigible. Une amélioration de l'état clinique pourrait permettre à l'assurée d'envisager une réadaptation professionnelle.

8. Par rapport du 29 janvier 2014 (recte: 2015), la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie (CAPPI), a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, les symptômes dépressifs et anxieux persistaient. Il existait une légère amélioration des symptômes psychotiques depuis la modification du traitement en octobre 2014. Les limitations fonctionnelles étaient une diminution de l'élan vital, une asthénie, des troubles de la concentration, une augmentation de l'angoisse dans les lieux publics avec une aggravation des idées délirantes de persécution et une vulnérabilité au stress qui pouvait péjorer son état. L'incapacité de travail de l'assurée était toujours totale.
9. Par rapport du 18 juin 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait encore un épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques. Elle avait une diminution de l'élan vital, une thymie triste, sans idées noires, ni idées suicidaires. Elle présentait de idées délirantes de persécution, une anxiété importante avec une tendance à l'isolement et une peur de la foule. Elle se plaignait d'une hypersomnie et de cauchemars. Une légère amélioration des symptômes psychotiques existait depuis la modification du traitement médicamenteux en octobre 2014. Ce traitement n'avait pas influencé sa capacité de travail. Il avait permis une diminution de l'intensité des symptômes psychotiques, toutefois la symptomatologie anxio-dépressive persistait de façon sévère. Les limitations fonctionnelles étaient celles indiquées dans le rapport précité. L'incapacité de travail était totale; l'intensité et la persistance de la symptomatologie ne permettaient pas d'envisager une quelconque reprise.
10. Par rapport du 21 octobre 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a expliqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Une fatigue, une somnolence diurne excessive, des idées délirantes de persécution et des angoisses persistaient. L'assurée présentait également des troubles de la mémoire et de la concentration. Son incapacité de travail était totale.
11. Par rapport du 4 mars 2016, la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin interne et psychiatre référente de l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2015, a expliqué qu'au status du 15 janvier 2016, l'assurée avait une très discrète diminution de l'attention et de la concentration. Sa thymie était moyennement triste; elle rapportait une anhédonie et de la fatigue, une hypersomnie et une prise de poids, des ruminations, une baisse de l'estime de soi, mais pas d'idées de mort passive, ni d'idées suicidaires. Le discours était cohérent, riche, informatif et l'assurée ne présentait pas d'hallucinations. Elle rapportait néanmoins un sentiment de concernement, de surveillance par des

caméras, des gens qui la regardaient, mais l'adhésion à ces idées était moins forte qu'auparavant et l'assurée critiquait partiellement ses idées. L'évolution était relativement stable depuis novembre 2015. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée présentait encore une symptomatologie dépressive avec une baisse de la thymie, de l'élan vital et de la motivation (au sens psychiatrique) et une hypersomnie qui l'empêchaient d'avoir une activité compatible avec un travail rémunéré. De plus, son sentiment de concernement était un frein aux interactions sociales harmonieuses indispensables dans le monde du travail, bien qu'elle commençait à critiquer ses idées délirantes. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail était nulle.

12. A la demande de l'OAI, la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, par rapport du 7 décembre 2016, diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, une personnalité schizoïde (F60.1) depuis l'adolescence, avec une vulnérabilité latente résiduelle après un épisode de décompensation psychotique et dépressif en novembre 2013, et à titre de diagnostic différentiel, une schizophrénie paranoïde depuis novembre 2013, en rémission complète (F20.05). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques (en rémission; F32.3). Selon le médecin, l'atteinte était majeure, grave, durable et partiellement incapacitante. Les limitations fonctionnelles étaient: une résistance au stress très diminuée, éviter le travail en groupe (le regard des autres, vécu de persécution), privilégier le travail individuel dans son domaine de compétence, éviter le conflit avec la hiérarchie (tolérance à la frustration très diminuée), éviter le travail stressant et les heures supplémentaires, étant donné sa difficulté d'adaptation. L'experte a retenu que l'incapacité de travail de la recourante était totale dans son activité habituelle depuis le 26 novembre 2013. Depuis mars 2016, soit depuis l'amélioration de son état psychique médicalement observée par la Dresse F\_\_\_\_\_, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée sans diminution de rendement.
13. Par avis du 7 février 2017, le service médical régional AI (ci-après SMR) a retenu une personnalité schizoïde (décompensée) entraînant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 26 novembre 2013 et de 50% dès mars 2016 dans une activité adaptée en raison d'une résistance au stress diminuée, des difficultés d'adaptation et une tolérance à la frustration diminuée. Il convenait d'éviter le travail en groupe. L'assurée avait présenté une symptomatologie dépressive sévère qui avait décompensé une personnalité schizoïde en novembre 2013. L'évolution avait été favorable avec une capacité de travail de 50% dès mars 2016 dans une activité compatible avec les ressources de l'assurée et adaptée aux limitations fonctionnelles.

14. Le 9 février 2017, l'OAI a retenu un statut d'actif à 70.58% et ménager à 29.42%.
15. Par rapport du 15 mai 2017, Mme H\_\_\_\_\_, infirmière, et Mme I\_\_\_\_\_ ont effectué une enquête économique sur le ménage qui a eu lieu le 9 mai 2017 au domicile de l'assurée. Deux périodes ont été prises en compte, soit de novembre 2014 à mars 2016, avec une incapacité de travail totale, et dès mars 2016 avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. Il en résultait que l'assurée présentait un empêchement pondéré avec exigibilité de 22.80% pendant la première période et de 5% pendant la deuxième période.
16. Par projet de décision du 16 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée, dont le statut était celui d'active à 70.58% et de ménagère à 29.42%, qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 31 mai 2016. A compter du 1<sup>er</sup> juin 2016, le droit à la rente s'était éteint. Des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, ni adéquates, car elles n'étaient pas de nature à améliorer sa capacité de gain.

Selon les constatations de l'OAI, dans son activité habituelle de femme de chambre, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 26 novembre 2013. Toutefois, dans une activité adaptée, sa capacité était de 50% sans baisse de rendement depuis mars 2016. L'empêchement pondéré dans la tenue du ménage était de 22.80% du 26 novembre 2013 au mois de février 2016, et de 5% dès le mois de mars 2016. Pour la première période du 26 novembre 2012 au 28 février 2016, il en résultait un degré d'invalidité pondéré total de 77%, donnant droit à une rente entière. Pour la deuxième période, en comparant le revenu sans invalidité en 2015 (CHF 32'276.-) avec le salaire avec invalidité (CHF 27'027.-; selon les ESS 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, pour une femme, niveau 1, indexé à 2015, à 50% et sans abattement), il en résultait un degré d'invalidité de 16%. Partant, le degré d'invalidité total pondéré était de 13%, ce qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

17. Le 31 août 2017, l'assurée a fait valoir ses objections concernant l'expertise médicale et l'enquête ménagère.
18. Par avis du 3 octobre 2017, le SMR a estimé qu'il convenait de suivre les conclusions de l'expertise.
19. Par décision du 13 mars 2018, l'OAI a maintenu les termes de son projet. Suite aux contestations de l'assurée, les conclusions médicales du SMR restaient inchangées. Enfin, l'appréciation découlant de l'enquête ménagère était en parfaite adéquation avec les constatations médicales de l'expert.
20. Par acte du 30 avril 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son

annulation, à l'audition du docteur J\_\_\_\_\_, médecin interne au CAPPI, à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière après le mois de juin 2016, et plus subsidiairement, à l'octroi d'au moins un quart de rente après le mois de juin 2016.

Selon la recourante, qui ne contestait pas les conclusions de l'enquête ménagère, l'expertise n'avait pas pleine valeur probante et rien ne permettait de conclure à une amélioration de sa capacité de travail à compter de mars 2016. Subsidiairement, elle a fait valoir qu'il n'existait pas un éventail suffisant de postes adaptés sur le marché équilibré du travail, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité postérieurement au mois de juin 2016. Enfin, un abattement de 25% sur le salaire avec invalidité aurait dû être pris en compte et l'intimé aurait dû appliquer le nouveau mode de calcul en cas de statut mixte.

A l'appui de son recours, la recourante a produit un rapport du 9 avril 2018 du Dr J\_\_\_\_\_, expliquant notamment que la recourante était suivie au CAPPI depuis le 9 décembre 2014. Après avoir rappelé la symptomatologie ayant entraîné l'hospitalisation de la recourante le 13 janvier 2014, le médecin a ajouté que l'état psychique de la recourante était fluctuant, avec une thymie chroniquement réduite qui s'aggravait ultérieurement de manière cyclique, en lien avec les symptômes psychotiques (persécution), qu'elle critiquait partiellement. Sa capacité de travail était nulle.

21. Par réponse du 29 mai 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Contrairement à la position de la recourante, il convenait de retenir que le rapport d'expertise avait pleine valeur probante. Par ailleurs, le certificat du Dr J\_\_\_\_\_ du 9 avril 2018 avait été soumis pour appréciation au SMR. Par avis du 23 mai 2018, que l'intimé joignait à sa réponse, le SMR a relevé que le très mauvais état psychique de la recourante décrit par le Dr J\_\_\_\_\_ remontait à 2014. L'état actuel n'était par contre pas décrit. Ce médecin attestait d'une incapacité de travail totale pour toute activité, mais sans justification précise. Par conséquent, selon le SMR, les conclusions de l'expertise ne pouvaient être écartées. L'intimé a ajouté qu'au vu des limitations fonctionnelles de la recourante, un marché équilibré du travail lui offrait une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées. En outre, aucun facteur d'abattement du revenu avec invalidité ne pouvait être pris en compte. Enfin, l'application de la nouvelle méthode de calcul dès le mois de janvier 2018 ne conduisait pas à l'octroi d'une rente d'invalidité.
22. Par réplique du 12 juin 2018, la recourante a contesté les conclusions de l'expertise. Elle a requis l'audition du Dr J\_\_\_\_\_, et subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

A l'appui de ses griefs, la recourante a produit un rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 12 juin 2018, selon lequel la recourante présentait un trouble dépressif persistant – dysthymie (F34.1). Les symptômes dépressifs (fléchissement thymique moyen, apathie, aboulie et anhédonie) étaient chroniques malgré un traitement antidépresseur et une compliance satisfaisante. Par contre, les symptômes psychotiques n'étaient présents que dans un contexte d'aggravation de la symptomatologie dépressive, ce qui arrivait cycliquement, apparemment sans facteurs déclenchants, ni périodicité définie. Même dans les phases d'absence des symptômes psychotiques, le fonctionnement de la recourante était sévèrement affecté par sa dysthymie. Elle pouvait gérer son hygiène, mais avait des difficultés à faire le ménage, à cuisiner, etc. Par conséquent, elle était dépendante de ses proches, et isolée socialement.

23. Par duplique du 26 juin 2018, l'intimé a indiqué se rallier intégralement à l'appréciation du SMR du 25 juin 2018 qu'il produisait. Selon le SMR, dans la mesure où l'atteinte à la santé diagnostiquée par le Dr J\_\_\_\_\_ était une dysthymie (F34.1) et étant donné que la recourante bénéficiait d'un suivi psychiatrique mensuel, il y avait lieu de considérer qu'aucun élément clinique objectif parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de la recourante ou faisant suspecter une sous-estimation de la gravité du cas par l'expert ou par le SMR n'avait été apporté. En tant que telle, la dysthymie ne devait pas être considérée comme incapacitante, c'était surtout le trouble de la personnalité qui représentait un facteur limitatif, tel qu'indiqué par l'expert. Selon l'intimé, l'expertise avait pleine valeur probante et il n'existait aucun motif de mettre en œuvre une instruction complémentaire.
24. Le 8 janvier 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
25. Par écriture du 22 janvier 2019, l'intimé a indiqué qu'une telle expertise ne se justifiait pas à son avis.
26. Le 28 janvier 2019, la recourante a exposé qu'elle souhaitait ajouter des questions complémentaires à 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. Le recours a été formé, compte tenu des fêtes du 7<sup>ème</sup> jour avant le 1<sup>er</sup> avril 2018, jour de Pâques, au 7<sup>ème</sup> jour après inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. a et 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de limiter, au 31 mai 2016, le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.

L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références).

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou

mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).

7. 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.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. 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 malade, 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).

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. En effet, celles-ci 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.

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).

9. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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 pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

10. 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. A 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 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 (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).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les 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'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).

11. 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).

12. a. 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. 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).

b. 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).

c. 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).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
14. 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).

15. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_, a considéré qu'en raison de ses troubles psychiques, la recourante avait présenté une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2013 et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter de mars 2016, ce que l'intéressée conteste.

Dans son rapport du 7 décembre 2016, la Dresse G\_\_\_\_\_ a retenu, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, une personnalité schizoïde (F60.1) depuis l'adolescence, avec une vulnérabilité latente résiduelle après un épisode de décompensation psychotique et dépressif en novembre 2013, et à titre de diagnostic différentiel, une schizophrénie paranoïde depuis novembre 2013, en rémission complète (F20.05). Sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante présentait un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques (en rémission; F32.3). L'atteinte était majeure, grave, durable et partiellement incapacitante. Les limitations fonctionnelles étaient: une résistance au stress très diminuée, éviter le travail en groupe (le regard des autres, vécu de persécution), privilégier le travail individuel dans son domaine de compétence, éviter le conflit avec la hiérarchie (tolérance à la frustration très diminuée), éviter le travail stressant et les heures supplémentaires étant donné sa difficulté d'adaptation. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 26 novembre 2013. Depuis mars 2016, soit depuis l'amélioration de son état psychique médicalement observée par la Dresse F\_\_\_\_\_, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée sans diminution de rendement.

A la lecture de ce rapport d'expertise, la chambre de céans est d'avis que les conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_ ne sont pas convaincantes, pour les raisons qui suivent.

On relèvera tout d'abord que l'experte estime que les diagnostics retenus dans le dossier sont concordants avec les siens (rapport d'expertise, p. 15). Or, force est de constater qu'aucun psychiatre ayant examiné la recourante n'a diagnostiqué une schizophrénie ou une schizoïdie. Par ailleurs, s'agissant de l'atteinte diagnostiquée par l'experte, celle-ci explique que la personnalité schizoïde est caractérisée notamment par une froideur et un détachement affectif (rapport d'expertise, p. 11). Or, on peine à comprendre comment cette spécialiste parvient à retenir chez la recourante un détachement affectif, alors que celle-ci était "très émue" en évoquant son père mort il y a 30 ans (rapport d'expertise, p.5). De la même manière, l'experte explique que la recourante est indifférente aux critiques (rapport d'expertise, p. 11), alors qu'à titre de limitations fonctionnelles, la Dresse G\_\_\_\_\_ retient que la

recourante devrait éviter la contrariété et le regard des autres (rapport d'expertise p. 10). En outre, l'experte indique que la recourante n'en fait qu'à sa tête, sans culpabiliser (rapport d'expertise, p. 11), alors que certains rapports médicaux versés au dossier font état de la présence d'un fort sentiment de culpabilité (rapports des 3 février 2014 de la Dresse C\_\_\_\_\_, 28 avril et 30 mai 2014 de la Dresse D\_\_\_\_\_). Par ailleurs, alors que la Dresse G\_\_\_\_\_ s'est entretenue avec un ami de la recourante qui était bienveillant et soutenant à son égard (rapport d'expertise, p. 7), de manière surprenante, ce médecin a retenu que la recourante n'avait pas d'amis proches (rapport d'expertise, p. 11). De surcroît, alors que l'experte relève qu'il émane de la recourante, qui a un regard fixe, un sentiment de vide et d'étrangeté (rapport d'expertise, p. 8), elle conclut néanmoins que la recourante est adéquate et employable (rapport d'expertise, p. 10).

Compte tenu de ces contradictions, le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Par ailleurs, selon le Dr J\_\_\_\_\_, l'état psychique de la recourante serait fluctuant, avec des aggravations cycliques (rapports des 9 avril et 12 juin 2018). Or, si tel est effectivement le cas, la problématique de l'évolution fluctuante de la maladie sur la capacité de travail de la recourante aurait dû être prise en compte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2).

Enfin, on relèvera que les rapports succincts établis par le Dr J\_\_\_\_\_ ne permettent pas de déterminer l'évolution de l'état de santé de la recourante à compter du mois de mars 2016.

16. Dans ces conditions, et à défaut d'autres informations médicales fiables et suffisantes au dossier permettant de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique depuis le mois de mars 2016, la chambre de céans n'est ainsi pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale et de déterminer si elle a présenté un changement important au sens de l'art. 17 LPGA.
17. Par conséquent, une instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique doit être effectuée. Celle-ci sera confiée au Dr K\_\_\_\_\_.
18. Conformément à la demande de la recourante, une question 17 a), b) et c) sera ajoutée à la mission d'expertise.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise psychiatrique.
- II. Commet à cette fin le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
- III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  1. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  2. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Madame A\_\_\_\_\_.
  3. Examiner et entendre Madame A\_\_\_\_\_, et après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes.
  4. Si nécessaire, ordonner d'autres examens.
  5. Invite l'expert, s'il constate que Madame A\_\_\_\_\_ ne maîtrise pas assez le français, à contacter le greffe de la chambre de céans afin que ce dernier convoque un interprète, inscrit au Registre des interprètes et traducteurs du Pouvoir judiciaire.
- IV. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes:
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de Madame A\_\_\_\_\_.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. a. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).  
b. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  7. 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 Madame A\_\_\_\_\_).

8. a. 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) ?  
b. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
9. a. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?  
b. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?  
c. Madame A\_\_\_\_\_ a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?  
d. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de Madame A\_\_\_\_\_ à reconnaître sa maladie ?  
e. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
10. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
11. a. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?  
Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.  
b. De quelles ressources mobilisables Madame A\_\_\_\_\_ dispose-t-elle ?

- c. Quel est le contexte social ? Madame A\_\_\_\_\_ peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
- d. Dans l'ensemble, le comportement de Madame A\_\_\_\_\_ vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
12. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
- a) dans l'activité habituelle,
  - b) dans une activité adaptée.
13. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de Madame A\_\_\_\_\_, en pourcent,
- a) dans l'activité habituelle,
  - b) dans une activité adaptée (décrire le domaine d'activité adaptée).
14. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
15. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
16. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
17. a. Mentionner, en pourcent, les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de Madame A\_\_\_\_\_ à effectuer les tâches ménagères pour chacun des postes précisés dans l'enquête économique sur le ménage.
- b. Indiquer s'il y a une baisse de rendement dans l'accomplissement de ces tâches.
  - c. Spécifier en quoi consistent les limitations pour chacun des postes concernés.
18. a. L'état de santé de Madame A\_\_\_\_\_ s'est-il amélioré/aggravé ? Si oui, depuis quelle date ?
- b. Cette amélioration/aggravation a-t-elle une influence sur la capacité de travail de Madame A\_\_\_\_\_ ? Si oui, de quelle manière ?
19. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

20. a. Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et conclusions des Dresses C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et du Dr J\_\_\_\_\_ (rapports des 3 février, 28 avril, 30 mai 2014, 29 janvier, 18 juin, 21 octobre 2015, 4 mars 2016, 9 avril et 12 juin 2018) ? Si non, pourquoi ?
- b. Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_ (rapport du 7 décembre 2016) ? Si non, pourquoi ?
21. Formuler un pronostic global et indiquer si des mesures de réadaptation sont envisageables.
22. Faire toute remarque utile.
- V. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- VI. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le