RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1739/2020 **ATAS/464/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 18 mai 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à TROINEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en _____ 1978, ayant exercé l'activité d'éducatrice en crèche à 100% depuis 2001, en arrêt de travail depuis le 25 octobre 2013 en raison d'une dépression sévère, a déposé une première demande de prestations en juin 2015, rejetée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) par décision du 5 juin 2015, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

   - un rapport du docteur B_____du 30 juin 2014, concluant à un état dépressif consécutif à un divorce compliqué ayant entraîné une totale incapacité de travail du 21 mai au 1er août 2013 ;

   - un rapport d'employeur faisant mention de nouvelles incapacités de travail de 100% du 25 octobre 2013 au 5 janvier 2014, de 50% du 6 janvier au 30 mars 2014, puis à nouveau de 100% du 31 mars au 31 juillet 2014 ;

   - un rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 31 juillet 2014, concluant à l'existence d'un trouble affectif bipolaire et à une anxiété généralisée ; le médecin expliquait que sa patiente souffrait d'un trouble bipolaire de type II depuis de nombreuses années, surtout sur un mode dépressif majeur ; lorsqu'il l'avait évaluée pour la première fois, en octobre 2013, elle traversait un épisode dépressif majeur caractérisé par une humeur dépressive et anxieuse, une anhédonie avec baisse de l'élan vital et de la motivation, une désafférentation sociale, des troubles de la concentration et de l'attention, une fatigue quasi constante et des troubles du sommeil ; au vu de la sévérité des symptômes anxio-dépressifs, elle avait beaucoup de difficultés à accomplir les tâches professionnelles et avait dû être mise en arrêt maladie ; suite à l'introduction d'un traitement antidépresseur, la patiente s'était progressivement améliorée et avait pu reprendre une activité à 50% avant que son état clinique ne se péjore à nouveau en février 2021 (humeur dépressive avec symptômes cognitifs importants ayant pour conséquence des difficultés à s'organiser et à gérer son quotidien ; le médecin escomptait une reprise de l'activité professionnelle à 50% à compter d'octobre ou novembre 2014 ;

   - un rapport d'expertise établi le 16 septembre 2014 par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'attention de l'assurance perte de gain, concluant à un épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques en rémission partielle pouvant désormais être qualifié de légèrement symptomatique ; étaient également mentionnés à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail des accentuations de certains traits de la personnalité (traits de personnalité anxieuse non décompensés) et des troubles hyperkinétiques avec déficit de l'attention traités ; tenant compte de

l'ensemble du tableau clinique - y compris du déconditionnement de l'assurée -, l'expert arrivait à la conclusion que la capacité de travail médico-théorique dans l'activité habituelle serait de 0% jusqu'au 14 octobre 2014, de 20% du 15 au 31 octobre 2014, de 50% du 1er au 30 novembre 2014, puis de 100%, sans diminution de rendement, à compter du 1er décembre 2014 ; en cas de rechute dépressive sévère malgré une bonne compliance au traitement antidépresseur, des arrêts maladie pourraient être poursuivis et le traitement antidépresseur changé ; la prise en charge actuelle lui semblait adéquate, vu l'amélioration de l'état psychique de la patiente ;

- l'avis émis par le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) le 21 janvier 2015, après mise en place de mesures de coaching, notant que, contrairement au psychiatre traitant, l'expert D_____ ne retenait pas le diagnostic de trouble bipolaire au vu des résultats des tests psychométriques et de l'anamnèse ; l'assurée ne bénéficiait d'ailleurs d'aucun traitement stabilisateur de l'humeur ; l'expert n'avait pas retenu non plus le diagnostic de trouble anxieux, vu l'évaluation clinique et psychométrique ; d'ailleurs l'assurée ne prenait pas non plus de traitement anxiolytique ; l'évolution de la thymie avait été progressivement favorable ; il restait cependant des limitations fonctionnelles (fatigabilité et ralentissement psychomoteur discret) nécessitant une reprise progressive de l'activité habituelle - adaptée - à compter d'octobre 2014 ; cette amélioration permettait d'établir un pronostic psychiatrique favorable et de retenir une pleine capacité de travail à compter du 1er décembre 2014 ; au vu de la nature de la psychopathologie, une rechute dépressive n'était cependant pas à exclure.

2. Le 2 juillet 2015, l'intéressée a interjeté recours avant de se dédire, ce dont la Cour de céans a pris acte le 8 septembre 2015 (ATAS/676/2015).

3. Une nouvelle demande a été déposée le 24 novembre 2016 par l'assurée.

   Ont alors été versés au dossier :

   - le dispositif d'une ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) du 15 avril 2016, instituant une curatelle de représentation avec gestion du patrimoine en faveur de l'assurée et lui désignant deux co-curateurs afin de la représenter dans ses rapports avec les tiers, en particulier en matière d'affaires administratives et juridiques et de logement, pour gérer ses revenus et biens, ainsi que pour administrer ses affaires courantes ;

   - un certificat établi le 30 septembre 2016 par le professeur E_____, médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), responsable de l'unité de la régulation émotionnelle, expliquant que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent de longue date qui avait atteint une intensité sévère depuis octobre 2015, se manifestant par d'importants troubles de la concentration, un manque d'élan vital, une forte anhédonie, une tristesse avec un sentiment de dévalorisation et de culpabilité et une incapacité à tolérer le moindre stress, des

idées suicidaires importantes ; ces symptômes conduisaient à une incapacité totale de travail ; malgré le traitement antidépresseur et celui appliqué pour un trouble du déficit de l'attention-hyperactivité (TDA-H) comorbide, la patiente restait incapable d'exercer la moindre activité lucrative en raison de son hypersensibilité aux stress environnementaux et de la fragilité de sa thymie ;

- un rapport du Prof. E_____ du 26 avril 2017, retenant les diagnostics de perturbation de l'activité et de l'attention présente depuis l'enfance et de trouble dépressif récurrent désormais en rémission, présent depuis 2006 ; le médecin précisait que, bien que l'état dépressif soit en rémission, la patiente restait extrêmement vulnérable à la reprise d'une activité lucrative et à toute remise en situation professionnelle normale ; l'état dépressif était resté d'intensité sévère de 2014 à début 2016, date à laquelle la patiente avait commencé à répondre au traitement médicamenteux de manière adéquate, avec une rémission à partir de mi-2016 ; persistaient toutefois une difficulté à tolérer le stress et une fragilité l'exposant à une rechute en cas de reprise du travail ; s'y ajoutait un TDA-H qui fragilisait les capacités de l'intéressée à tolérer les situations stressantes : les déficits d'attention et la difficulté de planification et gestion des tâches rendaient difficile le travail au long court dans une activité lucrative normale ; l'incapacité était totale dans l'activité habituelle, éventuellement de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant de minimiser le stress et les contacts avec la hiérarchie, ainsi que de pouvoir adapter les horaires à la pathologie ; cette activité devrait prendre en compte les déficits d'attention, les difficultés de planification et de gestion, l'intolérance au stress et pourrait alors être envisagée à raison de quatre heures par jour ;
- un avis émis par le SMR en date du 12 janvier 2018 indiquant que l'on pouvait admettre une incapacité de travail totale depuis octobre 2016 dans l'activité habituelle et une capacité réduite à 50% dans une activité adaptée ;
- un calcul du degré d'invalidité effectué le 19 janvier 2018 concluant, après comparaison du revenu avant invalidité (CH 68'329.-) au revenu d'invalide (CHF 23'307.- [Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 TA1_tirage_skill_level = 4'112.- CHF/mois pour 40 h./sem. en 2012 = 4'287.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. en 2012 = 51'441.- CHF/an en 2012 = 51'793.- CHF/an en 2013 = CHF 23'307.- à mi-temps, après réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte du fait que seule une activité partielle est possible]), à un degré d'invalidité de 65,89% ;
- un rapport détaillé du Prof. E_____ du 23 novembre 2018 répondant à diverses questions de l'OAI et confirmant les diagnostics déjà énumérés précédemment ; le médecin indiquait que, depuis son dernier rapport, sa patiente avait essayé de reprendre une activité dans un contexte protégé auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) ; cette expérience avait été un échec complet, l'intéressée n'ayant pas supporté le stress, même dans une structure adaptée ; cela avait conduit à une recrudescence d'affects anxio-dépressifs majeurs ayant

conduit à stopper la mesure en raison du risque de rechute dans une dépression sévère ; la thymie était triste, avec une difficulté à se projeter dans l'avenir, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, une recrudescence du trouble dépressif récurrent ; s'y ajoutaient des symptômes en lien avec le TDA-H, à savoir un discours fluide, mais très digressif, avec une difficulté à rester en place et d'importants troubles de l'attention ; l'intéressée était souvent débordée par le simple fait de devoir s'occuper de son domicile et de son enfant ; elle était extrêmement susceptible au moindre changement dans son quotidien, avait de la peine à s'organiser, à planifier les tâches de base comme le ménage, les loisirs ou les activités sociales ; elle était passablement isolée, vite débordée, ce qui pouvait aboutir à des stress majeurs et à une recrudescence des symptômes anxio-dépressifs ; elle disposait de très peu de ressources et isolée socialement ; bien qu'elle présentât une aptitude à la communication plus ou moins satisfaisante et se montrât motivée aux changements, elle disposait d'extrêmement peu de ressources pour supporter des stress, même dans des structures adaptées comme les EPI ; la capacité de travail restait de 0% depuis 2014 en raison des difficultés d'organisation et de planification des tâches en lien avec le TDA-H, situation péjorée par la succession d'épisodes dépressifs désormais en rémission ; persistaient néanmoins des symptômes résiduels se manifestant par une difficulté de gestion du stress ou de répondre à des demandes très précises ; l'observance thérapeutique était tout à fait satisfaisante ;

- un rapport des EPI du 26 novembre 2018 indiquant un taux de présence de 21% (7 jours sur 33) et, durant ce laps de temps, notant que l'assurée s'était retrouvée en difficulté lors d'exercices complexes (erreurs fréquentes, rythme de travail allant en diminuant, fatigue, perte d'attention) ;
- un avis du SMR du 24 juin 2019, suggérant la mise sur pied d'une expertise psychiatrique avec un bilan neuropsychologique et des tests de validation des symptômes, afin de déterminer les répercussions sur la capacité de travail raisonnablement exigible depuis la décision du 5 juin 2015 ;
- l'assurée s'étant opposée à ce que cette expertise soit confiée au Dr D_____, c'est le docteur F_____ qui a été désigné ;
- un rapport d'examen neuropsychologique du 20 janvier 2020 de Madame G_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, rappelant que l'assurée avait effectué une scolarité obligatoire sans souci particulier, avant d'obtenir un diplôme de l'Ecole de culture générale, puis de travailler plusieurs années à plein temps et d'obtenir en 2010 un diplôme d'éducatrice de la petite enfance ; en 2013, elle avait souffert d'un premier épisode dépressif, puis d'un second, en 2016 ; l'examen neuropsychologique mettait en évidence une collaboration satisfaisante avec une mobilisation irrégulière des ressources et divers signes de majoration de symptômes ; les observations cliniques montraient une certaine désorganisation dans les activités de la vie quotidienne

et une légère impatience motrice en fin d'examen qui, associées aux plaintes, pouvaient évoquer un léger trouble déficitaire de l'attention présent depuis l'enfance ; cependant les troubles mnésiques mis en évidence manquaient de cohérence et ne pouvaient être retenus face à l'échec de plusieurs mesures de validation de symptômes évoquant une majoration probable de ceux-ci ; les troubles neuropsychologiques étaient peu spécifiques, mais le diagnostic de léger trouble déficitaire de l'attention présent depuis l'enfance restait vraisemblable ; en définitive, la neuropsychologue retenait le diagnostic de trouble minime à léger au sens des critères de l'association suisse de neuropsychologie, sans répercussion significative sur la capacité de travail chez une assurée n'ayant consulté aucun spécialiste durant l'enfance et ayant réussi sa scolarité et sa formation, y compris une formation en cours d'emploi et une bonne douzaine d'années de travail à plein temps sans difficulté particulière, pouvant tout au plus et dans des conditions exigeantes sur le plan attentionnel, justifier une légère baisse de rendement de 10% ;

- le rapport d'expertise du Dr F_____ du 30 janvier 2020 concluant que le trouble dépressif récurrent était désormais en rémission et récusant le diagnostic de TDA-H en se référant aux conclusions de Mme G_____ ; selon l'expert, l'hyperactivité est considérée comme un trouble central purement neurobiologique et curable par psychostimulants ; qui plus est, les troubles dépressifs et anxieux dans leur phase aiguë vont toujours de paire avec des troubles attentionnels ; l'expert ajoutait que, dans la règle, l'évolution naturelle du TDA-H va vers l'atténuation des symptômes avec l'âge et qu'il ne serait dès lors pas vraisemblable qu'une pathologie neurobiologique sans incidence majeure sur la scolarité et la formation professionnelle devienne soudain incapacitante à l'approche des 40 ans de l'assurée ; en revanche, l'expert a retenu le diagnostic de personnalité avec des traits dépendants et anxieux non incapacitant ; selon lui, la perte d'attention n'était pas conséquente et la fatigue pas objectivement suffisante pour justifier une baisse objectivable du fonctionnement professionnel ; dès lors la capacité de travail était de 100% depuis avril 2016, mais en tout cas depuis avril 2017 dans toute activité adaptée aux compétences et à la motivation de l'intéressée, avec une réduction de rendement de 10% ;

- un nouvel avis du SMR du 5 mars 2020 se ralliant à l'avis de l'expert, dont il estimait qu'il avait expliqué les raisons pour lesquelles il divergeait de l'appréciation du Prof. E_____ ; le SMR relevait que le diagnostic de TDA-H posé par ce dernier ne reposait pas sur un bilan neuropsychologique qui constituait pourtant l'examen spécifique pour retenir un tel diagnostic, que l'assurée avait pu mener à bien des études, obtenir un diplôme d'éducatrice et travailler jusqu'en 2013 sans difficultés notables, qu'elle évoquait d'ailleurs pour justifier son arrêt de travail, non pas des troubles attentionnels mais des soucis liés à la santé de son fils, un divorce difficile et des problèmes

économiques ; en conséquence, dans une activité répétitive, sans grandes responsabilités et sans travail sur écran, l'assurée pouvait exercer à plein temps avec une diminution de rendement de 10%.

4. Le 6 mars 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier tout droit à des prestations, faute d'atteinte à la santé invalidante.

5. Le 18 mars 2020, ce projet a été contesté par le Dr E_____ qui s'en est déclaré extrêmement surpris et a maintenu que sa patiente était incapable d'exercer la moindre activité lucrative en raison de symptômes attentionnels, hyperactifs et impulsifs.

6. Dans un bref avis émis le 16 avril 2020, le SMR, consulté, a répondu que le diagnostic de TDA-H avait été clairement discuté par l'expert.

7. Par décision du 20 mai 2020, l'OAI a nié le droit à toute prestation à l'assurée en se référant à l'expertise du Dr F_____.

8. Le 8 juin 2020, le Prof. E_____ a adressé un courrier à l'OAI dans lequel il a fait part de son étonnement sur plusieurs points de l'expertise effectuée par le Dr F_____, dont il a estimé qu'il méconnaissait de toute évidence le TDA-H et n'avait pas les compétences pour mener une expertise à ce titre.

   Le médecin conteste n'avoir retenu ce diagnostic que sur la base de la seule anamnèse de l'assurée, avoir négligé le fait qu'elle n'avait pas redoublé d'année, avait pu terminer sa formation sans difficultés et travailler sans arrêt jusqu'en 2013. Ceci témoigne selon lui de la méconnaissance du trouble par l'expert. Le Prof. E_____ explique que le TDA-H est avant tout et essentiellement un trouble qui doit être diagnostiqué sur la base d'une anamnèse. Selon lui, un test neuropsychologique n'est d'aucune utilité chez l'adulte. Ceci a été étayé par de nombreux articles de revues. Ce n'est pas parce qu'un patient a réussi durant son enfance à traverser les années scolaires sans difficultés que cela permet d'exclure un TDA-H.

   Le médecin répète qu'en aucun cas un test neuropsychologique ne peut l'informer sur la capacité de la patiente à effectuer une tâche ou activité lucrative. Selon lui, l'assurée est de toute évidence incapable de travailler en raison d'un trouble objectivé par ses soins dans un centre spécialisé. Il souligne qu'elle suit une thérapie spécifique pour ce trouble et suggère de mandater un autre expert ayant des connaissances en matière de TDA-H afin de procéder une réévaluation du cas.

9. Par écriture du 19 juin 2020, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 20 mai 2020 en concluant préalablement à l'audition du Dr E_____, à la mise sur pied d'une expertise auprès d'un spécialiste du TDA-H et, quant au fond, à l'octroi d'une rente.

   La recourante constate que l'expert a conclu à l'absence de troubles incapacitants, à la différence de son propre psychiatre. Elle déplore que le diagnostic de TDA-H,

pourtant mis en évidence par un spécialiste du domaine, n'ait absolument pas été investigué, pas plus que ses répercussions sur sa capacité de travail et ce, alors même qu'elle suit une thérapie destinée aux patients les plus sévères. La recourante conclut à une divergence irréconciliable entre l'avis de l'expert mandaté par l'OAI et l'expert du TDA-H qu'est son psychiatre traitant.

10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 juillet 2020, a conclu au rejet du recours.

    Il estime que le rapport du Dr F_____ doit se voir reconnaitre pleine valeur probante et s'appuie à cet égard sur l'avis émis par le SMR en date du 6 juillet 2020.

11. Dans sa réplique du 24 juillet 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions en reprenant les arguments développés par son psychiatre traitant en juin 2020.

    Elle rappelle que le Prof. E_____ est un éminent spécialiste du TDA-H et note qu'il a expliqué en détail les raisons pour lesquelles l'expertise du Dr F_____ ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante et que son avis ne saurait être négligé au seul motif qu'il émane d'un médecin traitant.

12. Informées par la Cour de céans de son intention de mettre sur pied une expertise et de la confier au docteur H_____, les parties se sont exprimées en dates des 4 et 11 mai 2021. L'intimé s'est étonné de cette mesure d'instruction complémentaire et s'y est opposé par principe. Aucune des parties n'a fait valoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert. Le SMR a suggéré une question supplémentaire.

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

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail depuis juin 2015.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

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

(RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants 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).

   Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme 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. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic 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).

   Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

8. 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. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en

évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne

peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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).

Dans l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont relevants dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée 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.

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).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

    Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

    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.

    Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie

à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

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).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d''un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2).

    Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

En l'espèce, l'intimé, dans sa décision du 20 mai 2020, se rangeant à l'avis du Dr F_____, a considéré qu'à compter d'avril 2017, l'assurée disposait d'une capacité de travail réduite de 10% seulement, au motif que le TDA-H n'était pas invalidant, ce que conteste le spécialiste qui suit l'intéressée.

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante à accorder aux conclusions du Dr F_____.

Son rapport est détaillé et comporte une anamnèse, ainsi qu'un résumé des plaintes subjectives de la recourante.

L'expert explique effectivement les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis du professeur. Il s'appuie sur les conclusions du rapport d'examen neuropsychologique de Mme G_____, rappelle que l'assurée a effectué une scolarité sans problème particulier, qu'elle a obtenu plusieurs diplômes et travaillé durant des années. Il argue que l'hyperactivité est considérée comme un trouble central purement neurobiologique et curable par psychostimulants. Il ajoute qu'en général, le TDA-H s'atténue avec l'âge et qu'il n'est dès lors pas vraisemblable qu'une pathologie neurobiologique sans incidence majeure sur la scolarité et la formation professionnelle devienne soudain incapacitante à la quarantaine.

Force est cependant de constater que les arguments invoqués par le Dr F_____ – dont il n'est pas contesté qu'il n'est pas spécialiste du TDA-H – sont réfutés par le Prof. E_____, dont c'est justement le domaine de spécialisation. Selon lui, le test neuropsychologique ne serait en l'état pas pertinent, le fait que sa patiente ait « fonctionné » sans problème durant des années non plus.

Il n'appartient pas à la Cour de céans de trancher ce débat entre praticiens.

S'y ajoute le fait que la recourante a dû être mise au bénéfice d'une curatelle en bonne et due forme, ce qui apparaît pour le moins contradictoire avec la modicité des troubles retenus par l'expert et la neuropsychologue.

Dès lors, il apparaît nécessaire de procéder à des investigations complémentaires sur le plan psychique et de mettre sur pied une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et au bénéfice d'une expérience dans le domaine du TDA-H.

***

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique.
2. Commet à ces fins le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
    a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
    b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
    c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourée de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
    d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
    1. Anamnèse détaillée.
    2. Plaintes et données subjectives de la personne.
    3. Status clinique et constatations objectives.
    4. Diagnostics selon la classification internationale.

       Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
    5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
    6. 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 l'assurée).
    8. 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) ?
    9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

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

11. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? Si la recourante suit un traitement antidépresseur, prière d'évaluer la compliance par un dosage sanguin.

12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

13. 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 ?

14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,

    a) dans l'activité habituelle (impliquant une interaction avec de jeunes enfants et la gestion de plusieurs classes d'une vingtaine d'élèves chacune, avec les exigences administratives y relatives et l'organisation d'évènements ponctuels)

    b) dans une activité adaptée (cas échéant, spécifier quelles activités seraient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée)

15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,

    a) dans l'activité habituelle

    b) dans une activité adaptée.

16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

17. 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.

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

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. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des expert et neuropsychologue s'étant déjà prononcés, ainsi que des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

21. Confirmez-vous l'allégation selon laquelle un test neuropsychologique n'est pas déterminant pour poser le diagnostic de TDA-H chez un adulte ?

5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques :

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

    b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

    c) 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.

    d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

    e) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

    f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?

    g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

    h) Cas échéant, comment expliquer que les troubles psychiques présents depuis l'enfance – qui n'ont empêché l'assurée ni d'étudier, ni de travailler plusieurs années – soient désormais invalidants ?

6. Formuler un pronostic global.

7. Toute remarque utile et proposition.

8. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.

9. Réserve le fond.

La greffière	La Présidente
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le