

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2124/2019

ATAS/627/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 30 juillet 2020**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VEYRIER, représentée par  
APAS-Association pour la permanence défense des patients et des  
assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1970, divorcée et mère d'une fille née le \_\_\_\_\_ 1992, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 23 août 2016. Elle indiquait travailler comme commise administrative pour B\_\_\_\_\_ (ci-après : les B\_\_\_\_\_ ) à 80% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Elle avait travaillé entre le 1<sup>er</sup> février 2001 et décembre 2014 à 100% pour le même employeur. Elle était en incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et travaillait à « 60% au lieu de 80% », en raison d'une atteinte psychique.
2. Selon un rapport établi le 11 avril 2016 par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique, service des spécialités psychiatriques des B\_\_\_\_\_, l'assurée lui avait été adressée par son psychiatre qui suspectait un trouble de l'attention. Elle présentait des symptômes assez évocateurs d'un trouble déficitaire de l'attention évoluant depuis l'enfance. La symptomatologie était de type mixte. Ses troubles de l'attention étaient certainement décompensés ou avaient eu un retentissement plus important lorsque des troubles anxieux leur avaient été associés en 2011. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait proposé, pour préciser le diagnostic, de réaliser un bilan complémentaire psychologique centré sur les troubles de l'attention. Il reverrait l'assurée pour discuter du traitement à l'issue de ce bilan. À côté de cela, il existait peut-être un trouble du sommeil de type syndrome de jambes sans repos. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait demandé à l'assurée de lui donner son dernier bilan martial pour vérifier si la ferritine était normale. Soit elle était basse et il faudrait d'abord compléter, sinon un bilan spécifique serait utile. Au besoin, il organiserait une consultation avec une psychologue spécialisée dans les troubles du sommeil.
3. Selon un rapport d'évaluation d'intervention précoce établi par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) suite à un entretien du 15 novembre 2016, l'assurée se demandait si son travail correspondait à son atteinte. Elle était suivie depuis quelques années par le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute, qui avait posé le diagnostic de dépression réactionnelle. Elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail et avait tenté de faire son travail au mieux. Elle avait commencé à recevoir des remarques de son employeur qui trouvait son travail insatisfaisant. Avec le traitement (Zoloft), elle se sentait un peu mieux. Elle faisait part d'une hypersensibilité, de pleurs, d'anxiété et d'une aptitude à la concentration limitée. Elle sentait qu'elle arrivait « à la limite ». Elle avait effectué des tests supplémentaires et un nouveau diagnostic avait été posé de trouble déficitaire de l'attention et d'état anxio-dépressif. Elle subissait, selon ses dires, une pression importante au travail, mais se sentait soutenue par son médecin et avait demandé le soutien du syndicat. Elle souhaitait rester à son travail en recherchant des solutions pour optimiser la situation. Du 1<sup>er</sup> février 2001 à décembre 2014, elle avait été employée à 100%. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, elle travaillait à 80%. Il semblait qu'elle avait réduit son taux d'activité à cause de sa problématique de santé. Selon ses dires, même avec une capacité de travail de 60%, comme actuellement, ses employeurs lui avaient recommandé d'être en arrêt à

---

100%, car elle ne donnait pas satisfaction au travail. Son psychiatre traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, arrivant à la retraite, elle allait rencontrer la doctoresse E\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute FMH, de la clinique Belmont, qui était spécialisée dans le trouble déficitaire de l'attention. Elle avait essayé la Ritaline, qui ne lui avait pas convenu. L'assurée recherchait des solutions et était proactive. Elle avait effectué une formation de méditation pleine conscience, massages et art thérapie. Les conséquences de l'atteinte à la santé étaient une attention labile et un manque de régularité. Il était proposé d'optimiser la place de travail existante.

4. Le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 8 octobre 2016, que l'assurée souffrait d'une anxiété généralisée et d'un déficit de l'attention. Ces deux diagnostics avaient un effet sur la capacité de travail et avaient été confirmés au début de l'année 2016. Elle souffrait également d'un trouble dépressif récurrent (actuellement compensé), sans effet sur la capacité de travail. Le Dr D\_\_\_\_\_ suivait l'assurée depuis le 4 janvier 2012 et le dernier contrôle datait du 5 octobre 2016. L'assurée avait commencé à avoir des symptômes anxieux et dépressifs dès 2010. Elle avait eu une réponse partielle au traitement médicamenteux et des rechutes à l'arrêt malgré la diminution des facteurs de stress préexistants. Le pronostic dépendait du résultat d'un traitement spécifique pour le déficit d'attention.

L'assurée prenait du Zoloft 100 mg par jour, de la Sertraline 130 mg par jour et de la Norsertaline 320 mg par jour. Il y avait une réduction des 80% de taux d'activité selon le contrat à 60 % dès décembre 2015. Les restrictions sur l'activité exercée à ce jour étaient un trouble anxieux fluctuant, un trouble de l'attention et un trouble de la concentration. L'activité exercée était encore exigible du point de vue médical à 60% au lieu de 80%. Le rendement était réduit pour les raisons précitées, avec une diminution du temps de travail d'environ un tiers. La capacité de travail dans une activité adaptée au handicap allait dépendre d'une thérapie spécifique pour le trouble de l'attention qui allait être mis en place. La capacité de concentration était limitée en relation avec le trouble de l'attention et le trouble anxieux.

5. À teneur d'une note de travail « intervention précoce » (ci-après IP) établie par l'OAI le 12 janvier 2017, l'assurée était dorénavant suivie par la Dresse E\_\_\_\_\_, qui était spécialisée dans le TDAH. L'assurée était à l'origine commise administrative à la réception. Elle était en arrêt de travail depuis quatre ans en raison d'une dépression réactionnelle. Elle avait accepté un poste qui se libérait au scannage et avait baissé son taux d'activité. Il lui avait été proposé de pointer durant une semaine ses heures d'arrivée et de départ, ses besoins de temps de pauses en précisant après combien de temps d'activité et ses possibilités de travailler sur les dossiers patients hors écran. Elle avait été rendue attentive à l'intérêt de rechercher des adaptations du poste plutôt que d'aller uniquement sur le projet d'une nouvelle orientation professionnelle.
6. À teneur d'une note de travail IP établie par l'OAI le 26 janvier 2017, une discussion avait eu lieu avec Madame F\_\_\_\_\_, responsable des ressources

humaines de l'employeur de l'assurée. Il lui avait été demandé l'autorisation de se rendre sur la place de travail de celle-ci et de rencontrer sa responsable, Madame G\_\_\_\_\_. La mise en place d'un coaching à la place de travail avait été évoquée avec comme objectif une ergonomie cognitive. Il avait été demandé à l'assurée de pointer ses heures d'arrivée, son temps de concentration, son temps de pause, etc. Mme F\_\_\_\_\_ avait donné son accord et précisé que Mme G\_\_\_\_\_ pouvait donner des renseignements sur le rendement de l'assurée.

Un point de situation avait été fait par téléphone avec cette dernière. Elle n'avait pas complété les informations demandées concernant ses heures d'arrivée au travail et son temps de concentration. Il lui avait été demandé de le faire. La Dresse E\_\_\_\_\_ allait discuter avec l'assurée pour définir comment optimiser sa situation au travail.

Le 3 février 2017, Mme G\_\_\_\_\_ avait indiqué que l'assurée était dans le poste de travail depuis quatre ans. Le poste aux archives avait changé. Avant, tout se faisait sur papier (classement) et il n'y avait pas de possibilité de contrôler. Maintenant, les dossiers des patients étaient informatisés. Il y avait une traçabilité. L'assurée se perdait énormément. Elle était dispersée et passait du temps sur internet et WhatsApp. Elle arrivait le matin et allait tout de suite se chercher un café. Elle travaillait 20 minutes et faisait à nouveau une pause pour aller chercher une bouteille d'eau. Parfois, ce déplacement pouvait lui prendre une heure, si elle avait croisé une personne en chemin et qu'elle discutait. Elle perdait la notion du temps. Ses collègues réagissaient. Il n'était pas facile de savoir ce qui était du ressort de sa maladie ou un problème d'attitude. La situation d'équipe était tendue. Le rendement de l'assurée était estimé à 25% sur un temps de présence de 60%. Dernièrement, elle avait fait des erreurs et scanné des documents dans le mauvais dossier. Il lui arrivait de regarder la fenêtre pendant 10 minutes. Elle paraissait alors absente. La responsable ne la sollicitait pas pendant ces instants, car elle estimait que cela n'était pas possible, ses pauses étant influencées par la maladie.

7. Le 7 février 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures IP sous la forme de séances de coaching individuelles du 25 janvier au 30 avril 2017 auprès de Madame H\_\_\_\_\_, de U\_\_\_\_\_ Consulting, pour la soutenir dans le maintien de son activité professionnelle habituelle.
8. Selon un rapport établi par la Dresse E\_\_\_\_\_, reçu par l'OAI le 3 mars 2017, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient un trouble d'anxiété généralisé, un trouble dépressif récurrent et un trouble de déficit de l'attention. La Dresse E\_\_\_\_\_ suivait l'assurée depuis novembre 2016. Cette dernière avait eu un début de symptomatologie anxio-dépressive en 2010 avec un effondrement de l'humeur, en 2016, dans un contexte d'épuisement professionnel. Il y avait eu une réponse partielle au traitement médicamenteux initié alors. Actuellement, le traitement antidépresseur stabilisait partiellement la patiente, puisqu'il existait toujours une anxiété très importante associée à un déficit attentionnel gênant la gestion de son quotidien et impactant son activité professionnelle.

Malheureusement, la médication spécifique de son trouble du déficit de l'attention par méthylphénidate n'était à ce jour pas suffisamment bien tolérée par la patiente pour être prise régulièrement et ne permettait donc pas une amélioration d'un point de vue cognitif.

Le traitement actuel consistait en une psychothérapie type « TCC » à la fois sur le trouble anxio-dépressif et sur le trouble de déficit de l'attention, à raison d'une fois par mois avec le médecin psychiatre et hebdomadaire en psychothérapie. L'assurée prenait du Zoloft (100 mg par jour). Actuellement, la patiente réalisait un 60% de son 80% habituel avec de très grandes difficultés et ce, depuis décembre 2015. Il lui était difficile à l'heure actuelle d'accepter de réduire encore sa capacité de travail, ce qui paraissait médicalement justifié. Les restrictions sur l'activité exercée à ce jour étaient une difficulté dans la gestion des facteurs de stress environnementaux avec une labilité émotionnelle importante, une difficulté dans la gestion émotionnelle impactant les relations interpersonnelles dans sa vie personnelle et professionnelle et des troubles de l'attention avec une grande dispersion cognitive, des oublis, une procrastination, impactant la gestion de son quotidien et son activité professionnelle. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible. La patiente ne souhaitait pas à l'heure actuelle baisser davantage son taux d'activité (60% de son 80%) qu'elle assumait quand même avec une grande difficulté. Le rendement était réduit. Les remarques de sa hiérarchie laissaient penser que l'assurée arrivait à peine à remplir les tâches exigibles dans son contrat actuel, ce qui la mettait dans une position de culpabilité et de dévalorisation importante aggravant les troubles psychiques. Il serait sans doute souhaitable de réduire encore sa capacité de travail.

On pouvait espérer de la thérapie cognitivo-comportementale qu'elle arrive à mieux gérer son anxiété et les stresseurs environnementaux et à pallier son trouble de déficit de l'attention avec des stratégies comportementales. Ainsi, sa capacité de travail pourrait être améliorée. Il faudrait limiter au maximum les stresseurs environnementaux de prise de décision ainsi que les responsabilités au niveau du travail et rester dans une activité assez routinière. Compte tenu de la sévérité des troubles psychiques, il était peu probable que la patiente puisse travailler à plus de 50% d'une activité à temps plein. Elle était limitée dans sa capacité de concentration, d'adaptation et de résistance. Ces indications avaient été constatées par la Dresse E\_\_\_\_\_ depuis septembre 2016 et avaient été évaluées par le Dr D\_\_\_\_\_ depuis fin 2015.

9. À teneur d'un rapport établi par le service de réadaptation de l'OAI le 10 mars 2017, suite à une observation de la place de travail de l'assurée le 28 février 2017 et une rencontre avec la responsable du service, Mme G\_\_\_\_\_, l'assurée avait repris le travail le 27 février 2017, après un mois d'arrêt en raison d'une blessure au poignet. Selon l'assurée, quel que soit le dossier à traiter, cela lui demandait beaucoup d'attention. Mme G\_\_\_\_\_ évaluait actuellement le rendement de l'assurée à 40 ou 50% de son temps de présence (moitié de son temps de présence).

Elle avait trouvé des erreurs dans le travail et proposé à l'assurée de le contrôler. Cette dernière avait alors présenté une meilleure qualité de travail. Mme G\_\_\_\_\_ indiquait qu'elle ne pouvait pas contrôler toute l'activité de l'assurée sans discontinuer. Dès lors qu'il n'y avait plus de contrôle, Mme G\_\_\_\_\_ avait retrouvé des erreurs. L'assurée devait arriver à 8h, mais elle avait souvent 10 à 15 minutes de retard. Elle travaillait avec la Dresse E\_\_\_\_\_ sur l'objectif d'arriver à l'heure. Elle justifiait ses retards en raison de son atteinte TDAH et d'une grande fatigue. Elle disait que c'était chimique et qu'elle avait de la peine à se réveiller. Elle avait commencé un groupe thérapeutique à la clinique Belmont, mais avait arrêté, car cela ne lui avait pas convenu. Elle continuait son suivi avec la Dresse E\_\_\_\_\_ et auprès d'une psychologue. Mme H\_\_\_\_\_, coach mandatée dans le cadre de l'intervention précoce, estimait qu'il n'y avait pas de perturbateurs personnels. L'assurée était concentrée, prenait des notes durant les séances et restituait. Lors de l'observation de l'activité de l'assurée, il lui avait été demandé à plusieurs reprises de se remettre au travail pour qu'elle puisse être observée. Elle expliquait beaucoup sa situation, détournant ainsi son attention des tâches qu'elle devait effectuer.

10. Mme H\_\_\_\_\_ a informé l'OAI le 13 mars 2017 que pour évaluer la quantité et le rythme de travail de l'assurée, elle avait fait une moyenne par jour avec le reste de ses collègues. Une personne qui travaillait 4 heures par jour faisait en moyenne 42 documents. L'assurée qui travaillait 6 heures par jour faisait une moyenne de 24 documents. Une personne qui travaillait 8 heures par jour faisait en moyenne 82 documents.
11. Mme H\_\_\_\_\_ a informé l'OAI le 27 mars 2017 que l'assurée allait avoir un arrêt de travail à 100% au plus tard à partir du 3 avril 2017. Celle-ci déclarait être en grande souffrance au travail. Elle n'avait vraiment pas été bien ce jour-là. Selon l'assurée, il n'était plus utile de mandater un ergonome.
12. Selon une note de travail IP du 28 mars 2017, l'assurée ne se voyait pas continuer à travailler dans son poste actuel et voulait sortir du milieu médical.
13. Selon une note de travail IP du 3 avril 2017, la Dresse E\_\_\_\_\_ avait indiqué par téléphone que le suivi était compliqué, car l'assurée avait du mal à venir aux rendez-vous qu'elle oubliait. Elle avait des troubles attentionnels importants, un état dépressif et un état d'épuisement. Un 50% était déjà trop et il n'y avait pas d'amélioration à prévoir. Actuellement, l'assurée travaillait à 60% de son 80%, soit à environ 50%. La Dresse E\_\_\_\_\_ pensait qu'un 50% de son 80% serait préférable. La patiente aimait son emploi, mais devait accepter sa problématique de santé. Une évaluation TDAH avait été effectuée aux B\_\_\_\_\_ en avril 2016. L'assurée tolérait mal la médication. La proposition d'intervention de l'OAI allait dans le sens de ce qui était nécessaire au niveau médical. Il fallait limiter les distracteurs, organiser le poste de travail et agencer l'outil informatique. Auparavant, l'assurée compensait. À présent, elle avait besoin qu'on lui donne des orientations et des pistes de fonctionnement pour la pratique de son activité.

14. Le 3 avril 2017, la Dresse E\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'elle allait mettre l'assurée en arrêt maladie total pendant le mois d'avril et prévoir une reprise à 40% (50% du 80%) dès le mois de mai 2017.
15. Le 3 avril 2017, le docteur I\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assurée avait passé des tests neurologiques en 2016 et que, suite au contact avec le médecin chargé du suivi, une thérapie était préconisée avec des résultats attendus après une année de traitement.
16. Le 6 avril 2017, la conseillère en réadaptation de l'OAI a discuté des adaptations de poste prévues avec la responsable des ressources humaines de l'assurée, Mme F\_\_\_\_\_. Celle-ci a indiqué que la responsable et l'équipe avaient mal vécu l'intervention de l'OAI à fin février. Ils ne comprenaient pas pourquoi autant d'appuis étaient donnés à l'assurée alors que, selon leurs ressentis, celle-ci ne fournissait pas le travail demandé. Il semblait y avoir une perte de confiance envers elle et un questionnement sur sa motivation. La conseillère avait informé la responsable des ressources humaines que, selon le médecin de l'assurée, son fonctionnement était lié à la maladie.
17. Le docteur J\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, a établi un arrêt de travail à 100% pour l'assurée du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2017 pour maladie.
18. Selon le rapport de clôture IP du 8 mai 2017, il avait été constaté lors de l'observation de la place de travail de l'assurée qu'elle évoluait dans un environnement professionnel calme et bienveillant. Elle n'avait pas de responsabilités. Les tâches s'effectuaient sur ordinateur et il avait été proposé à sa psychiatre d'apporter les adaptations nécessaires pour maximiser sa concentration et, par conséquent, son rendement, malgré les difficultés qui pouvaient être engendrées par le travail à l'écran. La psychiatre avait validé les suggestions. L'assurée avait été mise en arrêt de travail total pour le mois de mai par la Dresse E\_\_\_\_\_. Cette dernière avait prévu une reprise à 50% d'un 80% dès le mois de mai. L'assurée avait toutefois informé l'OAI qu'elle resterait en incapacité de travail au mois de mai. C'était le Dr J\_\_\_\_\_ qui avait signé le certificat. La Dresse E\_\_\_\_\_ avait été interpellée à ce sujet, sans réponse. Il lui avait également été demandé la transmission des rapports d'évaluation neuropsychologique que l'assurée aurait passé en avril 2016. Dans ce contexte, l'évaluation médicale devait se poursuivre. En l'absence totale de l'assurée, les adaptations ergonomiques prévues ne pouvaient être envisagées. Le mandat d'IP était donc clôturé.
19. Par courriel du 9 mai 2017, la Dresse E\_\_\_\_\_ a informé l'OAI lui avoir adressé une copie du rapport médical sur le TDAH et qu'elle ne suivait plus l'assurée.
20. Le 23 mai 2017, le docteur K\_\_\_\_\_, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a constaté que le Dr C\_\_\_\_\_ avait indiqué le 11 avril 2016 qu'un bilan neuropsychologique était nécessaire pour retenir le diagnostic de trouble de déficit attentionnel. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, il n'était pas possible, à l'heure actuelle, de se positionner sur les atteintes psychiques de l'assurée, ni sur

---

leur sévérité. Il était nécessaire de demander à la Dresse E\_\_\_\_\_ les résultats du bilan neuropsychologique et une expertise psychiatrique avec un bilan neuropsychologique si nécessaire.

21. Selon un rapport établi le 7 juin 2017 par le Dr J\_\_\_\_\_, l'assurée souffrait depuis cinq ans d'un abaissement thymique important avec des symptômes assez évocateurs d'un TDAH évoluant depuis l'enfance. L'assurée était incapable de travailler à 40% comme secrétaire depuis le 10 octobre 2016 et à 100% d'avril 2017 à ce jour. Elle était capable de travailler 4 heures par jour dans une activité adaptée. Avec un cadre adapté et protégé, la capacité de travail pourrait augmenter. On pouvait s'attendre à une reprise d'une activité adaptée à 50% le 1<sup>er</sup> septembre 2017.
22. Le 18 juillet 2017, l'assurée a informé l'OAI que le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute avait remplacé le Dr J\_\_\_\_\_, à l'Institut Clinique de Neurosciences.
23. Le 7 août 2017, la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, a posé les diagnostics de TDAH, fatigabilité accrue et syndrome anxio-dépressif. Elle suivait la patiente depuis le 3 mai 2016, laquelle était suivie auparavant par le Dr L\_\_\_\_\_. Elle s'en référait au psychiatre pour déterminer quand l'assurée pourrait reprendre le travail, ce qui devrait être fait de façon progressive.
24. Le 29 septembre 2017, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente était suivie avant lui par le Dr D\_\_\_\_\_. Il préconisait un arrêt de travail définitif dans le contexte actuel et la mise en place d'un programme de réadaptation professionnelle à 50%. L'assurée avait été incapable de travailler à 20% en 2014, à 60% à fin 2015 et elle l'était à 100% depuis le 1<sup>er</sup> août 2017 et pour une durée indéterminée. Elle pouvait travailler à 50% dans une activité adaptée à son profil clinique et cognitif, mais pas dans son travail actuel.
25. L'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assurée à la doctoresse N\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie.
26. Dans l'entête de son rapport du 1<sup>er</sup> février 2018, l'experte a mentionné qu'elle était médecin psychiatre-psychothérapeute et « médecin expert AI ». Elle indiquait ensuite avoir reçu de l'OAI le dossier de l'assurée. Les documents retenus étaient : la demande de prestations d'assurance-invalidité, le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2016, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 11 avril 2016, le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 7 juin 2017 et le rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 7 août 2017. L'experte a indiqué avoir eu deux consultations d'évaluation avec l'assurée les 13 novembre 2017 et 8 janvier 2018 et avoir effectué des mesures psychométriques (dont le questionnaire d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété, le questionnaire HDRS et le questionnaire MADRS-S), ainsi qu'un bilan sanguin pour un monitoring médicamenteux, le 8 janvier 2018.

L'experte a résumé l'histoire médicale actuelle selon l'expertisée et ses plaintes sur le plan psychique. Elle a exposé ses données personnelles, familiales et socio-professionnelles et résumé l'histoire médicale actuelle selon le dossier. Sous cette

dernière rubrique, elle a notamment indiqué que le Dr C\_\_\_\_\_ avait évalué en avril 2016 le trouble TDAH et proposé un complément psychologique, qui avait été effectué en avril 2016. Les échelles DIVA avaient été utilisées et il avait été conclu que les scores étaient en faveur d'un trouble de l'attention à l'âge adulte comme pour l'enfance. Le retentissement dans la vie quotidienne était important et l'avait été de manière conséquente pour la vie scolaire. Il était parfois difficile de faire la part des choses dans les descriptions de la patiente, entre des troubles de l'attention qui pourraient être liés à des affects dépressifs récents ou un véritable TDAH. Quant à l'échelle CPT3, on notait un trouble de l'attention caractérisé par de fortes variations entre les temps de réponse, une difficulté pour l'attention soutenue, s'exprimant par un allongement des temps de réponse en fin de test, mais sans majoration du nombre d'erreurs et enfin, des difficultés à maintenir la vigilance se traduisant par un allongement des temps de réponse lorsque les stimuli étaient présentés de manière moins fréquente dans le temps. Il y avait une cohérence entre des troubles attentionnels décrits lors de la DIVA et des troubles mis en évidence au CPT.

L'experte a ensuite procédé à un status psychique et exposé le résultat des examens effectués. Sous « situation actuelle et conclusion », elle a mentionné que le diagnostic d'anxiété généralisée avait été soulevé par ses confrères. L'expertise manifestait à ce jour des symptômes de pessimisme, des sensations de tension, d'impatience ou encore une incapacité à se détendre. Les symptômes cognitifs de l'anxiété étaient clairement identifiés comme les difficultés de concentration ou encore une mauvaise mémoire, des difficultés d'organisation et un mauvais encodage. L'expertisée avait également des problèmes de sommeil. Le diagnostic différentiel du syndrome de jambes sans repos avait été soulevé à la lecture du dossier fourni par l'OAI. L'expertisée décrivait un sommeil perturbé dans la qualité avec des difficultés d'endormissement ou encore une agitation du sommeil du milieu de la nuit. Elle avait présenté sa première décompensation à l'âge de 40 ans, en raison d'un changement dans sa vie professionnelle et d'une rupture sentimentale avec une maltraitance verbale et psychologique.

À la lecture du dossier, il apparaissait que l'expertisée avait eu une perte de repères dans l'exécution de tâches bien connues et bien maîtrisées suite à un changement de poste. Elle avait eu en plus des relations difficiles dans sa vie privée, dans lesquelles elle s'était sentie rabaissée psychologiquement. La structure de la personnalité de l'expertisée jouait un rôle important. Elle avait grandi dans une atmosphère où son père était souvent en voyage et avec des problèmes d'alcool. Elle avait la perception d'avoir grandi sans l'identifiant naturel. Sa mère était décrite comme quelqu'un de contrôlant qui ne lui avait pas permis de s'émanciper. L'assurée ne se souvenait pas si elle avait des camarades dans sa petite enfance. Sa mère ne l'avait jamais autorisée à amener des copains à la maison. L'expertisée établissait probablement un mode relationnel marqué de peu de confiance en ses compétences. Le sentiment de culpabilité était revenu lors de l'évaluation. En effet,

elle s'était adressée des reproches. Les symptômes neuro-végétatifs étaient surtout des symptômes gastro-intestinaux avec un manque d'appétit, des symptômes généraux de douleurs du dos, des céphalées ou encore de la fatigue et une perte d'énergie.

Le diagnostic d'anxiété généralisée était retenu. Ce diagnostic était incapacitant. La médication dispensée à l'expertisée n'était pas optimale dans sa valeur biologique ainsi que dans la symptomatologie clinique. Il serait important d'optimiser l'efficacité du traitement antidépresseur, soit en l'augmentant, soit en le potentialisant avec une autre molécule.

Parallèlement, des investigations avaient été menées en 2016 aux B\_\_\_\_\_ afin de confirmer le diagnostic du TDAH, forme mixte, qui incluait l'inattention et le trouble de l'activité. L'expertisée avait été au bénéfice d'un traitement de Concerta 36 mg par jour avec une prise en charge par le Dr L\_\_\_\_\_. Cette médication avait été arrêtée suite à des effets secondaires. Le Dr L\_\_\_\_\_ décrivait une situation de prise phobique de toute classe médicamenteuse en général. Les problèmes anxieux n'amélioraient en rien la capacité de concentration et d'exécution de l'expertisée. « L'un intriqué dans l'autre ne permettait en rien une aptitude ni une fonctionnalité ».

Ce diagnostic n'était pas incapacitant pour autant que l'assurée bénéficie d'une médication avec un suivi psychothérapeutique. Or, l'expertisée était suivie par le Dr L\_\_\_\_\_ avec une bonne compliance et l'examen neuropsychologique de 2016 avait mis en avant une activité adaptée entre 50 et 60%. Ce pourcentage devrait être réévalué une fois le trouble anxieux résolu. Le traitement de Foncalin n'avait pas été testé. Il restait aussi des prises en charge « TCC » dans le cadre du TDAH, les médecines naturelles comme l'hypnothérapie et le traitement aux huiles essentielles. Il était important de préciser que l'expertisée, durant le premier rendez-vous, avait souhaité que ses différents arrêts maladie entre 2015 et 2017 soient précisés et qu'elle avait mis à disposition de l'experte quelques jours plus tard, sans y être invitée, des éléments médicaux comme l'examen neuropsychologique ainsi que l'examen psychologique, déjà mis à disposition dans le CD de l'OAI. Ceci était probablement significatif de l'expression d'une anxiété avec souffrance qui durait et pour laquelle l'expertisée aimerait certainement une réponse, voire des solutions, mais également une reconnaissance.

Un examen auprès de la doctoresse O\_\_\_\_\_ avait été pris en urgence pour élucider le syndrome de jambes sans repos, soulevé antérieurement, mais l'expertisée ne s'était pas présentée au rendez-vous pour une raison qu'elle avait qualifiée d'urgente, sans donner plus d'explications.

Le diagnostic du syndrome de jambes sans repos, comme diagnostic d'exclusion, ne pouvait dans ce contexte pas être retenu.

La capacité de travail de l'expertisée dans l'activité exercée était nulle et elle était de 50% dans une activité correspondant à ses aptitudes. Il était important avant tout

de résoudre l'état d'anxiété généralisé en optimisant la médication psychotrope et par des séances, dans un premier temps plus rapprochées avec son médecin psychiatre. La capacité de travail devrait être atteinte dans un délai de trois à six mois, mais pas au-delà. Il était important de fractionner les heures de travail, faire une pause toutes les deux heures, faire des tâches routinières qui n'allaient pas alimenter l'anxiété anticipée de l'expertisée et, de cette façon, la tâche était connue, reconnue, encodée et restituée (ch. IV 2 p. 14 du rapport).

Les incapacités de travail étaient liées au tableau clinique des deux diagnostics retenus. Face à une situation anxiogène, notamment nouvelle, l'expertisée allait perdre ses moyens rien qu'en imaginant les scénarios catastrophes. Elle était incapable, à ce jour, d'assimiler de façon assidue et d'exécuter plusieurs tâches en même temps. L'anxiété et la désorganisation faisaient que toute nouvelle information ne serait pas encodée et certainement pas restituée. Les incapacités dataient de 2010, depuis son changement de poste au sein des B\_\_\_\_\_, mais l'effondrement remontait à 2012, date du début de sa prise en charge par le Dr D\_\_\_\_\_. L'incapacité de travail était de 50%. Ce taux devrait être réévalué en fonction de la résolution du diagnostic du trouble anxieux. Le TDAH devait également être réévalué par un examen neuropsychologique pour vérifier les compétences cognitives dans un délai de deux ans au maximum. Il y avait certes une labilité émotionnelle, mais l'humeur n'était pas effondrée. Le traitement d'Escitalopram devait être réévalué dans le sens d'une hausse. L'expertisée n'avait pas beaucoup de ressources. Elle avait de bonnes relations avec sa fille et son petit-fils, mais pas plus.

27. À teneur d'un rapport final du 18 avril 2018, le docteur P\_\_\_\_\_, du SMR, considérait, comme l'experte, que c'était pour des raisons d'atteinte à la santé que l'assurée avait réduit son taux de travail. L'atteinte à la santé était une anxiété généralisée. La longue maladie avait débuté le 1<sup>er</sup> décembre 2015. La capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. L'aptitude à la réadaptation débutait le 1<sup>er</sup> décembre 2015. Les limitations fonctionnelles étaient des troubles de la concentration, de l'attention, de l'exécution de planification et de restitution.
28. Le 2 mai 2018, l'assurée a informé l'OAI qu'en accord avec le Dr L\_\_\_\_\_, sa motivation résidait dans la confiance à être apte d'essayer une activité de 50% maximum dans un nouveau domaine correspondant à ses capacités actuelles et garder ainsi un lien socio-professionnel.
29. L'OAI a établi un mandat de réadaptation le 11 mai 2018.
30. Selon une note de travail du 11 juin 2018, il avait été discuté avec l'assurée d'une formation pratique pour une poste d'accueil/téléphone dans l'agence de Mme Q\_\_\_\_\_, directrice générale LIP Placement, formation qui pourrait déboucher sur un emploi à 50% si la situation évoluait favorablement. L'assurée possédait déjà une formation et de l'expérience à l'accueil et au téléphone. Elle

accueillait favorablement cette perspective. Les coordonnées de Mme Q\_\_\_\_\_ lui avaient été transmises afin qu'elle prenne directement contact avec elle.

31. Selon une note de premier entretien de réadaptation professionnelle du 11 juin 2018, l'assurée voulait qu'on lui trouve une voie professionnelle. Elle devait mener aussi une analyse des types d'emplois qu'elle pourrait envisager. Elle voulait trouver un emploi où elle pourrait donner le meilleur d'elle-même. Durant l'entretien, elle avait mentionné deux fois l'activité au sein d'une crèche. Son intérêt pour cet emploi était motivé par le côté en mouvement, l'extérieur, la créativité, la mobilité du corps et les temps de pause possibles. Elle avait rencontré une amie qui travaillait dans une éco-crèche. Tout se passait en extérieur. Elle souhaitait faire un stage dans cet environnement dès la rentrée scolaire 2018-2019 à 50%. Elle mentionnait également un intérêt pour le maraîchage et avait eu un contact avec les jardins de Cocagne.

La division de réadaptation professionnelle attendait les coordonnées de la responsable de l'éco-crèche. Un stage pourrait être organisé au sein de cette crèche pendant trois mois pour vérifier l'orientation. Si cela n'était pas concluant, une orientation professionnelle devrait être effectuée avec contact avec le psychiatre traitant. Il était également proposé un stage au sein d'une agence de placement au poste d'accueil/téléphoniste à 50%. L'assurée était formée pour cette activité et ce n'était pas l'emploi qu'elle avait exercé aux B\_\_\_\_\_.

32. Selon une note de travail du 14 juin 2018, l'assurée avait pris rendez-vous avec son psychiatre, le Dr L\_\_\_\_\_, et avait transmis un courriel le jour même avec un certificat de ce médecin indiquant qu'elle ne pouvait actuellement envisager une réinsertion à 50%. Pourtant, l'assurée avait pris contact comme proposé avec LIP Placement et avait rendez-vous le 18 juin 2018 avec Mme Q\_\_\_\_\_.
33. À teneur d'un certificat établi par le Dr L\_\_\_\_\_ le 13 juin 2018, l'assurée n'était pour l'instant pas apte à intégrer une mesure de réinsertion professionnelle à 50%. Ils travaillaient dans l'optique qu'elle puisse le faire dans les plus brefs délais. Des tâches administratives étaient à l'heure actuelle contre-indiquées.
34. À teneur d'un certificat médical établi par le Dr L\_\_\_\_\_ le 15 juin 2018, en lien avec l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_, il tenait à certifier que l'état de santé de sa patiente nécessitait une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 septembre 2018. À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018, avec le traitement psychiatrique et psychothérapeutique instauré, elle pourrait être prête à intégrer un programme de réinsertion professionnelle. Il fallait prendre en compte l'intérêt d'instaurer un programme de réinsertion adapté à son état psychique et psychologique avec une évaluation approfondie préalable afin qu'il puisse être adapté aux objectifs de réinsertion recherchés.
35. À teneur d'un rapport final MOP (mesure d'ordre professionnel) du 23 juillet 2018, la division de réadaptation professionnelle estimait que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. L'assurée possédait les aptitudes nécessaires

pour retrouver une activité telle que celle de téléphoniste/accueil, comme le poste qui lui avait été proposé au sein d'une entreprise du marché primaire de l'emploi. Il était supposé qu'elle pourrait également travailler dans un emploi du back office, activité pour laquelle elle possédait toutes les compétences. L'évaluation de la perte de gain avait été réalisée sur la part professionnelle en qualité de commise administrative à 100% aux B\_\_\_\_\_. Le mandat de réadaptation était ainsi clôturé.

36. Par projet d'acceptation de rente du 18 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée que, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016, elle avait droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était de 50% dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015 (début du délai d'attente d'un an). À l'échéance du délai d'attente, à savoir le 1<sup>er</sup> décembre 2016, la capacité de travail se confondait avec la perte de gains. Par conséquence, le droit à une demi-rente était ouvert dès cette date. D'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.
37. À teneur d'un rapport médical établi le 7 février 2019 par le Dr L\_\_\_\_\_, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Les tentatives de réinsertion professionnelle avaient échoué. Son statut clinique restait inchangé depuis le dernier rapport. Des mesures médicales, traitements psychothérapeutique et psycho-pharmaceutiques déjà décrits dans les précédents rapports, amélioraient sa qualité de vie, mais pas sa capacité de travail qui restait nulle définitivement.
38. Le 17 mai 2019, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet de décision.
39. Le 27 mai 2019, l'assurée a formé recours contre la décision précitée. Elle faisait valoir que celle-ci n'était pas motivée et n'expliquait pas pourquoi une capacité de travail de 50% était retenue alors que le Dr L\_\_\_\_\_ admettait une capacité résiduelle nulle. Elle concluait à octroi d'une rente d'assurance-invalidité entière dès 1<sup>er</sup> décembre 2016 à 100% et à ce que la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) entende les Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, au besoin en confrontation, et ordonne une expertise judiciaire. Elle demandait un délai pour compléter son recours.
40. Par réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Selon l'expertise effectuée par la Dresse N\_\_\_\_\_, la recourante avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de décembre 2015. Le dossier avait été transmis au service de réadaptation pour déterminer le type d'activité exigible. Il ressortait du rapport final MOP du 27 juillet 2018 que l'activité habituelle de la recourante était adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de travail était de 50% dans toute activité. L'OAI avait sollicité le service de réadaptation pour clarifier la situation professionnelle de la recourante, notamment sur l'exigibilité de l'exercice de son activité habituelle. Le service de réadaptation s'était prononcé par note de travail MOP du 28 juin 2019, aux conclusions de laquelle l'OAI se ralliait intégralement. Ce service, après avoir

observé concrètement la recourante dans son lieu de travail, confirmait que son domaine d'activité était totalement compatible avec ses limitations fonctionnelles. La recourante n'apportait aucun élément objectif sur le volet médical susceptible de modifier son appréciation du cas. Les éléments apportés par elle ne permettaient de faire une appréciation différente de celui-ci.

41. Le 15 juillet 2019, la recourante a demandé un délai complémentaire pour produire un rapport détaillé du Dr L\_\_\_\_\_ et fait valoir que le rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_ était sujet à caution, vu son manque d'indépendance, référence faite à l'ATAS/163/2019 du 25 février 2019, ce qui étayait sa demande d'expertise judiciaire.
42. Le 30 août 2019, la recourante a constaté que le rapport employeur mentionnait que l'activité de commise administrative nécessitait des facultés intellectuelles, de concentration, d'attention, d'endurance et de soin. Les B\_\_\_\_\_ avaient noté que la recourante continuait à effectuer son travail tout en étant à temps partiel. Elle souffrait d'un déficit d'attention, ce qui avait des conséquences sur le volume et la qualité des prestations fournies. Un travail hors cadre administratif routinier et bien cadré serait certainement plus adéquat à l'heure actuelle.

De plus, l'avis du SMR du 18 avril 2018 mentionnait expressément, au titre de limitations fonctionnelles, des troubles de la concentration, de l'attention et un trouble d'exécution, de planification et de restitution.

Il ressortait par ailleurs du dossier que la supérieure de la recourante estimait son rendement à 25% sur un temps de présence de 60%, en commettant plusieurs erreurs, notamment le scannage de documents dans un mauvais dossier. L'employée était par ailleurs perçue comme absente par moment. La responsable ne la sollicitait pas pendant ces instants, car elle estimait que cela n'était pas possible, ses pauses étant influencées par la maladie.

Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, l'OAI avait par ailleurs mis en place un cours de formation par des séances de coaching individuelles auprès d'U\_\_\_\_\_ Consulting afin de soutenir la recourante dans le maintien de son activité professionnelle habituelle. Le bilan d'U\_\_\_\_\_ Consulting décrivait que la recourante avait montré un réel engagement durant les séances, mais qu'elle faisait preuve de plusieurs blocages. Elle nécessitait un recadrage régulier, avait tendance à se décourager et avait besoin d'aide pour dépasser ses blocages. Elle pouvait s'adapter dans un cadre calme, mais sans exigence de rendement. En conclusion, la recourante disposait d'une grande sensibilité et percevait des sources de stress, mais au lieu de s'en écarter, elle y resterait collée. Devant un facteur de stress, elle resterait prostrée et s'en éloignerait seulement sur injonction.

Il apparaissait par ailleurs que la spécialiste en réadaptation présentait dès le début du dossier un questionnement sur l'origine des difficultés présentées par la recourante et se demandait si elles étaient uniquement une conséquence de son atteinte à la santé ou d'une motivation.

Il ressortait en outre de l'évaluation du rendement de l'assurée par les B\_\_\_\_\_ qu'en deux jours de travail, elle avait uploadé un total de 49 documents alors qu'une personne qui travaillait 4 heures par jour avait fait une moyenne de 42 documents par jour et que l'assurée, qui travaillait 6 heures par jour, avait fait une moyenne de 24 documents par jour.

Il était dès lors étonnant que le service de réadaptation indique avoir pu constater concrètement les capacités de l'assurée dans son poste de travail aux B\_\_\_\_\_. Ses conclusions s'éloignaient de celles retenues par l'experte mandatée par l'OAI et le SMR, tous deux indiquant que l'assurée disposait d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Il n'appartenait pas au service de réadaptation de contester les conclusions médicales du SMR et des experts.

La recourante précisait qu'elle avait réalisé une matinée de tests au sein d'une entreprise qui n'avait qu'une place de stage à disposition pour un travail de téléphoniste et d'accueil dans une petite agence bienveillante le 21 juin 2018. Elle avait dû quitter les lieux en cours de matinée, après environ 2 heures de travail, submergée par ses angoisses, sa fatigue ainsi que par son impossibilité de se concentrer et de réfléchir. Cela s'était fait en accord avec Mme Q\_\_\_\_\_.

En tant que de besoin, la recourante sollicitait son audition.

Il paraissait évident qu'au vu des diagnostics posés, elle ne pouvait effectuer des tâches administratives requérant de la concentration et la gestion de ses émotions.

En conclusion, c'était de manière insoutenable que l'intimé soutenait que la recourante était capable de travailler à 50% dans son activité habituelle, puisque le maintien au poste avait été tenté, sans succès, tout comme une expérience dans une autre entreprise pour des tâches similaires.

À supposer qu'une capacité de travail résiduelle existait dans une activité adaptée, l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante devrait donc être déterminée sur la base d'une comparaison des revenus. La recourante concluait à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité en raison de son atteinte à la santé, se fondant sur le certificat médical du Dr L\_\_\_\_\_ du 7 février 2019. La Dresse N\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il était important avant tout de résoudre l'état d'anxiété généralisée de l'expertisée et que sa capacité de travail « devrait être atteinte dans un délai de trois à six mois ». Elle mentionnait qu'il était également important de fractionner les heures de travail, faire une pause toutes les deux heures et des tâches routinières qui n'allaient pas alimenter son anxiété anticipée.

Il en ressortait qu'au jour de l'expertise, l'experte ne se prononçait pas sur une capacité de travail effective de 50% dans une activité adaptée, compte tenu du trouble anxieux. De plus, plusieurs critiques pouvaient être émises au sujet des conclusions de l'experte qui estimait uniquement comme incapacitant le diagnostic d'anxiété généralisée.

De plus, il semblait que l'experte n'avait pas disposé du rapport établi le 27 septembre 2017 par le Dr L\_\_\_\_\_, puisqu'elle ne le citait pas dans les sources consultées. L'exclusion du diagnostic de trouble dépressif était surprenant compte tenu du fait que le test d'évaluation de dépression réalisé par l'experte donnait un score de 22 pour l'échelle de dépression d'Hamilton, soit des symptômes modérés à sévères et un score de 15,5 de l'échelle de la dépression selon Montgomery Asberg. Dans ses développements, l'experte n'avait pas discuté du trouble dépressif récurrent, ni expliqué pourquoi elle l'écartait, contrairement au TDAH.

S'agissant de cette dernière affection, l'experte précisait que l'assurée lui avait remis un examen neuropsychologique qui aurait été réalisé aux B\_\_\_\_\_, lequel ne figurait cependant pas au dossier de l'assurance-invalidité et n'était pas annexé à l'expertise. Il semblait que les conclusions de cet examen neuropsychologique soient reportées en page 9 de l'expertise. Alors qu'un trouble de l'attention serait mis en avant dans cet examen, l'experte rejetait de manière non convaincante ce diagnostic, expliquant qu'il n'était pas incapacitant à deux conditions, soit une médication, notamment par Focalin, et un suivi psychothérapeutique. Or, le Dr L\_\_\_\_\_, dans un certificat médical du 2 août 2019, indiquait que le Focalin était du dexméthylphénidate et qu'il n'aurait pas apporté d'amélioration clinique en rapport à une dose adéquate de Concerta prescrite, également de la méthylphénidate.

La conclusion de l'experte selon laquelle l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne pouvait être soutenue.

À teneur du certificat médical établi le 2 août 2019 par le Dr L\_\_\_\_\_, le status clinique de l'assurée restait inchangé depuis son dernier rapport. Sa capacité de travail restait nulle définitivement. Le programme de réinsertion professionnelle mis en place avait échoué. Cela allait à l'encontre des conclusions du SMR et de l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_, lesquelles retenaient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le manque de cohérence administrative de l'OAI, hautement dysfonctionnel, contribuait à l'instabilité psychologique de l'assurée. Elle devrait être expertisée par un spécialiste du TDAH. Le diagnostic du Dr C\_\_\_\_\_ fait sur le plan clinique devait suffire pour poser les diagnostics.

Le diagnostic différentiel entre le trouble de l'anxiété généralisée et le syndrome de déficit de l'attention pouvait être fait au vu de l'anamnèse infantile et juvénile de la patiente. La symptomatologie du déficit de l'attention avec les comorbidités anxieuses et dépressives que l'on trouvait très souvent chez ces patients était soutenue dans le temps et n'obéissait pas à une symptomatologie anxieuse dans un moment contextuel donné. Dans la littérature, on trouvait également des experts internationaux qui convergeaient sur le fait que le diagnostic TDAH devait être fait sur une évaluation clinique, une évaluation neuropsychologique apportant passablement de faux négatifs. Le TDAH faisait partie des syndromes cliniques primaires sur lesquels pouvaient se surajouter d'autres comorbidités de type

anxieux ou dépressif, comme c'était souvent le cas. Les patients ayant un TDAH pouvaient avoir des traits de personnalité de type phobique, obsessionnel ou autres.

Des évaluations neuropsychologiques étaient effectuées dans un contexte où le patient se situait face à son évaluateur, ce qui renforçait artificiellement son attention. Ainsi, la plupart des diagnostics des TDAH avérés montraient de faibles troubles attentionnels. Cependant, ceux-ci pouvaient sévères dans l'exercice de la vie quotidienne du patient, partant l'évaluation neuropsychologique n'était pas déterminante pour poser ce diagnostic, raison pour laquelle le Dr L\_\_\_\_\_ n'avait pas considéré nécessaire d'effectuer cet examen neuropsychologique même si son institut avait un service spécialisé à cette fin. Il avait confirmé le status clinique du Dr C\_\_\_\_\_, également sur le plan clinique. Le diagnostic de suspicion de TDAH n'existait pas. Le TDAH existait ou pas. Il en allait de même avec les alternatives thérapeutiques essayées. La Dresse N\_\_\_\_\_ disait que le Focalin n'avait pas été essayée. Cependant, le Focalin était du dexméthylphénidate et même s'il y avait des différences individuelles entre les différents patients, le Dr L\_\_\_\_\_ pensait que ce médicament n'aurait pas apporté d'amélioration clinique en rapport à une dose adéquate de Concerta (méthylphénidate) pour améliorer les troubles attentionnels de l'assurée ainsi que l'accordage cognitivo-émotionnel dont ces patients souffraient. Sur demande de l'OAI ou de la chambre des assurances sociales, il serait néanmoins en mesure d'effectuer un examen neuropsychologique pour compléter son évaluation clinique. À l'heure actuelle, le traitement médical de l'assurée était adapté aussi bien au niveau psychothérapeutique que psychopharmacologique.

43. Le 24 septembre 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions en se fondant sur un rapport du SMR du 24 septembre 2019, estimant que le rapport médical établi par le Dr L\_\_\_\_\_ le 2 août 2019 n'apportait aucun élément nouveau ou démontrant une aggravation de l'état de santé de la recourante.
44. Le 8 avril 2020, la chambre de céans a demandé au Dr C\_\_\_\_\_ de lui transmettre le bilan complémentaire psychologique annoncé dans son rapport du 11 avril 2016.
45. Le 15 avril 2020, le professeur R\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé du service des spécialités psychiatriques des B\_\_\_\_\_, a transmis à la chambre de céans :
  - une évaluation psychologique établie par Madame S\_\_\_\_\_, du service des spécialités psychiatriques des B\_\_\_\_\_, le 22 avril 2018, qui concluait que « pour la DIVA les scores sont en faveur d'un trouble de l'attention à l'âge adulte comme pour l'enfance. Le retentissement dans la vie quotidienne est important et il l'a été de manière conséquente pour la vie scolaire, pendant l'enfance. Il est parfois difficile de faire la part des choses dans les descriptions de la patiente, entre des troubles de l'attention qui pourraient être liés à des affects dépressifs récents ou à un véritable TDA-H. Au CPT III, on note un trouble de l'attention caractérisé par des fortes variations entre les temps de réponse, une difficulté pour l'attention soutenue s'exprimant par un allongement

des temps de réponses en fin de test (mais sans majoration du nombre d'erreurs) et enfin des difficultés à maintenir la vigilance se traduisant par un allongement des temps de réponse lorsque les stimuli sont présentés de manière moins fréquente dans le temps. Il y a cohérence entre des troubles attentionnels décrits lors de la DIVA et des troubles mis en évidence au CPT ».

- un courrier adressé par le Dr C\_\_\_\_\_ le 19 mai 2016 au Dr D\_\_\_\_\_ indiquant que « le bilan neuropsychologique a confirmé le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention. Nous avons d'abord essayé pendant quelques jours, un traitement par Concerta 18 mg, qui a eu un effet plutôt modéré avec quelques effets secondaires négatifs. J'ai proposé à la patiente d'essayer une autre forme de méthylphénidate (Focaline), avant d'essayer d'autres stratégies. Je la reverrai pour évaluer l'effet de ce traitement ».
46. Par courrier du 8 juillet 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
47. Par écriture du 28 juillet 2020, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire, une expertise psychiatrique répondant à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante figurant déjà au dossier. Si la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner ladite expertise, il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert désigné. La docteure T\_\_\_\_\_, du SMR, dans son avis du 16 juillet 2020, indiquait que le diagnostic de jambes sans repos « est à poser par un spécialiste en neurologie, voire par un pneumologue, suite à une analyse complète du sommeil (polysomnographie), et non par un psychiatre ». Par ailleurs, le SMR souhaitait faire ajouter à la mission d'expertise un examen neuropsychologique et que celui-ci soit comparé à celui effectué en 2016 afin d'évaluer l'importance des troubles cognitifs.
48. Le 29 juillet 2020, la recourante a informé la chambre de céans ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir contre l'expert désigné et souhaitait poser deux questions complémentaires.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi

---

fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. 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.

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

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au

terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants :

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

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

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

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

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

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de

l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

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

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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.

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).

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de

---

procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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).

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. À 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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la

---

santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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

---

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la force probante de l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_. Il n'est pas contestable que cette dernière a des liens particuliers avec l'intimé, dès lors qu'il est mentionné en tête de son rapport d'expertise qu'elle est « médecin expert AI ». À teneur de la jurisprudence précitée, cela ne suffit toutefois pas à ôter toute valeur probante à son rapport, pas plus le fait qu'elle ne soit pas au bénéfice du titre FMH, pour autant que son expertise soit convaincante.

À teneur du rapport d'expertise, celle-ci était fondée sur le dossier transmis par l'OAI. L'experte a ensuite listé les documents « retenus », qui ne comprennent pas le rapport établi le 29 septembre 2017 par le Dr L\_\_\_\_\_, comme l'a relevé la recourante, alors que ce rapport était important, puisque ce médecin était son psychiatre traitant depuis juillet 2017. L'experte n'a pas cité non plus les rapports d'intervention précoce et de réadaptation, qui étaient pourtant utiles pour apprécier la capacité de travail de la recourante. Enfin, elle n'a pas non plus cité le bilan neuropsychologique dont elle a eu manifestement connaissance à teneur de son rapport, qui lui a peut-être été remis par la recourante, mais qui ne figure pas dans les pièces de l'intimé.

Ces lacunes laissent penser que l'expertise a pu être faite sur la base d'une lecture partielle du dossier et d'un dossier incomplet, ce qui porte atteinte à sa valeur probante.

Par ailleurs, les conclusions de l'experte sont ambiguës. En effet, elle a retenu, au ch. VI.2 p. 14 de son rapport, une capacité de travail de 50% dans une activité correspondant aux aptitudes de la recourante, en précisant qu'il était important « avant tout » de résoudre l'état d'anxiété généralisé en optimisant la médication psychotrope et en faisant des séances plus rapprochées avec son psychiatre. « La capacité de travail devrait être atteinte dans un délai de trois à six mois » mais pas au-delà. Il en résulte un doute sur la capacité de travail de la recourante au jour de l'expertise, était-elle alors de 50% ou ce taux ne serait atteint que trois à six mois plus tard ? De plus, dans la mesure où l'experte a constaté que la médication avait dû être arrêtée suite à des effets secondaires et que le Dr L\_\_\_\_\_ avait décrit une situation de crise phobique de toute classe médicamenteuse, elle ne pouvait pas retenir une capacité de travail à 50%.

Lorsque l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2018 a été effectuée, le Dr L\_\_\_\_\_ n'avait pas encore attesté d'une incapacité totale de travailler de la recourante. Ce n'est que le 13 juin 2018 qu'il l'a fait pour la première fois. Cela rend plausible, à tout le moins une aggravation de l'état de santé de la recourante, mais cela peut également laisser penser que l'appréciation de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée était peut-être trop optimiste, la recourante n'ayant apparemment pas été en mesure de se présenter à un stage, en raison de ses troubles psychiques. Vu l'incapacité totale de travail nouvellement attestée par le Dr L\_\_\_\_\_, l'intimé aurait dû compléter l'instruction. Or, il a ignoré ce fait nouveau et confirmé son projet de décision.

Il faut encore relever que les observations faites dans le cadre du travail de la recourante ne confirment pas une capacité de travail de 50% d'un 100%. Selon le rapport IP du 26 janvier 2017, son rendement était estimé à 25% sur un temps de présence de 60% et le rapport du service de réadaptation du 10 mars 2017 évoquait un rendement de 40 ou 50% du temps de présence (60%). Quant à la Dresse E\_\_\_\_\_, elle évaluait la capacité de travail de la recourante à 50% d'un temps plein, ce qu'il faut comprendre par un temps plein de celle-ci, soit un 80%, dès lors que l'experte estimait qu'un 60% du 80% était déjà trop élevé.

Il faut encore relever que l'experte n'a pas retenu le diagnostic de syndrome de jambes sans repos comme diagnostic d'exclusion, dès lors que la recourante ne s'était pas présentée au rendez-vous fixé auprès de la Dresse O\_\_\_\_\_ pour une urgence non expliquée. Il se justifie d'éclaircir encore cette question.

11. Au vu des considérations qui précèdent, il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique, qui sera confiée au docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

12. Il sera donné suite aux demandes de questions complémentaires de la recourante. S'agissant des demandes de l'intimé, il sera précisé dans l'expertise que l'expert devra, s'il l'estime nécessaire pour répondre aux questions qui lui sont posées dans la mission d'expertise, demander à un spécialiste si le diagnostic de syndrome de jambes sans repos doit être posé et ordonner un examen neuropsychologique.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique de l'assurée.
2. Commet à ces fins le docteur T\_\_\_\_\_, 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 entouré de tous les éléments utiles ;
  - d) au besoin prendre l'avis d'autres spécialistes, en particulier pour poser le diagnostic de syndrome de jambes sans repos, ou pour faire un examen neuropsychologique si l'expert l'estime nécessaire.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de l'assurée.
  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. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
  7. Le diagnostic de syndrome de jambes sans repos doit-il être posé (diagnostic à faire poser par un spécialiste en la matière) ?
  8. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
  9. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

10. 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.
11. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
12. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
13. 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 ?
14. Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
15. Les plaintes sont-elles objectivées ?
16. 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).
17. 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) ?
18. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
19. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
20. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
21. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
22. Les médicaments pris régulièrement par l'assurée induisent-ils des effets secondaires ? si oui, ceux-ci ont-ils une influence sur les capacités fonctionnelles de l'assurée ?
23. 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 ?

24. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
  - a) dans l'activité habituelle,
  - b) dans une activité adaptée.
25. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, en précisant s'il s'agit d'un pourcent d'un travail à 100% ou d'un travail à 80%.
  - a) dans l'activité habituelle,
  - b) dans une activité adaptée.
26. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux dans le temps.
27. 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.
28. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer en pourcent, en précisant s'il s'agit d'un pourcent d'un travail à 100% ou d'un travail à 80%.
29. En cas de baisse de rendement, préciser si celle-ci a été prise en compte dans la capacité de travail ou si elle vient en sus.
30. 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.
31.
  - a) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse N\_\_\_\_\_ (rapport du 1<sup>er</sup> février 2018) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
  - b) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_ (rapport des 29 septembre 2017 et 8 février 2019 14 août 2018) ? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
  - c) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse E\_\_\_\_\_ (rapport du 3 mars 2017) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
  - d) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ (rapport du 3 mars 2017) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

d) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ (rapport du 7 juin 2017) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

32. Faire toute remarque utile et proposition.

5. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

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