

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2234/2019

ATAS/1171/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 décembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ

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 _____ 1964, a été victime d'un infarctus en 2011, suite auquel elle a été opérée. Elle a également subi un AVC à une date indéterminée.
2. Le 3 octobre 2014, PRO, entreprise sociale privée, a établi un bilan relatif à l'assurée à l'intention du service de réinsertion professionnelle de l'Hospice général. Il en ressort notamment que de 1995 à 1998, elle exploitait un magasin de tabac en tant qu'indépendante. En 1998, suite à un second mariage, elle n'avait plus réussi à concilier ses vies privée et professionnelle, remarquant que les horaires discontinus et le travail le soir, le dimanche ainsi que la nuit n'étaient pas compatibles avec une vie de famille stable et qu'elle peinait à tout gérer. Elle avait alors cédé son commerce.

L'assurée avait suivi un stage auprès de PRO jusqu'à son terme, du 8 septembre au 3 octobre 2014. Il avait été observé lors de celui-ci que malgré ses soucis de santé, elle montrait de l'engagement pour chacune des tâches ou activités. Ses soucis de mémoire et d'attention la contraignaient et lui pesaient, mais elle faisait de réels efforts afin d'y pallier. Cela restait une difficulté pour elle. Elle avait fait preuve d'une fiabilité limitée dans les travaux qui lui avaient été soumis, essentiellement en raison de ses soucis de santé, soit des pertes de mémoire ainsi que des difficultés de concentration et d'attention. Plusieurs fois, elle s'était sentie démunie devant la quantité d'informations, disant qu'elle n'allait pas s'en rappeler, qu'elle ne pouvait pas faire cela et qu'elle n'était plus la même personne. Elle avait de la difficulté à prendre des notes sur les marches à suivre, même lorsque cela lui était suggéré. Cette méthode ne l'avait pas aidée. Elle avait assimilé des consignes simples, mais l'assimilation de tâches entre elles avait posé quelques difficultés. S'agissant du taux d'activité, l'assurée pensait pouvoir occuper une activité à 40 % et souhaitait pouvoir travailler à son rythme. Avant toute prise en charge d'orientation professionnelle, un avis médical sur son état de santé était nécessaire. Sous réserve d'un tel avis, les cibles professionnelles d'employée de cafétéria, de vendeuse et d'emploi de solidarité avaient été évoquées avec elle.

3. Selon un rapport établi le 6 janvier 2015 par le docteur B _____, spécialiste FMH en médecine générale, l'assurée avait présenté un AVC cérébelleux en 2011. Depuis, elle présentait un trouble de la concentration, un moral plutôt bas et une irritabilité allant en augmentant. Un test en milieu professionnel avait montré des aptitudes limitées sur le plan de la productivité, de la concentration et de l'adaptation au stress.
4. Dans un rapport du 26 mars 2015, la doctoresse C _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assurée présentait depuis plusieurs années, notamment depuis son infarctus et son accident vasculaire cérébral en 2011, des troubles attentionnels, de concentration et mnésiques. Elle avait, par intermittence, des vertiges et des douleurs des rachis cervical et lombaire. Elle décrivait également des

troubles du sommeil, une anxiété et une irritabilité. La symptomatologie présentée évoquait un problème multifactoriel. Bien entendu, l'AVC cérébelleux de 2011 contribuait à ces troubles. En effet, les lésions cérébelleuses pouvaient parfois être responsables de manifestations neuropsychologiques. Les symptômes pouvaient également être en grande partie liés à des troubles anxio-dépressifs et à des symptômes de la ménopause.

5. Dans un rapport du 8 mai 2015, le docteur D_____, médecine interne FMH et médecin-conseil de l'Hospice général, a estimé que l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle à 50 %, mais qu'elle ne pouvait plus travailler comme aide-infirmière. Un poste dans la vente relativement tranquille restait possible.
6. L'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 11 janvier 2016.
7. Dans un rapport du 7 avril 2016, le docteur E_____, cardiologie FMH, a indiqué suivre l'assurée depuis le 11 octobre 2011 et que, sur le plan cardiologique, elle n'était pas limitée dans sa capacité de travail mais qu'elle l'était probablement en raison de troubles psychologiques.
8. Dans un rapport du 27 juin 2016, le Dr B_____ a estimé que l'activité exercée n'était plus exigible de l'assurée, mais qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dans une activité adaptée dès octobre 2015. Les restrictions physiques étaient une fatigue, un mal au dos et de l'angoisse, ce qui limitait le rendement.
9. Dans un rapport du 28 novembre 2016, la Dresse C_____ a estimé que l'assurée pouvait travailler 4 heures par jour dans une activité adaptée dans des conditions calmes (travail de bureau, sans efforts physiques ou intellectuels importants). La capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. Les restrictions étaient des difficultés de concentration, d'adaptation au stress et de l'apprentissage ainsi qu'une lenteur. Elles diminuaient le rendement de l'assurée.
10. Sur suggestion du SMR, l'OAI a fait procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée avec un bilan neuropsychologique.
11. Selon un rapport établi le 17 mars 2018 par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame G_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, l'expertise était fondée sur deux entretiens avec l'expertisée effectués les 5 février et 1^{er} mars 2018, un entretien téléphonique avec le Dr B_____, un entretien avec la fille de l'expertisée et un bilan neuropsychologique effectué les 18 février et 13 mars 2018 ainsi que l'étude du dossier de l'assurance-invalidité. Le rapport contient une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, médicale et psychiatrique. Il relate les plaintes et données subjectives de l'expertisée ainsi que les renseignements obtenus auprès des tiers. Il résume la situation actuelle de l'expertisée, les constats faits lors du status clinique ainsi que lors du bilan neuropsychologique. Il est notamment mentionné, dans l'anamnèse, qu'au niveau social, l'expertisée indiquait être isolée depuis que sa situation économique s'était empirée. Elle se décrivait comme une personne impatiente,

préférant garder une certaine distance avec les autres. Ses personnes de référence étaient ses filles, bien que leurs relations soient froides et distantes. S'agissant de son quotidien, elle se levait vers 9h ou 9h30 et occupait ses journées en faisant les tâches du quotidien, en écoutant de la musique et en regardant la télévision. Il lui arrivait parfois de faire une promenade. Le soir, elle regardait la télévision et se couchait entre 22h30 et minuit. Elle dormait peu, se réveillant de nombreuses fois durant la nuit. Elle présentait un tabagisme important depuis ses 14 ans. Depuis qu'elle vivait seule, soit trois ans, elle notait une augmentation de sa consommation d'alcool, qui pouvait atteindre deux à trois bouteilles de vin par semaine, mais sans régularité. L'expert a résumé le parcours professionnel de l'expertisée et indiqué notamment qu'en 2011, elle avait connu une période de chômage et bénéficié d'une mesure TRE chez K_____ Emploi ainsi que d'un stage d'évaluation aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après les ÉPI) de quatre semaines, puis d'un second stage qu'elle avait arrêté après deux jours en raison de ses difficultés d'adaptation à cet environnement. Elle ne travaillait plus depuis 2011 et était en incapacité de travail depuis son infarctus. De septembre à octobre 2014, un bilan en milieu professionnel sur quatre semaines auprès de l'entreprise PRO avait mis en évidence des aptitudes limitées sur le plan de la productivité, des difficultés de concentration et de mémorisation ainsi qu'une lenteur pour exécuter les tâches.

Sous status clinique, l'expert a noté que l'assurée avait mentionné une intolérance aux bruits (lorsqu'elle avait tenté une réadaptation) qui l'étonnait, étant donné qu'elle « adorait le rock ». Dans l'ensemble, les symptômes étaient vécus avec un certain détachement sans aucune volonté de changement. Elle précisait ne pas être manuelle et avoir une nature impatiente peu compatible avec une réadaptation professionnelle.

Le Dr B_____ avait notamment informé l'expert qu'il suivait l'expertisée depuis le début de l'année 2013. Sur le plan psychiatrique, il avait relevé une anxiété importante ainsi que des symptômes dépressifs, en septembre 2014, ayant nécessité un traitement de Remeron ainsi que du Temesta en réserve. L'expertisée avait arrêté de sa propre initiative le traitement de Remeron en avril 2015 et refusé tout suivi psychiatrique. Étant donné l'anxiété toujours présente, elle était très inquiète pour sa santé et bénéficiait encore du traitement de Temesta en réserve. L'assurée n'avait plus retravaillé depuis son infarctus et les tentatives de réinsertion professionnelle s'étaient soldées par des échecs qui avaient provoqué chez elle un grand sentiment de dévalorisation et de perte d'estime de soi.

Selon la fille de l'expertisée, avant son infarctus, sa mère était une femme forte, pleine de vie, travailleuse, indépendante, très investie auprès de sa famille et ayant de nombreuses ressources. Elle avait toujours eu beaucoup de caractère, mais était très sensible derrière son apparence. Depuis son infarctus, elle était très affaiblie, tant sur le plan physique que psychique. Elle était actuellement très fatigable et irritable et s'était isolée. Elle n'était plus la même. Elle consommait régulièrement

de l'alcool depuis 2011, mais actuellement de façon moins régulière et mieux contrôlée.

L'expert a mentionné que sur le plan somatique, l'assurée était suivie par le Dr B_____, la Dresse C_____ et le Dr E_____. Ce dernier avait décrit, dans un rapport du 26 novembre 2015, une situation cardiovasculaire stable plus de quatre ans après l'infarctus du myocarde. Le 7 avril 2016, il avait estimé que, du point de vue cardiologique, la capacité de travail de l'assurée était totale pour l'activité habituelle, précisant toutefois que des troubles psychologiques limitaient probablement sa capacité de travail.

Lors du bilan neuropsychologique, l'assurée avait rapporté des difficultés de concentration et de mémoire, décrivant éprouver des difficultés à assimiler des informations nouvelles depuis son AVC en 2011. Elle signalait également des vertiges et un manque d'équilibre ainsi qu'une irritabilité lorsqu'elle était confrontée à des difficultés. Elle s'était présentée au premier rendez-vous avec des signes de consommation d'alcool. Elle avait eu un contact correct et poli. Très affectée par ses difficultés, elle avait présenté des réactions de catastrophe à plusieurs reprises durant l'examen. Elle était ralentie, mais ne présentait pas de signes de fatigabilité anormale. L'examen avait duré 4 heures. Son profil neuropsychologique mettait en évidence un niveau de fonctionnement intellectuel de niveau limite à moyen faible avec des performances hétérogènes témoignant de faibles capacités visuo-spatiales en comparaison avec le raisonnement verbal ainsi que des difficultés attentionnelles (ralentissement de la vitesse de traitement, fluctuations attentionnelles) et exécutives (défaut de flexibilité mentale et d'inhibition, sensibilité à l'interférence). Ces difficultés pouvaient être résiduelles de la pathologie neurologique de l'expertisée et être majorées par la prise d'alcool et la symptomatologie anxieuse.

L'expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de neurasthénie et de syndrome cérébral organique, dès 2011, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de traits de personnalité histrionique, dès le début de l'âge adulte, avec un égocentrisme, une affectivité superficielle, une tendance à mal supporter la remise en question et un fort besoin de contrôle sur le plan relationnel. Ces traits n'avaient pas empêché l'assurée de fonctionner sur le plan professionnel, assumant des postes dans le domaine de la vente, favorisés par son extraversion de base et sa facilité de contact. À partir de 2011, suite à son infarctus et son AVC cérébelleux, était apparue une série de symptômes du registre de la neurasthénie, en lien avec l'altération de l'image de soi (épuisement, douleurs diffuses, vertiges, vision floue). Le bilan neuropsychologique avait mis en évidence des altérations cognitives touchant des difficultés attentionnelles et exécutives chez une femme aux faibles capacités de mentalisation. Ces troubles pouvaient être considérés comme en partie consécutifs à son AVC, mais ils étaient également influencés par la prise augmentée d'alcool et la symptomatologie anxieuse. À la question relative à la coopération de l'assurée et si ses efforts de réadaptation

avaient été couronnés de succès, l'expert a indiqué qu'elle avait interrompu rapidement sa tentative de réinsertion entreprise en 2011, à cause de ses douleurs diffuses, mais aussi parce qu'elle était peu intéressée par une telle perspective, qui ne correspondait pas à ses aspirations passées. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendaient du tableau clinique. Ils étaient en lien avec sa neurasthénie et ses troubles cognitifs « in subordine ».

Une réadaptation était clairement exigible et la seule limitation était liée aux troubles cognitifs identifiés lors du bilan neuropsychologique. Ces derniers étaient multifactoriels. Ainsi un travail peu exposé à des demandes sur le plan attentionnel et de programmation pouvait être tenté à un taux de 80% maximum.

Les éléments du dossier, les témoignages et les observations cliniques soutenaient de manière cohérente le diagnostic de neurasthénie depuis 2011. En effet, les descriptions cliniques n'étaient pas compatibles avec un trouble dépressif, d'ailleurs clairement nié par l'expertisée. Le malaise diffus et l'accumulation de multiples plaintes somatiques avec un sentiment d'épuisement étaient en revanche compatibles avec la neurasthénie. L'analyse des troubles cognitifs était plus difficile. En partie imputable à l'AVC cérébelleux, ils pouvaient être influencés par l'augmentation de la prise d'alcool et la neurasthénie per se.

Sur le plan cognitif, on retrouvait une baisse de l'efficacité attentionnelle et une atteinte modérée des fonctions exécutives qui pouvaient être en partie imputables à l'AVC cérébelleux. Il convenait toutefois de préciser que la localisation de l'AVC était associée plutôt rarement avec une telle atteinte. Dans ce sens, d'autres paramètres tels que l'utilisation augmentée de l'alcool depuis 2011 et la neurasthénie devaient être pris en considération. Ainsi le syndrome cérébral organique retenu impliquait un lien de causalité possible avec l'AVC, mais en aucun cas une exclusivité quant à l'attribution causale des troubles observés. L'expert n'avait pas retenu un diagnostic addictologique, car la consommation d'alcool était augmentée, mais n'occasionnait pas de manière documentée des troubles mentaux ou du comportement. Toutefois cette perspective ne pouvait être exclue dans les années à venir.

Une réadaptation était envisageable chez l'expertisée, qui ne présentait pas de troubles de l'humeur et dont la problématique actuelle était l'intolérance à l'altération de l'image de soi post AVC, malgré de bonnes capacités dans la vie autonome et l'absence de séquelles neurologiques. Ce qui était en jeu ici était l'image du self chez une femme aux traits histrioniques vivant sans relations investies et supportant mal la contrariété et le vieillissement. Il convenait toutefois de tenir compte des troubles attentionnels et exécutifs multifactoriels qui impliquaient une diminution de sa capacité de travail mais aussi son rendement en association avec les symptômes neurasthéniques.

La capacité de travail était de 0 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans un milieu peu exigeant sur le plan des ressources attentionnelles et des capacités de

programmation avec une diminution de rendement qui se situait à 80 %. Cette capacité était présente dès 2015.

12. Selon une note téléphonique du 11 avril 2018, l'assurée avait informé l'OAI que l'expertise s'était très mal passée, car elle avait trouvé l'expert intrusif. Elle n'aurait jamais effectué l'expertise, si elle avait su à quel point elle en ressortirait perturbée. Elle était dorénavant suivie par le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
13. Selon un avis du 18 juin 2018, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise du Dr F_____, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans le travail d'aide-soignante, mais de 80% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, en raison des limitations fonctionnelles. L'aptitude à la réadaptation avait débuté en avril 2015 selon l'expert, date à laquelle l'assurée avait arrêté de sa propre initiative le traitement antidépresseur et le suivi psychiatrique. L'alcoolisme mentionné (deux ou trois bouteilles de vin par semaine depuis trois ans) était secondaire à la symptomatologie anxieuse. Il était consécutif à l'atteinte à la santé incapacitante. La neurasthénie ne pouvait être retenue comme incapacitante, car les symptômes dépressifs et anxieux n'étaient pas suffisamment sévères pour atteindre le seuil diagnostique.
14. L'office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) a informé l'OAI, le 26 juin 2018, que l'assurée recherchait un travail à 50% et qu'elle avait eu droit aux indemnités du chômage du 15 février 2011 au 14 février 2013, mais pas du 15 février 2013 au 14 février 2015.
15. Un mandat de réadaptation a été établi le 13 juillet 2018 par l'OAI pour déterminer le droit aux mesures professionnelles de l'assurée.
16. Par projet de décision du 14 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée que le droit aux mesures professionnelles lui était refusé et qu'elle avait droit à un quart de rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 41 %, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à 80 % à son activité professionnelle et à 20 % à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

À l'issue l'instruction médicale, son incapacité de travail était de 100 % dans son activité habituelle dès le 25 septembre 2011 (début du délai d'attente d'un an) et de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé, avec une diminution de rendement de 20 % depuis avril 2015.

Il ressortait de l'enquête ménagère effectuée à domicile que ses empêchements dans le domaine ménager s'élevaient à 24,25%.

L'assurée avait déposé sa demande de prestations le 14 janvier 2016. Son droit à la rente naissait aux plus tôt six mois plus tard, soit en juillet 2016. Or, à cette date, elle ne présentait pas de degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Il ressortait de la comparaison des gains effectuée que l'invalidité dans la sphère professionnelle était de 32% (revenu sans invalidité : CHF 43'244.- – revenu avec invalidité : CHF 29'406.-, soit une perte de gain de CHF 13'838.-).

Le degré d'invalidité découlait du calcul suivant, qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels :

- sphère prof. : 80 % x perte économique de 32 % : invalidité de 25,60 % ;
- travaux habituels : 20 % x perte économique 24,25 % : invalidité de 4,85 % ;
- taux d'invalidité total : 30 %.

Depuis avril 2015, elle présentait un degré d'invalidité de 30 % et un degré inférieur à 40 % n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

Selon le service de réadaptation de l'OAI, des mesures d'ordre professionnel devaient être refusées, parce qu'elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage.

Dès janvier 2018, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel était extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le résultat de cette opération était le manque à gagner, soit la perte de gain due à l'invalidité. Cette dernière, exprimée en pourcentage, indiquait le taux d'invalidité.

Il ressortait de la comparaison des gains effectuée que l'invalidité dans la sphère professionnelle était de 45,40 % (revenu sans invalidité : CHF 54'517.- – revenu avec invalidité : CHF 29'406.-, soit une perte de gain de CHF 24'750.-).

Le degré d'invalidité découlait ainsi du calcul suivant :

- sphère prof. : 80% x perte économique de 45,40% : invalidité de 36,32% ;
- travaux habituels : 20 % x perte économique 24,25% : invalidité de 4,85% ;
- taux d'invalidité total : 41%.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, son degré d'invalidité était de 41 %, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente.

L'OAI avait retenu un taux d'abattement de 15 %, en raison des limitations fonctionnelles (prises en compte également dans l'évaluation de la capacité de travail retenue à 80 % avec une baisse de rendement de 20 %). Dès lors, un taux supplémentaire à ce titre ne se justifiait pas. Les autres critères d'abattement n'entraient pas en ligne de compte.

17. Selon une note téléphonique du 18 janvier 2019, l'assurée contestait le statut et la capacité de travail retenus. Elle aurait voulu travailler davantage, mais on ne lui avait jamais proposé plus d'heures. Elle s'était inscrite au chômage à 50 % pour des raisons de santé.
18. Par décision du 7 mai 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision. Dans ses objections formulées le 27 février 2019, l'assurée ne faisait état d'aucun élément

objectif susceptible de modifier son appréciation, tant au niveau médical qu'au niveau de la méthode d'évaluation (statut mixte).

19. L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 7 juin 2019, faisant valoir qu'un statut d'actif aurait dû être retenu. Elle contestait également les conclusions de l'expertise et les avis du SMR. La Dresse C_____, le Dr B_____ et le Dr D_____ estimaient qu'elle était capable de travailler qu'à 50 %. L'expert et le SMR s'étaient écartés de cette appréciation sans fournir la moindre explication ou motivation. Dès lors, les conclusions du SMR ne pouvaient pas être suivies.

En outre, les conclusions de l'expertise avaient été mal interprétées par le SMR. En effet, l'expert avait retenu qu'une réadaptation était clairement exigible et qu'un travail peu exposé à des demandes sur le plan attentionnel et de programmation pouvait être tenté à de 80 % au maximum. La retenue exprimée par l'expert démontrait que ce taux de 80 % constituait un but à atteindre et non une capacité de travail immédiate.

Le Dr H_____ avait de plus relevé une incohérence dans l'expertise. Les diagnostics retenus par le Dr F_____ ne pouvaient, selon lui, pas à eux seuls expliquer l'incapacité de travail de l'assurée. L'expert ne pouvait pas sans autre écarter tout trouble dépressif et considérer le trouble de la personnalité comme non invalidant. Soit la recourante présentait un trouble de la personnalité décompensé et cela entraînait un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, soit elle présentait un trouble dépressif récurrent moyen à sévère et c'était ce dernier qui l'empêchait de travailler. Compte tenu de cette remarque, les conclusions de l'expertise étaient à considérer avec retenue.

De plus, le Dr H_____ avait fait procéder à un nouvel examen neuropsychologique à une année de l'expertise dont il ressortait que la recourante présentait des difficultés cognitives sévères, un ralentissement psychomoteur et une fatigabilité importante qui semblaient être compatibles avec l'AVC. Au vu des résultats, ce médecin estimait que l'exercice d'une quelconque activité professionnelle était très compromise.

Enfin, la recourante contestait l'abattement de 15 %. Les limitations fonctionnelles retenues étaient la nécessité d'une activité simple ne demandant pas de ressources attentionnelles importantes, sans travail en double tâches et sans organisation complexe du travail. Ces limitations étaient importantes et constituaient un gros obstacle à l'exercice d'une activité lucrative dans le circuit économique normal. Une activité respectant ces limitations se retrouvait plus dans un atelier protégé. Un abattement de 20 % devait en conséquence être retenu.

La recourante concluait en conséquence à l'octroi d'une rente dont le taux restait à déterminer.

À l'appui de son recours, elle a produit, notamment, un rapport d'examen neuropsychologique établi par le Dr H_____ et Madame I_____, psychologue

diplômée, sur la base d'un examen effectué le 13 mai 2019, pour une réévaluation neuropsychologique après une année (expertise du 17 mars 2018). L'examen mettait en évidence, au premier plan, des difficultés langagières modérées à sévères avec la présence d'un manque du mot constaté lors d'une tâche de dénomination et d'une difficulté de compréhension constatée lors de consignes complexes. En second plan, avaient été observées des difficultés attentionnelles caractérisées par la présence d'un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information lors des épreuves chronométrées. L'assurée avait également des difficultés exécutives avec la présence de légères persévérations idéomotrices, d'un léger trouble d'inhibition lors de fortes interférences et d'un manque d'incitation non verbal. Les autres fonctions cognitives évaluées, soit l'orientation spatio-temporelle et personnelle, les praxies visuo-constructives et gestuelles, les gnosies, les autres fonctions exécutives (incitations verbales, inhibition, flexibilité mentale et programmation motrice), la mémoire épisodique verbale et non verbale, la mémoire de travail et les fonctions langagières (langage spontané, écriture spontanée, compréhension écrite) étaient globalement préservées. Au vu des difficultés rapportées lors de l'anamnèse, des questionnaires avaient été soumis à l'assurée pour évaluer sa thymie et son anxiété. Le score avait mis en évidence la présence d'une anxiété modérée à sévère et d'une dépression modérée. Le tableau cognitif, dominé par des difficultés langagières, exécutives et attentionnelles, un ralentissement psychomoteur et une fatigabilité, semblait être compatible avec l'AVC subi par l'assurée. Au vu des difficultés constatées, toute activité professionnelle semblait très difficile à exécuter. Le rapport contenait une brève anamnèse, les antécédents médicaux de l'assurée, ses plaintes, une description de son comportement et des limitations fonctionnelles de l'assurée ainsi que des conclusions.

Dans son courriel d'accompagnement du rapport précité, adressé le 24 mai 2019 au conseil de la recourante, le Dr H_____ indiquait que celle-ci ne pouvait plus travailler, même dans un travail adapté. Dans l'expertise F_____, il trouvait un subterfuge disant que les traits de personnalité histrionique entraînaient une responsabilité de l'assurée dans sa maladie, comme si elle pouvait de par sa volonté être moins histrionique. Or, soit l'assurée avait un trouble de la personnalité décompensé et cela entraînait un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, soit elle avait un trouble dépressif récurrent moyen sévère et c'était ce dernier qui l'empêchait de travailler depuis toutes ces années. Le Dr H_____ relevait encore que le bilan neuropsychologique de l'expertise retrouvait beaucoup de déficits, comme celui qu'il avait établi d'ailleurs. Dans le monde exigeant d'aujourd'hui, trouver un travail adapté en souffrant de ces déficits relevait de l'impossible.

20. Par réponse du 10 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur la base de tous les éléments pertinents au dossier, il avait considéré que si elle était en bonne santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à temps partiel. C'était donc à juste titre qu'un statut mixte avait été retenu.

Le rapport d'expertise du Dr F_____ était plus détaillé que les autres pièces du dossier et se fondait sur une étude attentive de celui-ci. Il prenait en compte la situation médicale de la recourante dans son ensemble, aussi bien objectivement que subjectivement, et son rapport reposait sur des examens complets. Les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude circonstanciée et le rapport prenait en considération les plaintes exprimées par la personne examinée. Il avait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étaient claires et les conclusions de l'expert motivées, de sorte qu'il convenait de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Concernant les nouvelles pièces médicales produites, elles avaient été soumises au SMR pour examen. Dans son avis du 3 juillet 2019, le SMR avait relevé, s'agissant du rapport d'examen neuropsychologique effectué le 13 mai 2019, que le détail des tests réalisés n'était pas mentionné, de sorte qu'il était impossible de comparer les bilans et de déterminer leur conformité. Le seul test décrit qui était comparable était le « MMS », qui était à 27/30 en 2018 et à 29/30 en 2019, ce qui était considéré comme normal. Quant aux limitations fonctionnelles décrites, elles étaient essentiellement fondées sur les dires de la recourante et les tests de validation des symptômes n'étaient pas décrits, de sorte que leurs résultats ne pouvaient être reconnus.

En outre, le SMR précisait que le Dr F_____ n'avait trouvé aucun élément parlant en faveur d'un état dépressif. En effet, la thymie de l'expertisée était neutre. Il n'y avait pas d'anhédonie ni aboulie, une absence de sentiment d'indignité ou culpabilité, pas d'idées noires ou d'idéation suicidaire et une absence de distorsions cognitives de la lignée dépressive. Par ailleurs, l'expert n'avait pas retenu de trouble de la personnalité. Les traits histrioniques de la recourante faisaient qu'elle supportait mal la contrariété et le vieillissement.

S'agissant du taux d'aptitude à la réadaptation de 80%, tel qu'il était retenu par l'expert, il constituait le taux maximal de l'aptitude à tester d'un point de vue médical. Il ne ressortait pas de l'expertise que ce taux constituerait un but à atteindre. La formulation de l'expert était dénuée de toute ambiguïté.

Finalement, aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage n'avait été apporté.

21. Par réplique du 15 juillet 2019, la recourante a relevé que si l'expert avait estimé que la capacité de travail était immédiatement exigible, il l'aurait précisé de manière claire.
22. Le 20 août 2019, l'OAI a persisté dans ses conclusions.
23. Lors d'une audience du 5 février 2020 devant la chambre de céans, la recourante a notamment déclaré « Je n'ai pas aimé la façon dont le Dr F_____ s'est adressé à moi lors de l'expertise. J'ai perdu mes moyens. Je me sentais fragilisée. Il était

distant. Je me suis sentie méprisée, même s'il n'était pas désagréable. Je ne sais pas sur quelle base ces expertises sont faites (...). Le Dr H_____ est mon psychiatre. Je l'ai vu encore la semaine dernière. Je le vois une fois par mois depuis un an et demi ou deux ans. Avant, je voyais sa femme, la Dresse H_____, plusieurs fois. J'ai eu un suivi psychiatrique de deux ans au total environ. Avant l'expertise, je ne ressentais pas le besoin d'un suivi psychiatrique, mais l'expertise m'a chamboulée. J'étais sans doute fragile avant, mais le fait de reparler notamment de son enfance a eu un effet sur moi. J'ai fait plusieurs stages qui n'ont pas été concluants, en raison des suites de l'AVC, notamment, mais il s'agit d'un tout. Quand je m'aperçois par exemple que j'ai fait une erreur, cela me met dans des états pas possibles, j'ai des palpitations, des vertiges (...). Ce n'est pas que de l'angoisse. C'est une réaction au fait de ne pas arriver à faire les choses. Aujourd'hui par exemple, j'ai dû prendre un calmant pour venir à l'audience. Il m'est difficile de montrer ce que je ne suis plus. Je fais les choses avec moins de facilité. J'ai parfois de la peine à m'exprimer, les mots ne viennent pas (...). Je ne sais pas si je me verrais travailler dans une activité simple, même à temps partiel. Récemment, j'ai fait un stage adressé par l'Hospice général dans une boutique de deuxième main du CSP à 50 %. Je n'arrivais pas à bien travailler pendant cinq jours. Un jour cela pouvait aller, mais le reste c'était avec beaucoup de sacrifice ».

24. Le 26 octobre 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a transmis le projet de mission d'expertise avec un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte ou sur les questions qui lui étaient adressées.
25. Le 3 novembre 2020, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire. Aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifiait pas. Si la chambre persistait dans son intention, il n'avait pas de motifs de récusation contre l'expert annoncé. Il proposait de joindre à la mission les questions complémentaires suivantes, selon l'avis SMR du 2 novembre 2020 annexé :
 - « vérifier la compliance médicamenteuse par un dosage sanguin ;
 - quelle est l'exigibilité d'un traitement psychothérapeutique et d'un traitement psychotrope ?
 - l'assurée présente-t-elle une dépendance à une ou des substances psychoactives ? Si l'expert l'estime nécessaire, effectuer un dosage sanguin/urinaire de substances psychoactives ;
 - en cas de réponse positive, quelle est l'exigibilité de sevrage de/des substances psychoactives ? »
26. Par téléphone du 30 novembre 2020, le conseil de la recourante a informé la chambre de céans que cette dernière n'avait pas de motif de récusation à faire valoir

à l'encontre l'expert désigné et qu'elle n'avait pas de questions complémentaires à lui poser.

27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 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).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
5. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à

déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. a. 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).

b. 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).

c. 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 :

c.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.

c.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.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.

c.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.

c.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.

c.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.

c.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 asséculogique 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 (inévitabile) 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.

d. 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 légitimement 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).

8. 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).

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).

9. 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).
10. 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).

11. En l'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr F_____. Il convient d'examiner en premier lieu cette question. Il faut d'emblée relever que la conclusion de l'expert sur la capacité de travail résiduelle de la recourante n'a pas été reprise telle quelle par le SMR. En effet, l'expert a conclu que la capacité de travail de la recourante était de 80% dans un milieu peu exigeant sur le plan des ressources attentionnelles et des capacités de programmation avec une diminution de rendement qui se situait à 80 %, dès 2015.

Or, dans son avis du 18 juin 2018, le SMR a retenu qu'il existait une activité adaptée possible à 80%, avec diminution de rendement de 20 % en raison des limitations fonctionnelles.

Le SMR a ainsi probablement à juste titre corrigé une erreur de l'expert, mais il subsiste toutefois un doute à cet égard, qui n'a pas été clarifié, à teneur du dossier, ce qui porte atteinte à la valeur probante de l'expertise.

De plus, comme l'a relevé la recourante, l'expert a indiqué en page 16 de son rapport qu'une réadaptation était clairement exigible et qu'un travail peu exposé à des demandes sur le plan attentionnel et de programmation « pouvait être tenté » à un taux de 80 % maximum. Cette formulation laisse penser que l'expert avait un doute sur la réelle capacité de la recourante à assumer un 80 %. Ce doute est renforcé par les appréciations des médecins traitants de la recourante, le Dr B_____, le 27 juin 2016 et la Dresse C_____, le 28 novembre 2016, lesquels ont évalué sa capacité de travail à 50%, ce qui a été également confirmé par le Dr D_____, médecin-conseil de l'Hospice général, le 8 mai 2015.

Le fait que le Dr F_____ n'ait pas commenté les avis contraires aux siens des médecins traitants de la recourante porte également atteinte à la valeur probante de son expertise.

Le Dr H_____ a fait procéder à un nouvel examen neuropsychologique à une année de l'expertise dont il ressort que la recourante présente des difficultés cognitives sévères, un ralentissement psychomoteur et une fatigabilité importante,

compatibles avec l'AVC. Au vu de ces résultats, ce médecin a estimé que l'exercice d'une quelconque activité professionnelle par la recourante était très compromis.

De plus, à la question relative à la coopération de l'assurée et si ses efforts de réadaptation avaient été couronnés de succès, l'expert a indiqué qu'elle avait interrompu rapidement sa tentative de réinsertion entreprise en 2011, à cause de ses douleurs diffuses, mais aussi parce qu'elle était peu intéressée par une telle perspective, qui ne correspondait pas à ses aspirations passées. On s'étonne que l'expert n'ait pas mentionné, dans ce cadre, que lors du stage suivi chez PRO, du 8 septembre au 3 octobre 2014, il avait été observé que malgré ses soucis de santé, la recourante avait montré de l'engagement pour chacune des tâches ou activités et qu'elle avait fait de réels effort pour pallier ses soucis de mémoire et d'attention. En effet, la recourante a ainsi démontré une certaine motivation à une réinsertion, contrairement à ce que l'expert a retenu.

12. Au vu des considérations qui précèdent, le rapport d'expertise du Dr F_____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante qui sera confiée au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

Les questions complémentaires requises par l'intimé seront intégrées à la mission d'expertise.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de la recourante.
2. Commet à ces fins le docteur J_____, 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, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens, en particulier un bilan neuropsychologique.
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. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
 8. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
 9. 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.

10. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
11. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
12. 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 ?
13. Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
14. Les plaintes sont-elles objectivées ?
15. 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).
16. 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) ?
17. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
18. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
19. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
20. Vérifier la compliance médicamenteuse par un dosage sanguin.
21. Quelle est l'exigibilité d'un traitement psychothérapeutique et d'un traitement psychotrope ?
22. L'assurée présente-t-elle une dépendance à une ou des substances psychoactives ? Si l'expert l'estime nécessaire, effectuer un dosage sanguin/urinaire de substances psychoactives.

En cas de réponse positive, quelle est l'exigibilité de sevrage de/des substances psychoactives ?

23. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
24. 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 ?
25. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
26. 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.
27. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux.
28. 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.
29. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
30. 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.
31. 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.
32. a) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr B_____ sur la capacité de travail de l'expertisée (rapport du 27 juin 2016) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
b) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse C_____, sur la capacité de travail de l'expertisée (rapport du 28 novembre 2016) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
c) Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr H_____ du 13 mai 2019, sur la capacité de travail de l'expertisée ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
33. Formuler un pronostic global.
34. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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