

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2394/2019

ATAS/759/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 14 septembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1962, mariée, originaire de Serbie, entrée en Suisse en 1998, a travaillé comme femme de ménage pour B_____ et pour le C_____, à 100 %, du 5 avril 2005 au 31 mars 2012.
2. L'assurée a été en incapacité de travail depuis le 31 juillet 2011, attestée par les docteurs D_____, FMH médecine interne et E_____, FMH chirurgie orthopédique, et a reçu une indemnité journalière perte de gain d'Easy Sana assurance maladie SA (membre du Groupe Mutuel), du 31 juillet 2011 au 30 avril 2012.
3. Le 8 novembre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
4. Le 30 novembre 2011, à la demande du Groupe Mutuel, le Dr F_____, FMH médecine interne et rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de lombalgies permanentes, avec douleurs dans les jambes. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales avec troubles sensitifs L5 dans le cadre d'une lyse isthmique bilatérale L4-L5 avec spondylolisthésis du premier degré de L4 sur L5, compliquée d'une volumineuse protrusion discale L4- L5. L'assurée était capable de travailler à 50 % comme femme de ménage dans un poste aménagé et à 100 % dans une activité adaptée.
5. Le 20 janvier 2014, le Dr G_____, du centre médical de Chantepoulet, a rempli un rapport médical AI attestant de lombalgies récidivantes avec radiculalgie L5, spondylolisthésis L5-S1 et état anxio-dépressif majeur. Le suivi avait débuté en 2009. La capacité de travail était nulle et de 50 % dès février ; l'assurée présentait des douleurs à la mobilisation de la colonne lombaire et des raideurs.
6. Le 8 avril 2014, le Dr E_____ a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 25 mars 2011.
7. Le 10 juin 2014, le Docteur H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis février 2014, laquelle n'avait pas formulé une demande de prise en charge mais l'avait consulté par dépit. Elle se plaignait de mal partout.
8. Les docteurs I_____, FMH médecine physique et réadaptation et rhumatologie, et J_____, FMH psychiatrie, du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), ont rendu le 23 janvier 2015 un rapport d'expertise, suite à un examen de l'assurée du 13 janvier 2015.

L'assurée se plaignait de douleurs lombaire basse irradiant jusqu'aux fessiers et jusqu'à la nuque, et dans les membres inférieurs, de mal partout, de problèmes de sommeil. Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombosciatalgies bilatérales, non déficitaires, dans un contexte de spondylolisthésis L4-L5 de grade I et de protrusion discale associée (M 54.4) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, cervicalgies communes, hallux valgus bilatéral, trouble anxieux, sans précision (F 41.9).

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position statique debout prolongée au-delà de vingt minutes, assise au-delà d'une heure. Pas de port de charges répété au-delà de 5kg, occasionnel au-delà de 10kg (charges très légère). Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

La capacité de travail était nulle comme femme de chambre et totale dans une activité adaptée, dès septembre 2011.

9. Par décision du 15 avril 2015, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assurée était de 5 %.
10. Le 13 octobre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en mentionnant que depuis juillet 2015, elle présentait aussi des malaises en syncopes.
11. L'assurée a effectué, en raison d'une plainte de syncopes avec douleurs thoraciques et palpitations, un électrocardiogramme (ECG) sur sept jours, en août /septembre 2016, lequel s'est révélé normal.
12. Une IRM cérébrale du 9 juin 2016 a conclu à une « forte hypoplasie ou agénésie du segment A1 droit de l'artère cérébrale antérieure droite. Atteinte inflammatoire des cavités sinusales maxillaires. Par ailleurs, IRM sans lésion démontrable. Probable crise commissurale survenue cinq minutes après la fin de l'examen ».
13. Une électroneuromyographie (ENMG) du membre inférieur du 15 décembre 2015 s'est révélé normal.
14. Un électroencéphalogramme du 30 mai 2016 a conclu à un tracé dépourvu d'anomalie notable.
15. Le 30 mai 2016, le Docteur K_____, FMH neurologie, a indiqué qu'une origine épileptique des pertes de connaissance était peu probable.
16. Le 26 janvier 2016, le service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a conclu à des douleurs diffuses chroniques mal systématisées, avec un examen clinique objectif qui était normal, hormis un syndrome lomboveutéral, sans signe d'irritation radiculaire mais de nombreux signes de non-organicité (douleurs diffuses non anatomiques, distraction, changements sensoriels non anatomiques, réaction exagérée), dans un contexte anxio-dépressif majeur avec des possibles crises de panique. Selon l'anamnèse, l'ENMG serait normal. Le tout évoquait plutôt un syndrome douloureux chronique.
17. Le 19 novembre 2016, le docteur L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI, attestant d'un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1), incapacitant, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et d'une accentuation des traits de personnalité dépendants, immature et histrioniques, non incapacitant ; le suivi avait débuté en mai 2015. L'assurée n'avait

plus de possibilités mentales de maintenir un rythme régulier et de se motiver pour travailler. Le tableau algique dominait le vécu et l'assurée n'arrivait plus à se décentrer de ses plaintes, qui restaient peu soulagées par les différentes approches thérapeutiques essayées. Les capacités cognitives étaient par ailleurs abaissées. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et « ? » dans une activité adaptée.

18. Le 2 décembre 2016, le docteur M_____, FMH neurologie, a indiqué qu'une origine neurologique aux pertes de connaissance pouvait être exclue, celle-ci relevant plutôt d'une anxiété ; un électroencéphalogramme (EEG) et échodoppler carotidien vertébral du 28 novembre 2016 étaient normaux.
19. Le 29 juin 2017, le SMR a estimé que les nouvelles pièces médicales rendaient plausibles une modification durable de l'état de santé de l'assurée.
20. Le 23 septembre 2017, le docteur N_____, du centre médical O_____, a rempli un rapport médical AI attestant d'un trouble somatoforme et d'un trouble dépressif récurrent (non incapacitant), sans mention de la capacité de travail de l'assurée.
21. Les 22 mars 2017 et 1^{er} avril 2019, l'assurée a été prise en charge par ambulance à la suite d'une syncope.
22. Le 11 octobre 2017, le Dr P_____, du Centre médical O_____, a rempli un rapport médical AI attestant d'un trouble somatoforme et d'un trouble dépressif récurrent (non incapacitant) ; le suivi avait débuté le 11 septembre 2017 ; l'activité était limitée par la dépression.
23. A la demande de l'OAI, le docteur Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 18 mars 2019 un rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de douleurs diffuses avec des malaises et perte de connaissance, de trouble de la mémoire, de tristesse modérée, de trouble de la concentration, du sommeil, de fatigue, d'idées noires passives, de faible confiance en elle, de mauvaise estime de soi et d'une diminution de l'appétit.

Il existait une nette discordance entre la capacité de travail, nulle selon le psychiatre traitant et l'absence de limitations fonctionnelles objectivables. Il a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique F 33.11, parfois léger F33.1, depuis 2015 au présent ; trouble douloureux somatoforme persistant sans indices de gravité juridiques remplis actuellement, diagnostic plus probable à son avis ; facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, sans indices de gravité juridiques remplis actuellement, diagnostic moins probable à son avis ; traits de la personnalité histrionique et dépendante ; ce trouble n'avait pas empêché la gestion adéquate du quotidien, ni un travail à 100 % sans limitations objectivables dans le passé.

L'assurée était totalement capable de travailler sans baisse de rendement depuis 2015, dans toute activité.

24. Le 28 mars 2019, le SMR, au vu de l'expertise du 18 mars 2019, a maintenu son rapport du 9 février 2015.
25. Par projet du 28 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assurée était de 5 %, soit une situation inchangée depuis la dernière décision.
26. Le 3 avril 2019, la doctoresse R_____, médecin praticien, a attesté d'un malaise de l'assurée à sa consultation le 17 février 2017.
27. Le 15 mai 2019, l'assurée a contesté le projet de décision du 28 mars 2019, en faisant valoir que l'expertise psychiatrique ne tenait pas compte des syncopes dont elle souffrait, lesquelles constituaient une aggravation de son état de santé. Elle a communiqué les pièces suivantes :

- Un rapport du 5 mai 2019 du Dr P_____, lequel a indiqué que l'assurée présentait des crises récurrentes de syncopes sur une base de maladie auto-immune (anticorps, antilupique positif, ANA positif et d-dimères élevés). L'assurée était en stabilisation partielle sous anti-coagulant. Depuis 2015, les crises s'étaient péjorées ainsi que sa dépression ; vu les crises, un travail adapté paraissait difficile à trouver. Le traitement anti-coagulant avait diminué le nombre de crises mais celles-ci persistaient.

Un rapport du 13 mai 2019 du Dr L_____, lequel a indiqué que les différents troubles psychiques constatés depuis 2015 évoluaient vers la chronicité. Les plaintes douloureuses intenses et persistantes, la fatigue, l'asthénie et la détresse psychique orientaient clairement vers l'installation d'un syndrome douloureux somatoforme (F45.4). L'assurée n'arrivait pas à élaborer et dépasser les différents conflits émotionnels qu'elle vivait. Ces syncopes limitaient les capacités de travail, dans la mesure où leur survenue imprévisible et probablement augmentée en milieu stressant, faisait échouer une activité en milieu économique exigeant par nature. La capacité de travail ne dépassait pas 40 à 50 % depuis 2015.

Les limitations étaient liées au trouble dépressif récurrent, toujours présent qui rendait l'assurée incapable de maintenir un rythme régulier, à se motiver, avec besoin important de soutien, d'empathie d'autrui. Ce trouble était également responsable d'une baisse importante des capacités cognitives. Le trouble somatoforme accentuait ces limitations, l'assurée n'arrivait pas à se décentrer de ses plaintes algiques, à envisager une activité. Le trouble dissociatif était non contrôlable (inconscient), avec manifestations peu prévisibles, ce qui limitait les sorties seules hors de la maison, l'assurée craignait de perdre connaissance devant des inconnus (elle avait déjà payé plusieurs factures d'ambulances appelées par les passants). Il existait également des limitations relationnelles en lien avec l'épuisement, l'irritabilité et le découragement.

28. Le 21 mai 2019, le Dr S_____, du SMR, a estimé que les syncopes avaient été investiguées par le Dr M_____, lequel excluait une origine neurologique.

29. Par décision du 22 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
30. Le 24 juin 2019, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a complété son recours le 8 octobre 2019. Elle subissait des syncopes récurrentes, ce qui constituait une aggravation de son état de santé, ainsi qu'une aggravation de sa dépression. Le Dr Q_____ avait sous-estimé le nombre de syncopes et renoncé à décrire celle qui était survenue dans son cabinet ; la fréquence des syncopes était bien supérieure à une chaque deux mois ; elle ne sortait pratiquement plus seule de chez elle et se trouvait en état de détresse ; l'expert avait parlé de discordance sans contacter son médecin traitant ; l'expertise était incomplète, confuse et ne reflétait pas la réalité. Ses lombosciatalgies bilatérales s'étaient aggravées, tout comme le ressenti douloureux. Elle a requis une expertise judiciaire pluridisciplinaire.
31. L'assurée a communiqué une IRM de la colonne lombaire du 1^{er} juillet 2019, concluant à une « discopathie avec une antélisthésis de grade I à ce niveau, dans un contexte de lyse isthmique bilatérale. Il existait une déformation des neuroforamens sans compression radiculaire majeure. On notait essentiellement un rétrécissement des récessus latéraux prédominant à gauche sans contact significatif des racines L5 des deux côtés. Sacralisation de L5 comme variante anatomique. Le rapport relève que l'assurée a fait une syncope en fin d'examen ».
32. Le 11 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du Dr Q_____ était probante et qu'en l'absence d'un substrat médical pertinent (tant physique que psychique) et concluant, entravant la capacité de travail (et de gains) de manière importante, on ne pouvait considérer les syncopes comme une atteinte à la santé à caractère invalidant.
33. Le 10 décembre 2019, l'assurée a répliqué, en relevant que l'expert psychiatre n'avait pas suivi la grille d'évaluation normale et structurée jurisprudentielle et avait sous-évalué la question des syncopes, lesquelles, même sans substrat neurologique ou cardiaque, étaient bien présentes ; Selon le Dr L_____, le trouble dissociatif avait comme manifestation les syncopes. Elle a communiqué un rapport de l'hôpital de la Tour du 4 novembre 2019 attestant d'une consultation en urgence en raison d'un « DRS » (douleurs rétrosternales) et d'un malaise survenu en salle d'attente, sans perte de connaissance.
34. Le 20 janvier 2020, l'OAI a dupliqué, en relevant que les syncopes n'avaient pas de fondement médical objectivé ; il n'y avait pas de trouble de la conversion ; le rapport de l'hôpital de la Tour n'était pas de nature à modifier ses conclusions.
35. Le 20 février 2020, le Dr P_____ a attesté des antécédents pathologiques suivants : Avortements de premier trimestre. Episodes syncopales vagues à répétition, actuellement quatre pour un mois. AC lupiques +. Syndrome Sjogren. Hypothyroïdie Hashimoto. Dyslipidémie. Dépression. Elévation D-Dimer chronique. Spondylolisthésis. Hypersensibilité du sinus Carotidien.

L'assurée présentait des douleurs diffuses à la palpation superficielle de forme chronique, asthénie, arthro-myalgies et épisodes syncopaux, bien vagales bien conversifs. La dépression était toujours présente et réfractaire au traitement certainement en relation à la douleur chronique. Le suivi psychiatrique était constant. Plusieurs traitements antalgiques avaient échoué, type Gabapentine, Pregabaline, INRSS... La limitation de l'assurée était due d'abord à la dépression, ensuite aux douleurs et à la fatigue chronique et finalement aux crises syncopales imprévisibles conversives.

36. Le 3 février 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Mon état de santé ne va pas bien. J'ai des syncopes depuis trois à quatre ans qui se sont améliorées depuis trois mois. Avant il m'arrivait d'avoir des syncopes tous les jours. Le mois dernier j'ai eu quatre syncopes. Je pense que la fréquence a diminué grâce à un traitement à base d'aspirine prescrit par un médecin. Celui-ci m'a expliqué que mon sang s'était durci. Il s'agit du Dr P_____. Mon médecin n'arrive pas à comprendre pourquoi j'ai des syncopes. Vous me demandez si la maladie auto-immune qu'il a évoquée dans un de ces rapports a été confirmée. Je sais que j'ai fait beaucoup d'analyse mais je ne sais pas ce qu'il en est. Je ne comprends pas le nom auto-immune. La plupart du temps je ne me rends pas compte quand une syncope arrive. Il est très rare que je la sente arriver. Je ne me sens pas du tout capable de travailler car j'ai peur de tomber dans les pommes partout où je me trouve. Au cours de l'expertise du Dr Q_____ j'ai eu une syncope. L'entretien a dû durer entre trente et quarante minutes. Je ne dors pas la nuit mais plutôt le matin. Je passe mes journées en allant d'une pièce à l'autre. Je n'arrive pas à rester tranquille. C'est comme si quelqu'un me disait de me lever et de faire quelque chose. Je ne m'occupe d'aucune tâche ménagère. C'est mon mari qui s'en occupe. Je l'aide un petit peu. Ma plus grande crainte est de sortir. Parfois quand je suis vraiment triste et que je n'en peu plus, je sors seule, mais toujours avec un papier dans la main et un dans mon sac avec le numéro de mon mari et les consignes pour me venir en aide sans faire appel à une ambulance. Je suis suivie par le Dr L_____ que je vois toutes les deux semaines.

J'ajoute que j'ai également des douleurs dorsales, dans la jambe droite et des échos dans ma tête, soit du bruit qui va et qui vient. J'ai beaucoup de problèmes de concentration et de mémoire. Je verse au dossier deux rapports des Drs P_____ et L_____ et le rapport du 24 février 2020 du Dr L_____ signé par celui-ci.

Vous me demandez pourquoi je ne peux pas faire les tâches ménagères. Je suis très nerveuse. Même si j'ai envie de les faire je me mets à pleurer. Je vois mes enfants. Ils ne vivent pas avec nous mais ils viennent me rendre visite deux fois par jour. Ils vivent près de chez nous. J'ai trois enfants. Un de mes fils vit à Lausanne. Mon mari travaille à plein temps. Comme je ne peux pas rester seule, mes enfants viennent souvent. Ma fille ne travaille pas le mercredi, elle vient ce jour-là. Mon fils termine son travail plus tôt et ma belle-fille travaille occasionnellement à

domicile. Mon beau-fils vient me voir tous les jours. J'ai cinq petits-enfants. La plupart du temps mon mari vient me faire à manger à midi. Parfois j'essaie de me faire des pâtes. Parfois mon mari achète des plats préparés, il les amène à la maison.

Je ne suis plus retournée chez le Dr M_____ mais mon psychiatre m'a dit d'arrêter d'effectuer des analyses, comme j'ai tout fait en terme d'analyse et que nous n'arrivons pas à trouver la raison ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous demandons une expertise judiciaire psychiatrique. On ne peut pas dire que toutes les pistes somatiques ont été investiguées et le rapport du Dr M_____ n'est pas très récent, mais je n'ai pas d'autres éléments médicaux à fournir s'agissant d'une éventuelle cause somatique aux syncopes. Une éventuelle expertise judiciaire rhumatologique pourrait être effectuée étant donné que l'état de santé de ma cliente a dû se péjorer depuis la dernière expertise rhumatologique effectuée en janvier 2015 ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous nous opposons à l'ordonnance d'une expertise judiciaire. Il n'y a aucun élément objectif qui remet en cause l'expertise du Dr Q_____. En particulier, le trouble de conversion a été exclu par celui-ci. Même si les syncopes sont reconnues comme avérées, il ne s'agit pas d'une maladie au long court qui a des conséquences dans le temps et qui empêcherait toute activité professionnelle, voire d'effectuer les activités ménagères. Il existe en plus une divergence entre ce qui a été retenu dans l'expertise notamment au niveau des activités quotidiennes de la recourante et ce que celle-ci déclare aujourd'hui en audience. Si une expertise psychiatrique était effectuée maintenant l'anamnèse serait probablement différente ».

Monsieur T_____, époux de la recourante, a déclaré : « L'état de santé de ma femme s'est péjoré depuis trois à quatre ans par l'apparition de syncope. La première syncope est survenue le 30 août 2015 alors que nous étions en vacances en Serbie. Malgré toute une série d'analyse rien n'a été trouvé. La fréquence des syncopes était de 8 à 12 fois par mois, elle est actuellement de 6 à 8 fois par mois, elle a diminué depuis le début du traitement à l'aspirine cardio depuis mi-octobre 2017. Mon épouse se blesse parfois en tombant et ses syncopes sont devenues presque banales. Je me lève à 7h et ma femme est déjà réveillée, assise au salon ou dans la chambre. Elle se plaint alors d'être fatiguée, d'avoir des douleurs au dos, à la jambe qui est parfois gonflée et d'avoir des vertiges. Elle se lève souvent la nuit. Je pars au travail vers 8h mais je repasse trois fois par jour à la maison car mon travail me le permet. Ma femme fait quelques tâches ménagères mais avec beaucoup de difficultés. Elle oublie de fermer les tiroirs ou elle oublie le café sur le feu. C'est moi qui en général fais à manger et ma femme m'aide mais avec beaucoup de difficultés. J'accompagne toujours ma femme en promenade. C'est moi qui m'occupe de toutes les courses. Parfois le Dr L_____ lui a déconseillé de sortir seule. Pour ce faire je lui ai fait une lettre qu'elle peut donner à un tiers en cas de syncope. J'y ai indiqué des consignes, notamment qu'il ne faut appeler le 144

que si mon épouse ne se réveille pas après cinq à sept minutes. Je lui fais des massages au niveau de la poitrine lorsqu'elle est évanouie.

Note : La recourante demande à s'asseoir par terre en raison de tremblement et de peur de débiter une syncope.

J'ai déposé mon épouse chez le Dr Q_____ mais je suis parti car ils ne m'ont pas laissé rester. Quand je suis revenu vers 12h45 on m'a dit que mon épouse avait fait une syncope vers 12h30. Nous avons un fils qui vit à Lausanne et un fils et une fille qui vivent proche de chez nous et qui viennent tous les jours chez nous également avec leurs enfants. Je leur ai demandé de passer le plus souvent possible car je travaille. J'estime que ma femme est incapable de travailler car elle a mal au dos, aux jambes, aux cervicales avec des blocages à la nuque, elle a la jambe droite qui gonfle et dégonfle régulièrement et les syncopes qui surviennent de façon inattendue. Son état psychologique n'est pas bon non plus, elle s'énerve rapidement et est parfois agressive. Elle a des problèmes d'oubli. Elle change souvent les choses de place et ne se rappelle pas où elle les a mises. Parfois elle a aussi des syncopes pendant la nuit soit juste après s'être couchée soit pendant la nuit.

37. Le 24 février 2020, le Dr L_____ a attesté que malgré le suivi et le traitement pharmacologique bien conduit, il existait une persistance de l'état dépressif avec absence de rémission depuis plus de deux ans. L'assurée souffrait de fatigabilité importante, sentiment de dévalorisation, perte d'espoir et idées de culpabilité. L'évolution restait également marquée par la survenue imprévisible de syncopes faisant partie du trouble somatoforme dont elle souffrait. L'ensemble de cette symptomatologie maintenait l'assurée en isolement social important, avec incapacité de travail fluctuante et, par périodes, difficultés de prendre en charge son propre ménage.
38. A la demande de la chambre de céans, le Dr Q_____ et Mme U_____ ont donné des renseignements complémentaires.
39. Le 12 mars 2020, le Dr Q_____ et Mme U_____ ont indiqué qu'ils ne confirmaient pas la survenue d'une perte de connaissance durant l'entretien d'expertise (syncope), mais d'une lipothymie, ce qui correspondait plus précisément à une sensation de tomber dans les pommes, avec malaise subjectif. Ils lui avaient proposé de se rafraichir avec de l'eau à un moment durant les entretiens d'expertise qui avaient duré plusieurs heures. S'il s'agissait d'une perte de connaissance caractérisée, ils auraient probablement appelé SOS médecins ou une ambulance, mais la lipothymie ayant une intensité inférieure quantitativement et qualitativement à une syncope, ils n'avaient pas mis en place de telles mesures.

Ils n'avaient pas mentionné ce phénomène, car il s'agissait d'une lipothymie, pas d'une vraie syncope, car ceci n'avait pas d'impact sur la journée type selon les activités possibles, ni sur l'évaluation de la capacité de travail psychiatrique. De plus, les lipothymies et les syncopes étaient des phénomènes plutôt étudiés par les neurologues et les cardiologues d'une façon exhaustive et pas par les psychiatres.

Ceci étant, ils regrettaient ne pas avoir décrit la question des lipothymies, car même s'ils avaient estimé qu'elle n'avait pas d'impact sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique et même s'ils n'étaient pas spécialisés dans cette question, leur expertise manquait d'exhaustivité sur ce point. De plus, la psychologue ayant participé à l'expertise ne maîtrisait pas la question de la différence entre les syncopes et les lipothymies, car ceci restait un problème médical plutôt neurologique ou cardiologique. Ils avaient retenu, au moment de l'expertise, que l'assurée faisait des syncopes avec des pertes de connaissances environ une fois tous les deux mois, alors que la fréquence des lipothymies était plus importante, mais selon leur souvenir au moment de l'expertise l'assurée n'arrivait pas à clarifier la fréquence des lipothymies.

Etant donné que celles-ci étaient des sensations plutôt subjectives de tomber dans les pommes (mais qui laissaient le temps à la personne de s'asseoir sans tomber en se faisant mal comme lors de la perte de connaissance durant les syncopes) et qu'ils n'avaient pas retenu d'impact des lipothymies sur le quotidien, ils n'avaient pas précisé la fréquence difficilement chiffrable de ces phénomènes. Enfin, l'assurée avait décrit sa journée type et indiquait effectuer des tâches ménagères, mais seulement des tâches légères physiquement.

40. Le 6 avril 2020, la recourante a observé qu'il était inadmissible de ne pas avoir mentionné l'épisode du malaise et l'expert admettait d'ailleurs que son rapport manquait d'exhaustivité ; il était passé à côté de la problématique médicale.
41. A la demande de la chambre de céans, le Dr L_____ a donné des renseignements complémentaires le 27 avril 2020. S'agissant de l'expertise du Dr Q_____ et de Mme U_____, elle ne retenait pas le diagnostic de trouble dissociatif mixte (F 44.7) qui lui-même retenait. Il y avait absence de tout argument en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes, comme en attestaient les multiples examens somatiques réalisés dans les suites de l'apparition de ces malaises qui avaient exclu toute origine neurologique ou autre. Les facteurs de stress psychologiques ne manquaient pas dans le cas de l'assurée, comme bien expliqué dans l'expertise. Il y avait également une relation temporelle manifeste entre la survenue de ces malaises en 2016 et la péjoration des différents facteurs de stress émotionnels mise en évidence (perte d'espoir quant à la reconnaissance du préjudice sur la santé, accentuation des douleurs dans le cadre du trouble somatoforme, évolution vers la chronicité, perte d'autonomie et dépendance accrue à l'environnement, épuisement, distanciation des enfants dont elle n'assumait pas leur autonomie). La survenue brutale et imprévisible des syncopes, qui avait été objectivée par lui-même et par d'autres médecins, évoquait clairement des troubles dissociatifs. Ceci impliquait une perte du contrôle conscient qui rendait l'assurée très vulnérable face à cette symptomatologie qui était incapacitante.

Un certain degré d'incapacité de travail d'au moins 50 % devait être retenu en lien avec le diagnostic F 44.7. La capacité de travail n'était pas de 100 % chez l'assurée qui souffrait d'un trouble dépressif chronique, d'un trouble somatoforme déjà

diagnostiqué depuis l'année 2015 (expertise du 13 janvier 2015 qui avait retenu un diagnostic de fibromyalgie). De plus, le diagnostic de trouble dissociatif mixte F44.7 rendait la patiente totalement inapte à s'investir dans une activité professionnelle, du fait de la survenue complètement imprévisible. L'ensemble de ces facteurs justifiait une incapacité de travail de 100 % d'un point de vue médical.

L'expert retenait une origine probablement vaso-vagale, en se basant sur le rapport du Dr M_____H du 2 décembre 2016, ce qui était insuffisant pour confirmer une telle origine.

Il retenait les diagnostics de troubles dépressifs récurrents épisode actuel moyen F33.1, troubles somatoformes indifférenciés F45.1, troubles dissociatifs de conversion mixte F44.7.

Le trouble psychique chronique de l'assurée n'avait pas la même sévérité sur toute l'année. Comme dans tous les troubles psychiques chroniques, l'assurée présentait certaines périodes d'amélioration partielle de sa symptomatologie, notamment sur le plan dépressif, le plan algique mais également l'espacement des crises de conversions. Ceci était étroitement tributaire du soutien apporté par la famille, les soignants et l'amélioration des facteurs de stress. Ceci était par exemple le cas au décours de cures thermales organisées par son mari annuellement dans leur pays natal. Cette amélioration durait quelques jours à quelques semaines et s'accompagnait d'une amélioration de la capacité de travail. Ceci restait insuffisant pour espérer l'intégration d'une activité exigeante et régulière sur le marché de travail au long cours.

L'assurée expliquait qu'elle n'avait jamais exprimé à l'expert sa capacité à faire les tâches ménagères avec facilité, comme mentionné dans l'expertise. Elle affirmait qu'elle n'arrivait, le plus souvent, pas à finir les tâches à domicile et devait être aidée par son mari et sa belle-mère vivant avec eux. L'assurée ne faisait pas les tâches ménagères lourdes. Pour les tâches ménagères légères, comme la cuisine ou le petit nettoyage, elle expliquait qu'elle commençait généralement les tâches mais ne les terminait pas. Elle expliquait qu'elle n'avait plus d'élan pour le faire, se dispersait, s'énervait de voir son état diminué (irritabilité) et interrompait les activités commencées. Son entourage (essentiellement son mari) était ainsi obligé d'intervenir pour la soutenir, l'aider ou faire à sa place. Le risque d'épuisement de l'entourage avait été évoqué à plusieurs reprises mais l'équilibre systémique n'était pas rompu depuis plusieurs années. Les critères en faveur d'une origine psychiatrique des syncopes étaient largement suffisants ; ils devaient justifier une certaine incapacité de travail, du fait de l'imprévisibilité des syncopes qui faisaient perdre toute possibilité de contrôle conscient sur le corps. Ceci rendait impossible l'engagement dans une activité économique.

42. Le 19 mai 2020, la Dresse V_____, du SMR, a rendu un avis médical.

Si l'on se référait à la description des troubles dissociatifs de la CIM-10, il devait en effet ne pas y avoir d'argument en faveur d'un trouble physique pouvant l'expliquer,

et il devait être mis en évidence une origine psychologique. Ces troubles étaient « associés avec une perte partielle ou complète des fonctions d'intégrations des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates, et du contrôle des mouvements corporels avec altération des sensations, des souvenirs et des mouvements ». Or, si l'on se référait à la description très précise des malaises, avec ou sans perte de connaissance, par le Dr M_____ dans son rapport de consultation de neurologie du 2 décembre 2016, l'assurée décrivait très précisément l'apparition et le déroulement de ses crises jusqu'à la perte de connaissance éventuelle. Les prodromes étaient stéréotypés, avec une sensation de chaleur, de serrement dans la gorge, une sensation électrique occipitale, et des céphalées temporales, Ces symptômes pouvaient tout à fait s'inscrire dans le cadre d'un malaise vago-vagal. Le neurologue n'avait pas retenu d'atteinte neurologique en relation avec ces malaises, notamment pas d'atteinte vertébro-basillaire, ni d'épilepsie, et il mettait en avant une origine vago-vagale. La description précise des syndromes précédents la crise était en défaveur d'une crise dissociative. Quel que fût le diagnostic, l'assurée décrivait à l'expert la fréquence des syncopes à une fois tous les deux mois, ce qui n'entraînait pas de limitations fonctionnelles élevées ; par ailleurs, l'assurée s'occupait régulièrement de ses petits-enfants, charge qui serait incompatible avec une mise en danger de ces derniers par une fréquence plus élevée de pertes de connaissance. Le Dr Q_____ avait aussi expliqué de manière détaillée les motifs permettant d'exclure « une somatisation, un trouble douloureux somatoforme persistant ou une entité apparentée » (p. 35 du rapport d'expertise). Le Dr L_____ expliquait que l'assurée présentait de nombreux facteurs de stress influençant la gravité de la symptomatologie psychiatrique. Cependant, à l'anamnèse effectuée par le Dr Q_____, il ne trouvait pas de facteurs de stress extérieurs à la maladie. L'assurée était bien soutenue et aidée par sa famille, il n'y avait pas de conflits familiaux, ni problèmes financiers avancés.

Si l'on se référait à l'expertise du Dr Q_____ et à l'analyse des indicateurs standards, l'assurée ne présentait pas de pathologie psychiatrique sévère, ni comorbidités psychiatrique ou somatique sévères, elle n'avait pas de trouble de la personnalité (mais des traits de personnalité compensés), elle présentait des ressources internes (elle avait fondé une famille, élevé trois enfants qui eux-mêmes avaient un travail et des enfants, elle avait pu travailler jusqu'à son licenciement), l'assurée avait de bonnes ressources externes avec une famille aidante et entourante, elle n'avait pas de retrait social (elle voyait des amis pour faire une promenade ou partager un repas), et collaborait au traitement médical. La seule incohérence que relevait l'expert, était de demander une rente entière en l'absence de limitations fonctionnelles manifestes dans son quotidien. En effet, l'assurée arrivait à faire un ménage léger (les tâches moyennes à lourdes étant effectuées par son mari, ce qui était justifié en raison des atteintes du rachis), des courses légères, des repas, des lessives, pouvait lire, regarder la télévision, partir en vacances dans son pays d'origine, faire des promenades et gardait régulièrement ses petits-enfants. Ainsi, il

ne pouvait suivre le Dr L_____ lorsqu'il évaluait l'incapacité de travail de l'assurée à 50 % ou même à 100 %.

Le rapport du Dr P_____ du 20 février 2020 mettait en avant deux causes somatiques pouvant expliquer les malaises de l'assurée : une origine vagale, et une hypersensibilité du sinus carotidien. On pouvait relever que la fréquence des malaises de l'assurée était très variable selon l'interlocuteur, de quotidien à tous les deux mois. Par ailleurs, il était difficile d'évaluer la différence entre des syncopes vraies et des lipothymies. En effet, l'assurée décrivait le malaise survenu chez le Dr Q_____ comme une syncope (cf rapport de comparution personnelle à la CJCAS le 02.03.2020), alors que l'expert l'avait évalué comme une lipothymie en l'absence de perte de connaissance, et rapidement réversible avec un rafraîchissement. Une majoration des symptômes ne pouvait ainsi pas être exclue.

Par ailleurs, l'assurée présentait une hypothyroïdie substituée, et une maladie de Sjögren selon le médecin traitant. Ces maladies n'étaient pas associées à des limitations fonctionnelles sur le long terme en général. Les élévations d'anticorps lupiques pouvaient coexister avec les deux maladies citées, et aucun diagnostic de maladie auto-immune supplémentaire n'était annoncé.

Le rapport du Dr L_____ du 24 février 2020 n'amenait pas de nouvel élément médical objectif. Il retenait le diagnostic d'état dépressif sans rémission, et de syncopes sur trouble somatoforme. Le tout associé selon lui à un isolement social et à des difficultés dans le ménage. Les diagnostics avaient déjà été discutés par l'expert, de même les limitations au quotidien.

43. Le 20 mai 2020, l'OAI a indiqué que selon le Dr Q_____ (courrier du 12 mars 2020), « les lipothymies et les syncopes sont des phénomènes plutôt étudiés par les neurologues et les cardiologues d'une façon exhaustive et pas par les psychiatres ». Or, tant le cardiologue (le Dr X_____) que le neurologue (le Dr K_____) avaient exclu une origine neurologique ou cardiologique. Quant au Dr L_____, il contestait les diagnostics retenus par l'expert sur la base des déclarations subjectives de l'assurée, mais ne faisait pas l'analyse pourtant nécessaire des indicateurs topiques en la matière. Il se ralliait à l'avis du SMR précité.
44. Le 4 juin 2020, la recourante a observé que le Dr Q_____ avait omis un point essentiel en ne mentionnant pas ses malaises, ni en indiquant leur fréquence, ce qui discréditait son opinion. Elle s'était retrouvée allongée sur le parquet à la suite d'une perte de connaissance, élément suffisamment marquant pour que son absence de mention dans le rapport d'expertise rende ce dossier non probant. L'expert aurait dû indiquer qu'il considérait que ces problèmes n'entraient pas dans sa spécialité. Par ailleurs, l'expert avait précisé dans son complément les tâches ménagères qu'elle disait pouvoir effectuer alors que cela ne figurait pas dans son rapport. L'expertise du Dr Q_____ n'avait pas de valeur probante ; elle était contestée de façon convaincante par le rapport du Dr L_____ du 27 avril 2020. Elle requérait l'ordonnance d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, la

dernière expertise rhumatologique ayant été ordonnée en juillet 2015 et son état de santé s'étant péjoré.

45. Le 24 août 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise psychiatrique, confiée à la doctoresse Y_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur les questions libellées dans la mission d'expertise ainsi que sur une éventuelle récusation de l'experte.
46. Le 2 septembre 2020, l'OAI a indiqué qu'il convenait, selon l'avis du SMR du 1^{er} septembre 2020, d'effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes.
47. Le 3 septembre 2020, la recourante a proposé deux modifications de la mission d'expertise.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 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, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
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, 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^{er} janvier 2008).

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. 28 al. 2 LAI).

6. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à

une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
 - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)
 - Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des

affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

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

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

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 que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

c. 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).

d. Le juge ne s'écarter 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).

e. 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).

f. 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).

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr Q_____ du 18 mars 2019 pour retenir une capacité de travail totale de la recourante depuis 2015, dans toute activité. Cependant, le rapport de la psychiatre traitante de la recourante du 27 avril 2020, étayé, atteste d'une capacité de travail nulle de celle-ci et d'un diagnostic de trouble dissociatif mixte. Or, ce diagnostic a été écarté par le Dr Q_____, lequel considère que les syncopes / lipothymies sont des phénomènes étudiés par les neurologues.

Au demeurant, il existe un doute sur les diagnostics en cause et leur impact sur la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'une expertise judiciaire psychiatrique se justifie. En l'état, l'aspect somatique est réservé.

Les questions de la mission d'expertise seront complétées dans le sens requis par les parties (C.2, 4.4 et 11.2).

L'expertise sera confiée à la doctoresse Y_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.
- Commet à ces fins la doctoresse Y_____ FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. 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 la personne expertisée, en particulier le Dr L_____.
 - C.
 - 1. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - 2. Ordonner un dosage sanguin des traitements psychotropes.
 - D. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 - 1. Anamnèse détaillée.**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée.**
 - 3. Status clinique et constatations objectives.**
 - 4. Diagnostics** (selon un système de classification reconnu)
 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.2 Dates d'apparition
 - 4.3 En particulier, la personne expertisée présente-t-elle un trouble dissociatif ? Veuillez motiver votre réponse.
 - 4.4 Comment l'état de santé de la personne expertisée a-t-il évolué depuis l'expertise du Dr Q_____ du 18 mars 2019 ?
 - 5. Limitations fonctionnelles**
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.2 Date d'apparition
 - 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. **Cohérence**

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?
- 6.6 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 6.7 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

7. **Personnalité**

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. **Ressources**

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique b) mental c) social d) familial

9. Capacité de travail

9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité lucrative ?

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

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

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

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

9.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

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

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

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr Q_____ du 18 mars 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale dans toute activité ? Si non, pourquoi ?

11.2 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr L_____ du 27 avril 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle, et d'une incapacité de travail d'au moins 50 % en raison du seul trouble dissociatif ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le