



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2443/2019

ATAS/540/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 juin 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERSOIX, représentée par le Service de protection de l'adulte recourante

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1970, est originaire du Brésil où elle a suivi l'école obligatoire et secondaire. Elle s'est installée en Suisse en 2001 et a effectué depuis lors plusieurs stages et cours, et exercé diverses activités. Divorcée et mère de deux enfants nés en 1995 et 2001, elle a travaillé en dernier lieu comme nettoyeuse à temps partiel, de janvier à mars 2014.
2. Le 28 janvier 2016, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'une épicondylite du coude droit.
3. Le 8 avril 2016, l'Hospice général a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis 2008 et qu'il avait mis en œuvre une mesure d'insertion.

Il a annexé le rapport y relatif établi par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI) le 16 janvier 2014. Il en ressort qu'un stage visant à évaluer les capacités de réinsertion socioprofessionnelle de l'assurée, initialement prévu pour une durée de huit semaines, avait dû être interrompu après neuf jours suite à des débordements émotionnels en animation de groupe, devenus ingérables. L'assurée avait surtout besoin de soins aux niveaux physique et psychologique avant de pouvoir envisager un autre stage.

4. Dans un rapport du 10 mai 2016, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué à l'OAI que la demande de prestations était motivée par des douleurs persistantes à l'épaule droite depuis 2012, une épicondylite du coude droit depuis 2014, et un état anxio-dépressif surajouté. La patiente, droitière et technicienne de surface, ne pouvait plus travailler en utilisant de façon répétée son membre supérieur droit.

La Dresse B_____ a notamment transmis à l'OAI :

- un rapport du 25 août 2014 du docteur C_____, médecin adjoint aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) suite à la consultation de l'assurée le 21 août 2014 ; selon l'anamnèse, la patiente avait été opérée de l'épaule droite en 2012 et présentait depuis janvier 2014 une épicondylite droite avec une répercussion fonctionnelle et psychologique importante ;
 - un rapport du 25 janvier 2016 du Dr C_____ faisant état de la persistance des douleurs au niveau de l'épaule droite ; à l'examen clinique, les amplitudes articulaires étaient restituées et la force quasiment symétrique ; la reprise d'une activité adaptée avec un port de charges limité à 5 kg était recommandée.
5. Dans un avis du 16 juin 2016, le docteur D_____, médecin au service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a fixé le début de la réadaptation à 2013, soit après l'opération de l'épaule, et considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité ne requérant ni le port de charges de plus de 5 kg, ni l'utilisation répétée ou au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit. Il a en

autre estimé que l'apparition de l'épicondylite en janvier 2014 ne modifiait ni la capacité de travail, ni les limitations fonctionnelles.

6. Par décision du 31 août 2016, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'intéressée était totalement incapable d'exercer son activité habituelle de nettoyeuse, mais qu'elle disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès 2013. Par convenance personnelle, elle avait travaillé comme employée de maison à raison de douze heures par semaine, ce qui correspondait à un taux d'activité de 30 %. Dès lors, son statut était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 30 % et se consacrant aux travaux habituels pour les 70 % restants. La comparaison des revenus s'effectuait sur la base des mêmes données statistiques (ESS 2013, TA1, femme, niveau 4) puisqu'il était difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité. Le degré d'invalidité, inférieur à 40 %, n'ouvrait pas le droit à une rente.

Cette décision est entrée en force.

7. Le 4 juin 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande d'invalidité et fait état de dépression, de troubles anxieux et de difficultés relationnelles depuis 2013.
8. Dans un rapport du 30 août 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée, qu'il suivait depuis « octobre 2018 » bénéficiait d'une psychothérapie en délégation avec Madame F_____, psychologue FSP. La patiente était arrivée à leur cabinet dans un état dépressif sévère, avec une désorganisation de la pensée et du comportement. Ils avaient constaté un trouble dépressif et anxieux important, ainsi qu'un probable déficit de l'attention et de la concentration avec une hyperactivité. La patiente avait un vécu carencé, d'importantes difficultés relationnelles liées à une problématique de gestion des émotions, et était très vulnérable aux dépendances et aux toxiques. Son état s'était aggravé en février 2018, lorsque son fils aîné, qui s'occupait de toute la partie administrative et logistique de la maison, était parti vivre seul. L'assurée peinait à comprendre les différentes démarches administratives, à gérer son budget et à s'organiser de manière générale, en raison d'oublis réguliers et de confusions. Elle était aidée par l'Hospice général depuis plusieurs années et ne semblait pas pouvoir entrer dans une activité à moyen et long terme. Une mesure de curatelle volontaire avait dû lui être proposée.
9. Par ordonnance du 3 octobre 2018, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée.
10. En date du 8 novembre 2018, l'OAI a reçu un rapport du Dr E_____, lequel a diagnostiqué un trouble de l'humeur, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, consommation continue (F12.25), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), un jeu pathologique (F63.0), et une personnalité émotionnellement labile, type

borderline (F60.31). Il a également fait état d'une suspicion d'un trouble de l'attention et de la concentration avec une hyperactivité en cours d'investigation.

À l'anamnèse, il a relaté que l'assurée avait été adoptée par sa tante maternelle au décès de sa mère, lorsqu'elle avait 6 mois. Elle avait vécu beaucoup de maltraitances durant son enfance de la part de sa mère adoptive, qui avait adopté beaucoup d'enfants qu'elle traitait moins bien que les siens. Elle s'était toujours sentie différente, complexée, et avait fréquenté des personnes plus âgées qu'elle. Sans diplôme, elle avait effectué de petites formations. Après son départ du Brésil, elle avait habité deux ans en Espagne, puis en France où elle avait rencontré son premier mari, et eu son premier fils qui souffrait d'hyperactivité. Elle avait eu du mal à se faire accepter par la famille de son mari, qu'elle avait quitté après cinq ans car elle ne l'aimait pas assez. Elle était ensuite venue en Suisse et avait été rejointe par son fils, qu'elle avait laissé dans un premier temps en France avec son ex-mari. Arrivée à Genève, elle avait fait partie d'une agence d'Escort et y avait rencontré en 2000 son deuxième époux, qui aurait été son premier client. Ils s'étaient mariés en 2001, avaient eu un fils, puis s'étaient séparés après quatre ans. Elle vivait une relation très tumultueuse avec un nouveau compagnon.

Au statut psychiatrique, l'assurée présentait une humeur fluctuante, avec une agitation psychomotrice, une logorrhée, une accélération de la pensée, un sentiment de désespoir, une fatigue persistante, des troubles du sommeil, de la concentration et de l'attention, une impulsivité et une labilité émotionnelle manifeste, un comportement désorganisé. Ces symptômes avaient un impact direct sur sa capacité de travail, nulle depuis plusieurs années. Les limitations fonctionnelles étaient dues aux affections psychiques, aux difficultés à suivre un rythme de travail, à gérer le stress, à s'organiser et à se concentrer. La patiente passait son temps chez elle, avait beaucoup de difficultés à s'occuper de ses affaires administratives et sociales, à respecter ses engagements et ses rendez-vous. Elle semblait perdue et était très désorganisée depuis le retrait de la garde de son fils cadet et le départ de la maison de son fils aîné en 2017. À ce moment, la symptomatologie borderline s'était aggravée avec un fonctionnement chaotique et une consommation excessive de cannabis. L'état clinique demeurait instable malgré une psychothérapie intégrée à raison d'une séance par semaine et un traitement antidépresseur comprenant la prise quotidienne de Cipralex (40 mg) et de Séroquel XR (50 mg). L'assurée avait une certaine difficulté à adhérer aux soins et observait moyennement son traitement. La capacité de travail dans un milieu adapté restait à évaluer après une stabilisation de la symptomatologie.

S'agissant de l'anamnèse de la toxicodépendance, l'assurée avait débuté, à l'adolescence, ses consommations de cannabis, de cocaïne et d'alcool, avec des périodes d'abstinence lors de ses grossesses. Actuellement, elle consommait du cannabis plus ou moins en continu et occasionnellement de la cocaïne. Elle ne buvait plus d'alcool depuis quelques années. La consommation de toxiques avait entraîné une atteinte à la santé psychique et mentale durable qui avait eu un impact

direct sur sa vie familiale, professionnelle et sociale. La consommation de toxiques résultait de la pathologie psychique, soit des troubles de la personnalité, de l'attention et de la concentration, était la conséquence d'une enfance difficile, et jouait un rôle dans le maintien et l'entretien de l'état actuel.

11. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée et a confié une expertise psychiatrique à la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
12. Le 20 mars 2019, la Dresse G_____ a rendu son rapport d'expertise, basé sur le dossier de l'assurée, un entretien de plus de trois heures avec l'intéressée et une discussion téléphonique avec son psychiatre traitant.

L'experte a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F12.25) et d'anxiété de degré léger, en lien avec des facteurs sociaux de type financier (baisse de revenus) et des problèmes relationnels (conflit avec un sous-locataire).

Consignant les déclarations de l'assurée, la Dresse G_____ a noté que l'intéressée avait évolué sans troubles psychiques jusqu'en 2016, mais décrivait néanmoins une enfance « peu heureuse ». Elle n'avait pas été agressée physiquement ou sexuellement durant l'enfance ou l'adolescence, et disait ne jamais avoir consommé d'alcool, seulement de la marijuana de façon festive, avec une consommation régulière de cannabis à l'âge de 26-27 ans, lors de la rencontre avec son premier mari, avec qui elle s'était sentie maltraitée, humiliée, isolée et seule. Elle n'avait aucun conflit, hormis avec son sous-locataire, et présentait dans ce contexte des troubles du sommeil. Elle voyait quotidiennement ses amis et rentrait sans horaires, souvent très tard ou pas du tout.

Dans la partie consacrée aux anamnèses familiale, professionnelle, sociale, psychiatrique et somatique, l'experte a notamment relevé que l'assurée avait été recueillie à l'âge de 6 mois par son oncle maternel, qui avait déjà sept enfants et deux enfants adoptés. Elle décrivait une enfance « pas heureuse » car les enfants se battaient entre eux et les parents n'avaient pas le temps de s'occuper d'eux. Elle avait été battue par des cousins et occasionnellement harcelée, sans subir d'agression sexuelle. Elle avait quitté sa famille adoptive à 17 ans, sans formation diplômante, avait travaillé comme femme de ménage, hôtesse dans des bars, vendeuse de rue et Escort girl (prostitution). Elle avait rencontré son premier mari dans le cadre de ses activités (bars en Espagne) et l'avait suivi en France. Après sa séparation, elle était venue à Genève avec des connaissances et avait travaillé dans un bar à champagne, puis dans la prostitution. Son premier client aurait été son deuxième mari qu'elle avait épousé en 2001 et quitté en 2004. Bénéficiant de l'Hospice général depuis 2008, ses revenus avaient alors été composés des pensions alimentaires pour ses enfants et du revenu minimum cantonal d'aide sociale. Depuis 2016, elle ne percevait plus de pension pour son fils cadet et, en 2017, son fils aîné avait quitté le domicile, de sorte que l'allocation payée par l'Hospice pour celui-ci

avait pris fin. L'accumulation de nombreuses dettes et des pertes d'argent au casino avaient décompensé l'assurée sur un mode anxieux et une curatelle avait été demandée. Pour alléger ses charges, elle avait décidé de sous-louer deux chambres de son six pièces et demi. Un conflit s'était très vite installé avec un sous-locataire, à qui elle reprochait des comportements négligents et incorrects. Cette situation avait engendré une forte irritabilité, une grande colère, une anxiété et une tension interne persistante.

Concernant le déroulement du quotidien, l'assurée s'occupait parfois de son ménage, sortait pour ses rendez-vous médicaux ou passait la journée avec des amies, faisait ses courses et des promenades. En raison du conflit avec son sous-locataire, elle vivait surtout dans sa chambre, et se sentait enfermée.

La Dresse G_____ a ensuite discuté les diagnostics posés par le psychiatre traitant. Elle a expliqué qu'elle ne retenait pas de symptomatologie dépressive sévère car les troubles du sommeil, qui n'étaient pas réguliers, étaient à mettre en lien avec le sentiment d'insécurité provenant de l'attitude hostile du sous-locataire. Il n'y avait pas de désespoir, de tristesse continue, d'idées noires ou suicidaires, pas de culpabilité ou de sentiment de dévalorisation, ni de baisse de l'estime de soi. Il n'y avait pas non plus de manque de réactivité émotionnelle, de baisse de la libido, ni de perte de poids. L'agitation psychomotrice et les troubles de la concentration étaient liés à une anxiété mineure due à la diminution de ses ressources financières depuis 2016 et aux difficultés actuelles avec son sous-locataire, sans être un empêchement dans le quotidien. S'agissant du trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, les éléments diagnostics permettant de l'attester n'étaient pas retrouvés. En effet, il n'était pas fait état d'une dépression récurrente, d'anxiété chronique, de sentiment de vide, de maltraitance grave durant l'enfance, d'intolérance à la solitude ou de crise émotionnelle pour éviter les abandons, étant rappelé que l'intéressée avait quitté ses deux maris. Elle n'avait pas fait de tentamen ou d'actes auto-agressifs, l'image de soi n'était pas altérée. L'impulsivité, soit l'hétéro-agressivité verbale, notamment les insultes envers les croupiers des casinos, n'avait pas été un empêchement dans sa vie sociale et personnelle, et l'assurée n'avait pas souffert de trouble incapacitant jusqu'en 2016. Concernant la polytoxicomanie, contrairement à ce qui était attesté dans les rapports du psychiatre traitant, l'intéressée niait toute consommation d'alcool et de cocaïne. En outre, les résultats aux tests étaient négatifs pour la cocaïne et s'il existait une consommation d'alcool, celle-ci n'était pas un empêchement. L'assurée consommait du cannabis quotidiennement, sans que cela entraîne des empêchements dans son quotidien. Le diagnostic de jeu pathologique n'était pas retenu car si l'intéressée avait fréquenté des salles de jeu durant une courte période suite à la suppression de ses pensions alimentaires, elle était désormais interdite de casino et ne jouait plus. Quant à la suspicion de trouble de l'attention et de la concentration avec une hyperactivité, l'assurée avait présenté une anxiété avec une agitation psychomotrice et un trouble de la concentration suite à ses pertes de

revenus, ce qui avait engendré une anxiété qui s'était aggravée avec les consommations de cannabis. Néanmoins, l'assurée avait pu faire face à cette difficulté financière en prenant deux sous-locataires. Depuis la mise en place d'une curatelle, elle n'avait plus eu à s'inquiéter de ses dettes et espérait que son sous-locataire quitterait son appartement grâce aux démarches de sa curatrice. Son autre inquiétude était d'avoir un revenu suffisant pour vivre, sinon elle partirait au Brésil.

Dans son évaluation du cas, l'experte a rappelé que l'assurée avait eu les ressources pour émigrer en Europe en 1994-1995. Elle n'avait pas exercé d'activités professionnelles régulières et avait bénéficié depuis 2001 de différentes aides financières sous forme de pensions et d'aides sociales. Il en était de même lorsqu'elle avait vécu en France entre 1995 et 2000. Une activité professionnelle exigeant un rendement, une endurance et une régularité était inconnue dans l'histoire de l'assurée, dont les choix de vie ne lui avaient pas permis de développer les aptitudes nécessaires pour parer aux exigences du monde du travail, d'où une faible résistance au stress. Des difficultés étaient apparues au début de l'année 2016, avec la perte de la pension pour son fils, et à la fin de l'année 2017, avec l'interruption des aides de l'Hospice général suite au départ de son fils aîné. Son état psychique, soit son anxiété, s'était péjoré suite au conflit avec son sous-locataire. En dehors de ce fait, elle n'avait pas d'empêchement personnel, social, familial et l'experte n'avait pas pu mettre en évidence des troubles fonctionnels incapacitants d'origine psychique, excepté une consommation de cannabis pouvant exacerber une anxiété de degré léger liée à des facteurs de stress d'ordre financier. La disposition de l'assurée à coopérer paraissait limitée en ce sens qu'elle peinait déjà à être suivie sur le plan psychiatrique. Le traitement médicamenteux était adéquat, mais les thérapeutes n'avaient pas réussi à travailler sur les addictions par manque de motivation de l'intéressée, et l'évaluation du trouble de l'attention souhaitée par le psychiatre n'avait pas été possible en raison de l'évitement de l'assurée. L'experte n'avait pas mis en évidence des symptômes d'un tel trouble, ni dans l'enfance ni à l'âge adulte.

L'experte a conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière, sans limitation fonctionnelle psychiatrique, et sans baisse de rendement, dans l'activité de femme de ménage ou de prothésiste ongulaire. L'anxiété, de degré léger, aggravée par les facteurs de stress, pourrait être améliorée par une diminution de la consommation de cannabis et une amélioration de la compliance au traitement psychotrope, à supposer que les résultats aux tests ne soient pas dus à un métabolisme rapide.

13. Dans un avis du 26 mars 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès du SMR, a conclu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante. L'expertise montrait une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique et les diagnostics retenus. Aucune modification

significative de l'état de santé n'était donc objectivée et les conclusions du SMR du 16 juin 2016 demeuraient valables.

14. Par décision du 21 mai 2019, l'OAI a confirmé son projet du 27 mars 2019 et rejeté la demande de l'assurée, au motif qu'il n'existait pas d'éléments en faveur d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 31 août 2016, et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière.
15. Dans un rapport rédigé le 14 juin 2019, le Dr E_____ et Mme F_____ ont indiqué que l'expertise ne correspondait pas à leurs constatations, ce qui pouvait s'expliquer par le fait que l'assurée n'avait pas forcément évoqué toutes ses difficultés. Elle avait en effet mis plusieurs mois à entrer dans une relation de confiance avec la thérapeute, à qui elle avait précédemment caché des informations, et était parfois dans une dénégation de ses difficultés, ressentait une grande honte et rejetait l'appellation de « maladie psychique ». En outre, l'humeur labile pouvait se déclinier au fil du temps, avec des séances où l'intéressée était très positive et faisait des projets non réalisables, et des séances où elle présentait une humeur dépressive et décrivait une anxiété importante face à l'avenir, un profond désespoir avec des pleurs continus et évoquant l'envie de mourir. Parfois, elle niait totalement ses difficultés psychiques et parfois elle admettait être dépressive et anxieuse depuis longtemps, avoir de grandes difficultés relationnelles et un vécu traumatisant. L'assurée n'avait antérieurement pas eu de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique continu car elle pensait ne pas en avoir besoin et ne s'était pas entendue avec les intervenants. La situation de crise ayant justifié le diagnostic de dépression sévère avait été partiellement stabilisée par la psychothérapie et le traitement médicamenteux.

En plus d'une grande pauvreté, son enfance avait été marquée par une carence affective et des maltraitances physique et psychologique. Elle avait présenté des difficultés relationnelles avec les autres enfants de son âge ou de sa fratrie, s'était toujours sentie différente, avait eu d'importants complexes et avait parfois fait des crises clastiques. Elle avait une forte sensibilité à l'injustice et avait été maltraitée par sa mère adoptive, qui l'avait régulièrement frappée et humiliée. Elle avait fui le domicile familial pour tenter sa chance ailleurs. Par la suite, la vie de l'assurée dénotait une grande instabilité et une souffrance psychique, étant souligné l'absence de travail fixe et de liens relationnels stables, ou encore la prostitution. En 2005, au décès de son père adoptif, elle avait été en dépression.

Contrairement à ce que mentionnait l'experte, l'assurée souffrait d'anxiété et d'agitation en général. Ces symptômes n'étaient pas uniquement en lien avec son colocataire. Elle présentait des troubles réguliers du sommeil qui n'avaient été stabilisés que grâce au Séroquel. Sans cette médication, elle ne dormait pas, présentait une anxiété, une agitation et une tension nerveuse intense. L'intéressée avait eu de multiples conflits violents avec son « ami/ex-ami » et présenté une jalousie malade, qui avait engendré plusieurs crises et des esclandres en pleine rue. Elle avait également eu des conflits avec diverses personnes de son entourage,

et un stage avait dû être interrompu un 2015 après neuf jours en raison de son comportement. En outre, un important dysfonctionnement relationnel et une grande dépendance affective étaient constatés chez l'intéressée qui avait rencontré ses deux maris dans le cadre d'activités de prostitution. Elle répétait cela continuellement et ses aventures actuelles se passaient avec des hommes qui profitaient d'elle ou qui étaient eux-mêmes psychiquement instables, ou connaissaient diverses addictions. Elle n'avait aucun contact avec le père de son fils cadet, qui avait la garde de l'enfant, mais ne semblait pas à même de s'en occuper. Elle évoquait des inquiétudes concernant ce fils qui avait abandonné sa formation pour pratiquer un sport de combat et semblait recevoir des coups assez forts. Elle se sentait faible, n'avait pas du tout une bonne estime d'elle-même, avait peur du jugement des autres. Elle évoquait également des sentiments de culpabilité et de dévalorisation, par rapport à son fils cadet qui n'avait pas eu la chance d'avoir un père qui s'occupait de lui contrairement à son autre garçon, à son rôle de mère car elle avait été instable et avait beaucoup crié, à sa consommation de cocaïne qu'elle ne parvenait pas à arrêter, au fait qu'elle se servait parfois des hommes par intérêt financier. Elle était impulsive, avait toujours eu des difficultés à gérer son argent et se sentait très diminuée par rapport à sa situation financière. Ses capacités de concentration étaient fluctuantes et elle présentait souvent une hyperactivité psychique, avec une logorrhée. Dans ces moments, elle n'écoutait pas ce qu'on lui disait, coupait la parole et n'était pas en mesure de comprendre ce qu'on lui expliquait. La médication stabilisait cela. Elle présentait aussi un côté abandonnique et un sentiment de solitude très présent, de sorte que ses relations amicales et amoureuses étaient chaotiques. Elle avait un côté caractériel très présent, avec une irritabilité très prononcée et un sentiment de persécution qui faisait qu'elle pouvait présenter une colère inappropriée.

Elle avait effectivement fortement décompensé suite au déclin de son revenu, mais elle avait présenté une problématique anxieuse et dépressive durant toute sa vie, qu'elle avait tenté de calmer avec une automédication avec le cannabis, énonçant que c'était la seule chose qui la calmait. La gestion de l'argent posait toujours problème et sa situation ne s'était pas améliorée avec la mise en place d'une curatelle. Cela faisait trois mois que la thérapeute devait contenir psychiquement l'assurée par rapport à sa situation financière et à ses conditions de vie, car elle était dans une grande détresse. Elle n'avait que des relations destructrices avec des personnes qui étaient dans la consommation ou qui lui demandaient des faveurs sexuelles en échange d'argent. En dehors de cet entourage malsain, elle n'avait personne de confiance avec qui échanger et sur qui compter. Compte tenu des difficultés psychiques, l'assurée, très soumise à la tentation, ne parvenait pas à arrêter ses diverses consommations. Malgré son importante envie de travailler afin d'avoir une vie normale et être financièrement indépendante, il ne semblait pas envisageable pour l'instant qu'elle puisse faire face à un travail régulier à cause de ses difficultés organisationnelles et relationnelles. Il y avait eu une amélioration du comportement grâce au traitement instauré, avec une prise de conscience plus ou

moins fluctuante des difficultés et une légère amélioration dans la gestion des émotions et de la colère. Sa dépression était un peu moins sévère, mais l'humeur restait très instable. L'assurée avait avoué, lors de la séance du 14 juin 2019, avoir joué une petite somme aux machines à sous au casino, reprochant à une amie de l'y avoir emmenée. Elle avait également admis, lors de cette séance, qu'elle avait pris de la cocaïne deux jours auparavant avec une amie et exprimait son sentiment de culpabilité et sa peur de ne pas pouvoir résister. Lorsqu'elle prenait cette substance, elle se sentait bien au début, puis était prise d'une énorme angoisse et d'idées noires. Elle se disait tentée car les seules personnes qui allaient vers elle étaient dans ce milieu. Sinon, elle se sentait seule au monde et ne savait pas quoi faire, restait dans son lit. Elle exprimait la présence d'idées noires ponctuelles et parlait de son envie de mourir, de « laisser tout le monde tranquille ».

16. Par acte du 21 juin 2019, l'assurée, représentée par le Service de protection de l'adulte, a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 21 mai 2019. Elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit constaté que son état de santé s'était aggravé et que son incapacité de travail était entière, et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. Elle a relevé de nombreuses incohérences dans l'expertise et des discordances entre les observations de l'experte et celles de son psychiatre traitant, surtout sur des points essentiels qui les avaient conduits à des diagnostics sensiblement contradictoires. En outre, une relation de confiance n'avait pas pu être instaurée avec l'experte qui ne l'avait vue que durant un seul entretien de trois heures. Le rapport d'expertise n'avait donc pas une pleine valeur probante et de nouvelles investigations devaient être ordonnées.
17. Dans sa réponse du 22 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a considéré que la recourante ne faisait valoir aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions de l'experte et que son argumentation se limitait à souligner des divergences d'opinion entre expert et médecin traitant quant à sa capacité résiduelle de travail. L'experte n'avait retenu aucune comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail et avait indiqué que la compliance était mauvaise, de sorte qu'on ne pouvait pas parler d'échec de traitement ni de processus maladif s'étendant sur plusieurs années. L'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne, et montrait que la recourante disposait de ressources personnelles préservées. Il y avait un manque de cohérence entre l'incapacité de travail totale et les éléments figurant au dossier. Enfin, l'experte avait expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écartait des conclusions des médecins traitants. Son rapport remplissait tous les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'intimé a joint un avis rendu par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le 19 juillet 2019. La médecin a relevé que le Dr E_____ se bornait à critiquer l'expertise de la Dresse G_____ en se basant essentiellement sur les dires de sa patiente. Malgré ce qu'indiquait le médecin traitant, la recourante n'avait jamais eu recours à des intervenants sur le plan

psychiatrique et n'avait jamais été hospitalisée, ce qui démontrait que si d'éventuels symptômes dépressifs ou anxieux avaient été présents par le passé, ils n'avaient jamais été assez sévères pour justifier une prise en charge. Les difficultés de la recourante étaient essentiellement sociales et financières, liées à une baisse de revenus découlant de ses addictions, et non d'ordre maladif. En outre, la recourante avait toujours réussi à subvenir à ses besoins, bien qu'elle n'ait jamais travaillé de manière continue, ce qui attestait de ses ressources. Le traitement mis en place avait permis une amélioration de l'état de santé et le descriptif de la vie quotidienne montrait que l'intéressée n'avait aucune limitation dans son quotidien. Ainsi, le rapport du Dr E_____ n'apportait pas d'élément objectif nouveau ou en faveur d'une aggravation de l'état de santé, de sorte que les conclusions du SMR du 16 juin 2016 étaient encore valables.

18. Par écriture du 16 août 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que l'intimé ne semblait pas avoir pris en compte le rapport de son psychiatre traitant qui avait fait état d'un contexte social délicat, de nombreux conflits, d'un important dysfonctionnement relationnel. De plus, elle avait avoué avoir repris de la cocaïne avec une amie, ce qui démontrait qu'elle était une personne influençable et que son entourage ne lui permettait pas de vivre dans un environnement équilibré. Elle ne vivait donc pas dans un contexte social sain. Ses addictions, notamment au cannabis, étaient la conséquence de sa dépression, et non la cause. Elle n'avait aucune fortune, faisait l'objet de nombreuses poursuites et recevait des prestations de l'Hospice général. Suite à la résiliation de son contrat de bail pour défaut de paiement, la régie lui avait accordé un délai d'épreuve et la procédure était actuellement en cours. Sa situation était donc plus que précaire, ce qui était l'une des raisons de la mise en place d'une curatelle. Son humeur demeurait instable et elle avait souvent évoqué l'arrêt du traitement médicamenteux et son envie de mourir. Ainsi, s'il existait une amélioration de son état de santé, on ne pouvait en revanche pas parler de stabilisation. Elle a rappelé que le contenu du rapport de son médecin était constitué de plus d'un an d'entretiens réguliers, au fur et à mesure desquels elle s'était peu à peu ouverte et avait osé parler de ses addictions, de ses angoisses et de sa solitude, ce qui avait permis à son psychiatre de poser les bons diagnostics. Compte tenu des contradictions contenues dans les rapports, lesquelles portaient sur des éléments primordiaux, il était approprié de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.
19. En date du 9 septembre 2019, l'intimé a également maintenu ses conclusions.
20. Par courrier du 6 mai 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise psychiatrique à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
21. Le 13 mai 2020, l'OAI a répondu qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, au motif qu'une expertise psychiatrique figurait déjà au dossier.

Subsidiairement, il a annoncé qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'experte. Se fondant sur l'avis du SMR du 12 mai 2020, il a requis l'ajout de deux questions supplémentaires.

22. Par courrier du 20 mai 2020, l'assurée n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'experte, ni de questions complémentaires.

EN DROIT

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

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

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

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.

4. Le litige porte sur le bien-fondé du rejet de la nouvelle demande de prestations de la recourante, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé entre le 31 août 2016, date de la décision entrée en force de l'intimé, et le 21 mai 2019, date de la décision dont est recours.

5. a. Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées

jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; ATF 109 V 114 consid. 2a et b).

b. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. a. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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).

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

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 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 ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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. 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. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral

9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

b. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt de principe du 11 juillet 2019 (arrêt 9C_724/2018), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) significatives à la santé au sens du droit de l'assurance-invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant dans quelle mesure, un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

8. a. 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).

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).

b. 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 asséculoologique 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).

9. 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).

10. 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).
11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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).

b. 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).

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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 des assurances 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).

12. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment 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).

14. Enfin, 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).
15. a. En l'espèce, par décision du 31 août 2016, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité au regard de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, l'état anxio-dépressif mentionné par la Dresse B_____ dans son rapport du 10 mai 2016 n'ayant alors pas été pris en considération.

Cette décision est entrée en force, de sorte qu'il convient de comparer les faits prévalant au moment de la décision initiale du 31 août 2016 avec ceux existant lors de la décision litigieuse du 21 mai 2019.

b. Cette dernière décision repose d'un point de vue médical sur l'avis du SMR du 26 mars 2019, lui-même fondé sur le rapport d'expertise de la Dresse G_____ du 20 mars 2019.

Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si ce document revêt une pleine valeur probante.

16. a. Le rapport d'expertise du 20 mars 2019 émane d'une spécialiste en psychiatrie et a été rendu à l'issue d'investigations approfondies, comprenant un examen de la recourante de plus de trois heures et un entretien téléphonique avec son psychiatre traitant. L'experte a présenté des anamnèses détaillées, consigné les déclarations de l'intéressée et ses propres observations, et discuté chacun des diagnostics retenus avant elle par le Dr E_____. Son rapport remplit donc de prime abord les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante.
- b. La chambre de céans constate cependant que le rapport de la Dresse G_____ comporte certaines contradictions et que les rapports du psychiatre traitant font état d'éléments objectifs de nature à remettre en cause les conclusions de l'experte.

À cet égard, il sied de relever que le rapport du Dr E_____ du 14 juin 2019, bien que postérieur à la décision litigieuse, doit être pris en considération puisqu'il est étroitement lié à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.

17. a. S'agissant des diagnostics, la Dresse G_____ a écarté celui de trouble de l'humeur, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), aux motifs que la recourante ne souffrait pas de troubles réguliers du sommeil, qu'il n'y avait pas de désespoir, de tristesse continue, d'idées noires ou suicidaires, de sentiments de culpabilité ou de dévalorisation, de baisse de l'estime de soi, de manque de réactivité émotionnelle, de baisse de la libido, ni de perte de poids. Selon l'experte, l'agitation psychomotrice et les troubles de la concentration étaient liés à une anxiété mineure due à la diminution des ressources financières depuis 2016 et aux difficultés avec un sous-locataire, sans être un empêchement dans les activités quotidiennes.

Le Dr E_____ et la psychologue régulièrement consultée en délégation, qui suivent la recourante depuis l'été 2018 à tout le moins, ont toutefois affirmé que leur patiente souffrait de troubles du sommeil qui n'avaient pu être stabilisés que grâce au traitement médicamenteux. Sans la prise quotidienne de Séroquel, l'intéressée ne dormait pas et présentait une anxiété, une agitation et une tension nerveuse. Ils ont également signalé une humeur labile et expliqué que si la patiente était parfois très positive, il lui arrivait également fréquemment de se présenter dans un état de crise, avec des idées noires et des pleurs ininterrompus, de décrire un profond désespoir et d'évoquer une envie de mourir. La recourante avait une mauvaise estime de soi et souffrait d'un important sentiment de culpabilité, par rapport à son fils cadet, à son rôle de mère, à ses consommations toxiques ou encore à ses relations avec les hommes. Ses capacités de concentration fluctuaient également et il lui arrivait d'être dans un état d'hyperactivité psychique qui ne lui permettait plus de comprendre ce qu'on lui expliquait.

Le Dr E_____ et Mme F_____ ont expliqué ces notables divergences de constats par le fait que leur patiente leur avait tout d'abord caché de nombreuses informations, qu'elle avait eu besoin de temps avant de pouvoir nouer une relation de confiance et se livrer à eux. Elle avait honte et était parfois dans le déni. Par ailleurs, ils avaient observé, dans le cadre de leurs régulières séances, d'importantes fluctuations dans les symptômes présentés par la recourante, dont l'humeur était très labile.

Compte tenu de ces explications, il apparaît hautement vraisemblable que la recourante n'a pas fourni à l'experte, lors de leur unique entretien, des renseignements exacts et complets, de sorte que les conclusions de la Dresse G_____ quant à l'absence de symptomatologie dépressive ne reposent pas sur des constatations fiables.

b. Concernant le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F.60.31), l'experte a considéré que les éléments diagnostiques n'étaient pas retrouvés en l'absence de dépression récurrente, d'anxiété chronique, de sentiment de vide, de maltraitance grave durant l'enfance, d'intolérance à la solitude ou de crise émotionnelle pour éviter les abandons, de tentamen ou d'actes

auto-agressifs, d'altération de l'image de soi ou d'impulsivité constitutive d'un empêchement dans sa vie sociale et personnelle.

Pour leur part, le Dr E_____ et Mme F_____ ont relaté que l'enfance de leur patiente avait été marquée par une grande pauvreté, une importante carence affective, une maltraitance physique et psychologique, précisant que la recourante avait régulièrement été frappée et humiliée par sa mère adoptive, qu'elle avait connu des difficultés psychiques et relationnelles avec les autres enfants de son âge ou de sa fratrie, avec la présence de crises clastiques. Elle avait également adopté un comportement impulsif et conflictuel dans les cadres professionnel et familial, connaissait des relations destructrices, avec des notions de dépendance affective et financière, manifestait des colères et faisait des crises inappropriées en différents endroits. Elle se sentait faible et persécutée, craignait le jugement des autres.

De même que pour le trouble de l'humeur, les probables déclarations incomplètes, voire erronées, de l'intéressée à la Dresse G_____ permettent de douter du bien-fondé des conclusions de celle-ci quant à l'absence de tout trouble de la personnalité.

De surcroît, il appert que l'expertise comporte des incohérences et des erreurs, et que l'appréciation de l'experte ne prend pas suffisamment en compte les antécédents et le vécu de la recourante. Ainsi, à titre d'exemples, la Dresse G_____ a noté, dans la partie « anamnèse familiale », que la recourante décrivait une enfance « pas heureuse », qu'elle avait été battue par des cousins et occasionnellement harcelée, tout en indiquant, dans la partie résumant son entretien avec la recourante, que cette dernière décrivait une enfance « peu heureuse », mais exempte d'agression. De plus, elle a relaté des injures envers les croupiers de casino et estimé que l'impulsivité n'avait pas été un empêchement dans la vie sociale et personnelle de la recourante. Cette appréciation est toutefois mise à mal par le rapport des EPI du 16 janvier 2014 qui fait état de débordements émotionnels ayant conduit à l'arrêt d'une mesure de réinsertion socioprofessionnelle après neuf jours seulement. Il est en outre surprenant que l'experte n'a pas retenu d'instabilité dans les relations interpersonnelles, alors qu'elle a relevé que la recourante s'était sentie maltraitée, humiliée, isolée et seule durant son premier mariage, qu'elle avait rencontré son premier mari lorsqu'elle travaillait dans un bar et le second dans un contexte de prostitution, ou encore qu'elle n'avait plus la garde de son fils.

Dans ces conditions, la discussion de l'experte quant aux critères cliniques du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, n'emporte pas non plus la conviction de la chambre de céans.

c. Les diagnostics de jeu pathologique (F63.0) et de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), ont été écartés par la Dresse G_____ sur la base des explications de la recourante, qui lui a affirmé être interdite de casino et ne plus jouer, et qui a nié toute prise de cocaïne.

Or, le psychiatre traitant a confirmé que sa patiente jouait encore de l'argent et qu'elle s'était d'ailleurs rendue dans un casino postérieurement au rapport d'expertise. De même, elle continuait à consommer occasionnellement de la cocaïne, malgré un important sentiment de culpabilité à cet égard. Elle ne parvenait pas à renoncer à cette substance et en avait à nouveau consommé après son examen par la Dresse G_____.

Ces révélations suffisent à remettre en cause les conclusions de l'experte, basées sur les seules affirmations de la recourante.

d. Enfin, le diagnostic d'anxiété de degré léger en lien avec des facteurs sociaux de type financier et des problèmes relationnels, diagnostic retenu par l'experte, paraît en l'état discutable.

En effet, la Dresse G_____ a mentionné que la recourante avait pu faire face à ses difficultés financières en louant deux chambres de son appartement et qu'elle n'avait plus à s'inquiéter de ses dettes grâce à la mesure de curatelle, tout en relatant que l'intéressée avait entrepris des démarches afin que son colocataire quitte son logement, ce qui devrait donc plutôt constituer une source d'angoisse supplémentaire.

De plus, l'experte n'a pas indiqué si le trouble anxieux, ni d'ailleurs les autres diagnostics retenus par le psychiatre traitant et qu'elle a écartés, était atténué grâce à la médication, qu'elle a jugée adéquate. À cet égard, il sera rappelé que la recourante prend quotidiennement du Cipralax et du Séroquel, substances destinées au traitement de la dépression, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

18. En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, la Dresse G_____ n'a retenu aucun empêchement personnel, social ou familial, à l'exception d'un conflit avec un sous-locataire. Elle a indiqué que l'intéressée sortait beaucoup avec ses amis et qu'elle n'avait jamais exercé d'activité professionnelle exigeant un rendement, une endurance et une régularité. En raison de ses choix de vie, elle n'avait pas développé les aptitudes nécessaires pour parer au monde du travail et résister au stress. Il n'y avait toutefois aucun trouble fonctionnel incapacitant d'origine psychique.

À nouveau, l'estimation de la Dresse G_____ est en totale contradiction avec celle du Dr E_____, lequel a conclu que les troubles diagnostiqués entraînaient une totale incapacité de travail, depuis plusieurs années, en raison d'un comportement conflictuel, de relations destructrices, de dépendances affectives et financières, de crises et de comportement impulsif, d'un entourage malsain. La recourante se sentait seule au monde et passait son temps chez elle, sauf lorsqu'elle sortait avec d'autres consommateurs de substances toxiques.

Comme déjà mentionné, le récit de la recourante à l'experte, que ce soit sur son vécu, ses plaintes ou encore le déroulement de son quotidien, n'apparaît pas fiable.

De plus, l'appréciation de la Dresse G_____ ne semble pas avoir été rendue en pleine connaissance du dossier de la recourante, qui a suivi diverses formations et stages depuis son arrivée à Genève, et exercé plusieurs activités lucratives, notamment en qualité de vendeuse, serveuse, aide-éducatrice, prothésiste ongulair et femme de ménage.

19. Pour ces diverses raisons, le rapport d'expertise de la Dresse G_____ ne saurait se voir attribuer une pleine valeur probante.

20. En ce qui concerne les rapports du Dr E_____, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient avec lequel existe une relation de confiance.

De plus, le psychiatre traitant ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de sa patiente conformément aux principes récemment développés par la jurisprudence.

Ses rapports ne permettent donc pas non plus de trancher le litige.

21. Au vu des appréciations et conclusions diamétralement opposées de la Dresse G_____ et du Dr E_____, il n'est en l'état pas possible de retenir des diagnostics fiables, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques et de toxicodépendances.

22. Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale psychiatrique afin de clarifier les aspects médicaux et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

Une expertise psychiatrique judiciaire est donc ordonnée et confiée à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rue François-Bello 7, 1206 Genève.

* * * * *

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.
2. Commet à ces fins la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.
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 et spécialistes ayant traité la personne expertisée.
 - C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 1. **Anamnèse détaillée.**
 2. **Plaintes et données subjectives de la personne expertisée.**
 3. **Status clinique et constatations objectives.**
 4. **Diagnostics selon la classification internationale**
 - 4.1 Préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 - 4.1.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
Dates d'apparition
 - 4.1.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
Dates d'apparition
 - 4.2 Concernant la consommation de substance psychoactives, décrire son histoire (début et évolution au cours du temps), les conséquences actuelles, les traitements entrepris et l'exigibilité des soins et de l'abstinence. Si nécessaire, effectuer un dosage urinaire des toxiques.
 5. **Limitations fonctionnelles**
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
Dates 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 ?
- 6.4 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 ?

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 ?
- 7.3 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 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 ?
 - 9.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.1.2 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 ? À 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 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1^{er} septembre 2016 ?
- 9.5 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.
- 10.3 Quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement psychothérapeutique et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin.

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse G_____ du 20 mars 2019 ? En particulier avec les diagnostics retenus et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % en l'absence de toute limitation fonctionnelle psychiatrique ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par le Dr E_____ en août et novembre 2018, et le 14 juin 2019 ? En particulier avec les diagnostics retenus, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans toute activité, depuis plusieurs années ? 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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