

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3163/2023

ATAS/819/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 23 octobre 2024

Chambre 4

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Marlyse CORDONIER, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1991, a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 4 novembre 2021 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. Le 22 décembre 2021, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle souffrait d'un épisode dépressif récurrent épisode actuel léger (F33.0), d'un trouble anxieux général (TAG - F41.1), d'un trouble panique avec agoraphobie (F40.01), d'une phobie sociale (F40.1), d'une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et d'un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) probable mais à investiguer.

Il s'agissait d'une patiente âgée de 30 ans, célibataire et sans enfant. Sa scolarité avait été difficile. Elle avait suivi l'École de culture générale et avait échoué en dernière année. Elle avait réussi le collègue du soir et s'était inscrite en sociologie à l'université. Elle avait échoué à la troisième année. Actuellement, elle faisait un bachelor en histoire à distance, ce qui lui permettait de ne pas avoir à se confronter à ses peurs, des autres, en particulier leur regard et leur jugement.

Elle était connue pour des problèmes psychiques depuis sa jeunesse. Vers l'âge de 14 ans, elle avait fait une phobie scolaire et n'avait plus été à l'école pendant une année. À 18 ans, elle avait fait un épisode dépressif pour lequel elle avait été mise sous Fluoxetine et avait été suivie par la docteure C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. À 22 ans, elle avait refait un épisode dépressif et repris un suivi et un traitement. N'allant pas mieux, elle avait été hospitalisée à Crans-Montana. Elle avait de grandes difficultés à terminer les choses dans lesquelles elle s'engageait et échouait très souvent, ce qui réveillait en elle une très forte angoisse de l'échec. Depuis environ six ans, elle souffrait d'une dépendance à l'alcool pour laquelle un suivi aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) avait été instauré avec le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Cette dépendance était apparue comme une solution à ses angoisses. Elle prenait 3 l de bière par jour, ce qui lui permettait de diminuer l'anxiété. Elle faisait des attaques de panique quand elle sortait de chez elle ou lorsqu'elle était mise sous pression. Le Dr B_____ l'avait vue pour la première fois en mai 2020. Sa capacité de travail était actuellement nulle, mais elle pourrait être de 50% dans une activité totalement adaptée à ses troubles fonctionnels lorsqu'elle irait mieux.

c. Dans un rapport établi le 1^{er} février 2022, le Dr D_____ a posé les diagnostics de dépendance à l'alcool (F10.24) et de trouble anxieux généralisé (F41.1). L'assurée était en traitement depuis 2014, au départ avec de la difficulté à pouvoir imaginer souffrir d'une dépendance à l'alcool. Avec le temps, elle avait accepté la maladie et la prise en charge sur le long terme avec un objectif de diminution. Il y avait une lente évolution favorable du point de vue des dépendances. Les

limitations fonctionnelles étaient des difficultés de concentration, d'adaptabilité et de sociabilité. L'assurée tentait de suivre une formation universitaire et s'occupait nouvellement d'un chien. Sa capacité de travail était de 50% pour la formation ou des études avec une augmentation progressive selon son état. L'atteinte à la santé avait peu de répercussions sur les besoins primaires, mais engendrait des difficultés sociales et au niveau des études. L'assurée n'avait aucun revenu et pas d'accès à un logement propre, ce qui était pourtant essentiel à son bon développement. Elle avait comme ressources disponibles sa mère et des amis. Elle avait la possibilité de se former avec soutien.

d. Dans un rapport du 2 août 2021, le docteur E_____, médecin chef de clinique de la clinique de Crans-Montana, a attesté que l'assurée y avait séjourné du 21 avril au 11 mai 2021 pour un reconditionnement et une renutrition, ainsi qu'un traitement des troubles du comportement alimentaire, un sevrage et un traitement des dépendances.

e. Selon un rapport d'évaluation d'intervention précoce (ci-après : IP) du 7 avril 2022, une heure avant l'entretien prévu, l'assurée avait appelé pour dire qu'elle venait de faire une crise d'angoisse avec vomissements et qu'elle souhaitait effectuer l'entretien par téléphone. Elle avait indiqué galérer depuis plus de dix ans en raison de ses problèmes de santé. Elle souffrait de dépression chronique et de crises d'angoisse. Actuellement, elle suivait des études universitaires d'histoire à distance, mais elle prévoyait de les arrêter devant son impossibilité à suivre ces cours. Elle vivait chez sa mère et ne pouvait actuellement bénéficier de l'aide de l'Hospice général. Elle avait donc des difficultés financières. C'était l'Hospice général qui lui avait conseillé de faire une demande à l'OAI. Elle avait travaillé durant deux ans dans le nettoyage pendant qu'elle effectuait le collège du soir. Très rapidement, elle avait développé une forte insécurité l'amenant à développer des comportements de vérification très importants et envahissants, l'empêchant de travailler et elle avait dû arrêter cette activité. Elle avait fait un job d'été à la mairie de F_____ à 18 ans dans les archives. Elle disait que ce domaine l'intéressait, de même que travailler dans un musée. Elle souhaitait avoir un bachelors, c'était capital pour elle. Elle savait qu'elle en avait les capacités. Elle souhaitait bénéficier d'une aide financière de l'OAI et trouver un moyen pour se réinsérer dans la société. Elle se sentait incapable de travailler à 100%. Un rendez-vous avait été convenu le 26 avril 2022. L'assurée allait regarder s'il existait des formations en tant qu'archiviste. Il lui était proposé la prise en charge d'un coaching qui pourrait l'intéresser.

f. Le 29 avril 2022, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée n'avait pas été apte à travailler durant toute l'année 2021 pour des raisons médicales et qu'elle avait besoin d'un soutien matériel pour subvenir à ses besoins.

g. Selon une note de travail IP du 9 mai 2022, l'assurée s'était présentée à l'heure au rendez-vous. Elle avait indiqué avoir pris un anxiolytique pour diminuer son angoisse. La prise d'antidépresseurs lui permettait de diminuer sa consommation

d'alcool. Elle n'avait pas bu depuis un mois, mais elle était consciente qu'elle pourrait avoir des rechutes. Elle voulait arrêter ses cours d'histoire, car elle ne voulait pas gâcher une chance. Elle pensait ne pas être en état de suivre des cours ni de mener à terme sa formation. Actuellement, sa priorité était de se soigner et de ne pas s'entêter alors qu'elle n'était pas prête. Elle estimait qu'il était trop tôt pour suivre une mesure de réadaptation à 100%. En revanche, elle pourrait suivre une mesure de réinsertion chez PRO, en débutant durant l'été afin de pouvoir s'y préparer. Il lui avait été conseillé de s'adresser à l'Hospice général pour une prise en charge financière étant donné qu'elle ne serait plus étudiante.

h. Selon une note de travail IP du 25 juillet 2022, l'assurée avait appelé pour faire l'entretien par téléphone. Elle disait avoir toujours des crises d'angoisse qui l'empêchaient de sortir. Elle avait pris contact avec l'Hospice général mais ne touchait pas encore d'indemnités, car celui-ci attendait ce qui allait se passer du côté de l'assurance-invalidité. Il lui avait été demandé de prendre contact avec PRO pour la mise en place de la mesure et de s'en tenir aux rendez-vous fixés. Si elle ne pouvait pas la suivre, elle devait transmettre un rapport médical.

i. Selon un rapport du 6 septembre 2022, le mandat d'intervention précoce était clôturé, car le SMR préconisait une expertise psychiatrique.

j. L'OAI a confié l'expertise au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

k. À teneur de son rapport du 12 janvier 2023, l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, selon la jurisprudence de novembre 2017 concernant les troubles dépressifs légers et les entités associées ainsi celle de juillet 2019 pour les dépendances.

Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu des troubles dépressifs récurrents légers depuis janvier 2021, sans indice de gravité de jurisprudence rempli, un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, actuellement non décompensé, une dépendance à plusieurs substances, actuellement utilisation épisodique, et un TDAH durant l'enfance, qui n'avait pas nécessité de traitement spécifique.

l. Par projet de décision du 2 février 2023, l'OAI a informé l'assurée que sa demande était rejetée, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

m. Le 28 avril 2023, l'assurée, assisté d'un conseil, a formé opposition au projet de décision de l'OAI.

Elle a notamment produit un rapport établi le 27 avril 2023 par le Dr B_____, qui indiquait que l'évolution était très légèrement favorable et que sa capacité de travail était nulle. Ses limitations étaient une indécision importante et une procrastination. Elle présentait des difficultés d'adaptation majeures. Elle avait aussi des problèmes d'intégration dans une équipe, se sentant rapidement jugée et

pouvant devenir très projective et interprétative. Elle pouvait aussi avoir des comportements impulsifs. Elle avait une capacité de résistance au stress faible, se décourageait rapidement et avait tendance à abandonner les tâches en cours. Elle avait de nombreux évitements à sortir de chez elle, à prendre les transports publics et à aller dans des lieux fermés d'où elle ne pouvait pas s'échapper, avec des paniques et angoisses très envahissantes. Tout ceci était en lien avec les divers diagnostics qu'elle présentait et non seulement en lien avec sa consommation d'alcool.

Le Dr B_____ pensait que les problèmes de motivation perçus par l'expert étaient en lien avec les problèmes psychiques de l'assurée. Les problèmes d'addiction étaient considérés depuis 2019 comme des maladies psychiques. Donc si le manque de motivation provenait du fait de la dépendance, celle-ci était à considérer comme la conséquence d'une maladie psychique et non d'un manque de volonté. De plus, il y avait les autres troubles psychiques dont souffrait l'assurée, qui pouvaient influencer sa motivation et sa volonté, notamment le TDAH dont une des caractéristiques était la procrastination. Malheureusement, l'assurée n'avait pas fait d'évaluation à ce sujet.

n. Par décision du 29 août 2023, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Suite à l'examen des pièces apportées, il estimait qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux au dossier modifiant son appréciation et justifiant la mise en place d'une nouvelle expertise médicale.

- B.**
- a.** Le 28 septembre 2023, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, à l'annulation de la décision du 29 août 2023 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité, avec suite de frais et dépens.
 - b.** Le 4 octobre 2023, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 22 septembre 2023, avec une limite de 12 heures d'activité d'avocate.
 - c.** Par réponse du 25 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.
 - d.** La recourante a été entendue par la chambre de céans le 8 mai 2024.
 - e.** Par courrier du 16 août 2024, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
 - f.** Par courrier du 3 septembre 2024, l'intimé a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas de motif de récusation ni de question complémentaires.

g. Le 4 septembre 2024, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'experte et qu'elle n'avait pas de question complémentaires à poser.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 4 novembre 2021 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

2.2 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).

À droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

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

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du

point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

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

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

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

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

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le

contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

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

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

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

La reconnaissance de l'existence 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).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

2.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge 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).

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).

3.

3.1

3.1.1 La chambre de céans constate que, comme l'a relevé la recourante, l'expert G _____ a effectivement indiqué confirmer les diagnostics du psychiatre traitant, sans les reprendre entièrement. Il a en particulier procédé à une analyse partielle des informations ressortant du dossier, dans la mesure où il s'est contenté d'analyser la capacité de travail, qui était retenue comme nulle par le psychiatre traitant, en relation avec un trouble dépressif léger, alors que le Dr B _____ indiquait dans son rapport du 22 décembre 2021 que l'évolution était favorable en ce qui concernait les problèmes thymiques, mais qu'elle ne l'était pas pour les autres troubles. L'expert n'a pas relevé, sous cette rubrique, que le psychiatre traitant retenait d'autres diagnostics, soit un TAG, un trouble panique avec agoraphobie, une phobie sociale, une personnalité émotionnelle labile de type borderline et un TDAH. Les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie et de phobie sociale retenus par le psychiatre traitant n'ont en outre pas été discutés par l'expert.

3.1.2 S'agissant du diagnostic de TDAH, que le médecin psychiatre traitant estimait probable mais à investiguer, l'expert a retenu ce diagnostic durant l'enfance, relevant qu'il n'avait pas nécessité de traitement spécifique, ce qui n'apparaît pas déterminant, car ce trouble n'avait alors pas été diagnostiqué, à teneur du dossier. L'expert n'a pas précisé pourquoi il ne le retenait pas après l'enfance, sans avoir fait d'investigations spécifiques à ce sujet. Il semble s'en être tenu aux seules déclarations de la recourante à ce sujet lors de l'anamnèse, sans instruction complémentaire, alors que, selon le rapport établi le 27 avril 2023 par le Dr B _____, la recourante était limitée par une importante indécision et une procrastination, ce qui étaient caractéristiques d'un TDAH.

3.1.3 L'expert a retenu l'absence de limitations fonctionnelles significatives en dehors de l'administratif complexe, relevant que la recourante gérait sans difficulté son quotidien. Il n'a ainsi pas pris en compte une limitation importante de la recourante, à savoir son anxiété sociale, avec une phobie scolaire apparue à 14 ans, puis le développement d'une addiction à l'alcool à but anxiolytique. Le Dr B _____ a indiqué de façon convaincante, le 22 décembre 2021, qu'elle faisait des attaques de panique quand elle sortait de chez elle ou lorsqu'elle était mise sous pression et, le 27 avril 2023, qu'elle avait de nombreux évitements à sortir de chez elle, à prendre les transports publics et à aller dans des lieux fermés, avec des paniques et des angoisses très envahissantes. Cette limitation apparaît grave, puisqu'elle empêche la recourante de sortir de chez elle, ce qui n'a pas forcément d'impact dans les activités quotidiennes ménagères, mais en a probablement un sur une activité professionnelle se déroulant à l'extérieur.

En conséquence, la chambre de céans retient que le Dr G_____ a procédé à une instruction présentant des insuffisances caractérisées et que son expertise ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise qui sera confiée au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les remarques des parties ont été prises en compte et la mission d'expertise modifiée au ch. 3B et 3D.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de la recourante.
2. Commet à ces fins le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - A) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - B) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ou connu de sa situation ;
 - C) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - D) si nécessaire, ordonner d'autres examens (bilan neurologique avec tests de QI et validation des symptômes ?).
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
 3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
 4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse) :

 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 - 4.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?
 - 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert,

allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

5.1 Dans l'activité habituelle ;

5.2 Dans une activité adaptée ;

5.3 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée) ;

5.4 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6. Traitement

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

6.2 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?

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

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

6.5 Nécessitent-ils un traitement neuroleptique ?

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

7. Ressources

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

7.2 Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

- 7.3 Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?
- 7.4 Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
8. Capacité de travail
- 7.1 Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent :
- a) dans l'activité habituelle ;
 - b) dans une activité adaptée.
- 7.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.
- 7.3 Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
- 7.4 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 7.5 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
- 7.6 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
- 7.7 Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ?
9. Appréciation d'avis médicaux du dossier
- 8.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr B_____ (rapports des 22 décembre 2021 et 27 avril 2023)? pour quels motifs ?
- 8.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr D_____ (rapports des 1^{er} février et 29 avril 2022) ? pour quels motifs ?
- 8.3 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr G_____ (rapport du 12 janvier 2023) ? pour quels motifs ?
10. Faire toute remarque utile et proposition utile.

5. Invite l'expert à déposer, **dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

Une copie de la présente ordonnance est notifiée aux parties.