

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3183/2019

ATAS/611/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 24 juillet 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963 et mariée, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité le 14 décembre 2016 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimée). Elle indiquait être en incapacité de travail à 100% dès le 14 janvier 2016. Sa langue maternelle était le suédois. Elle était employée de banque à 100% auprès de la banque B_____ SA (ci-après l'employeuse) depuis le 1^{er} décembre 1986. Elle souffrait d'anxiété, d'angoisse, de dépression, de fatigue extrême, de difficultés de concentration, d'oublis, de difficultés de sociabilisation, de douleurs cervico-brachialgiques, de lombalgies et d'essoufflement.
2. Des arrêts de travail à 100% ont été établis dès le 4 janvier 2016 par le docteur C_____, FMH médecin interne, puis par la doctoresse D_____, psychiatre FMH.
3. Selon un rapport manuscrit établi par la Dresse D_____ le 9 août 2016 adressé à la Bâloise Assurance SA (ci-après la Bâloise), le diagnostic était une dépression grave due à une surcharge de travail, la maladie grave des deux parents et des troubles respiratoires graves suite à une pneumonie. Des troubles somatiques s'ajoutaient au premier diagnostic et ralentissaient le processus de guérison avec toutefois une bonne évolution. L'assurée était totalement incapable de travailler. En dehors d'un épuisement physique, elle présentait des troubles de la concentration et de l'attention graves (concentration 30 à 45 minutes).
4. Selon un rapport établi par deux médecins de la clinique genevoise de Montana du 13 décembre 2016, l'assurée avait séjourné dans cet établissement du 15 novembre au 6 décembre 2016. Le diagnostic était un état dépressif, épisode actuel moyen. Les comorbidités actives étaient : Syndrome des anticorps anti-phospholipides, psoriasis palmo-plantaire, syndrome des jambes sans repos, fibromyalgie et névralgie d'Arnold.

L'assurée avait été hospitalisée pour un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress, un reconditionnement général et de l'antalgie. Selon l'examen clinique à l'entrée, l'assurée avait une douleur à la palpation épineuse cervicale et lombaire avec des contractures para-vertébrales sans signe inflammatoire. La thymie était neutre. Il y avait un antécédent de tentamen à l'âge de 16 ans, mais pas d'idées noires, ni suicidaires, ni d'éléments psychotiques. L'assurée avait bénéficié d'un suivi psychologique rapproché avec un soutien médico-infirmier. Le travail avec la psychologue avait mis en évidence une envie de fuite et des somatisations. Elle témoignait d'une introspection par rapport à son état actuel en faisant bien le lien entre son état psychiatrique et le tableau des douleurs chroniques. L'EVA était resté stable pendant l'hospitalisation à 5 sur 10 et avait peu répondu à l'antalgie. Un nouveau traitement par Sirdalud avait permis à la une amélioration de la symptomatologie douloureuse nocturne de l'assurée.
5. Selon une note de travail d'intervention précoce (ci-après IP) de l'OAI du 5 juillet 2017, le supérieur direct de l'assurée, avait indiqué que l'assurée était en reprise depuis le 1^{er} juin à raison de 1 heure 30 trois jours par semaine. Elle manifestait de la difficulté à se concentrer et des petites tâches simples lui avaient été données. Celles-ci faisaient déjà

partie de son cahier des charges auparavant. Il s'agissait de la saisie et de la gestion du programme informatique, soit une activité aménagée pour elle. L'employeuse s'inquiétait de la suite à donner à la situation. L'assurée disait être bien dans ces tâches, car elle n'avait pas de contact avec les autres. Elle indiquait que pendant son bref temps de présence, il lui était difficile de se concentrer dans une tâche, car c'était déjà le temps de partir.

6. Le 22 janvier 2017, l'employeuse de l'assurée a indiqué que les rapports de travail avaient commencé le 1^{er} décembre 1986. L'assurée avait été engagée comme collaboratrice juridique 40 heures par semaine. Son salaire annuel s'élevait à CHF 125'008.- depuis le 1^{er} mars 2011, (salaire mensuel CHF 10'417.35). En 2014 l'assurée avait gagné CHF 132'508.-, en 2015 CHF 131'508.- et en 2016 CHF 139'008.20. Ces salaires incluaient une gratification et un treizième salaire. L'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 25 janvier 2016 jusqu'au 17 février 2017.
7. Selon un rapport établi par le docteur E_____, spécialiste FMH en pneumologie, reçu par l'OAI le 21 février 2017, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient : « F.32, hypersomnolence, possible syndrome de jambes sans repos, insomnie ». S'agissant de la capacité de travail, le médecin renvoyait au psychiatre ou au médecin traitant. Les restrictions physiques sur l'activité exercée à ce jour par l'assurée étaient de la fatigue, de la somnolence et une baisse de concentration. L'activité exercée n'était probablement pas exigible dans l'état actuel.
8. Le 26 février 2017, la Bâloise a transmis à l'OAI la copie de son dossier et du décompte de prestations en lien avec l'incapacité de l'assurée du 4 janvier 2016 pour laquelle elle avait versé des indemnités journalières maladie.
9. La Bâloise a fait établir un rapport d'évaluation des potentialités de retour au travail de l'assurée par la Clinique du Travail SA. Le rapport du 23 septembre 2016 établi par Monsieur F_____ indique que l'assurée était en arrêt de travail depuis le 4 janvier 2016. Le facteur déclenchant avait été une pneumonie importante qui avait récidivé plusieurs fois. La raison principale était un épuisement professionnel survenu après au moins dix ans de stress dû à une charge de travail décrite comme de plus en plus importante. Depuis, l'assurée souffrait de troubles anxieux importants l'obligeant à l'isolement social et elle se réfugiait dans le sommeil, dormant 9 heures par nuit et en faisant des siestes de 3 à 4 heures la journée. Elle avait montré lors de l'entretien d'importants troubles de la concentration, éprouvant de grandes difficultés à suivre la conversation. Suite à un rendez-vous avec son médecin, l'assurée avait annulé la seconde séance avec la Clinique du Travail, qui n'avait pas de levier pour dynamiser la situation de l'assurée.
10. À teneur d'un rapport IP, à la suite des entretiens des 27 mars et 5 mai 2017, l'assurée avait donné l'impression générale d'être très affectée par le décès récent de son père. Elle avait tenu à la rencontre avec l'OAI, malgré l'épuisement émotionnel et la fatigue physique. Elle souffrait de troubles de la concentration, de fatigue importante, de psoriasis et d'un manque de motivation. Elle était en reprise progressive (3 heures tous

les deux jours, soit 10 heures par semaine), mais se trouvait de nouveau en arrêt complet depuis le décès de son père. Son deuil s'accompagnait d'une importante réflexion sur son fonctionnement et le fait qu'elle avait toujours « voulu tenir » malgré la fatigue. Elle avait déjà été élevée avec l'idée qu'il fallait avancer et avait de la peine à poser ses limites. Elle décrivait une importante surcharge de travail ainsi qu'une fatigue au niveau privé, en raison de la maladie de ses deux parents. Elle avait toujours beaucoup travaillé avec des heures supplémentaires courantes, qui ne la gênaient pas. Elle occupait son poste actuel depuis fin 2003. Elle aimait son travail et le contact avec les gens. Selon les informations obtenues de la Bâloise, la reprise thérapeutique progressive se passait bien et l'entreprise était tolérante. Un aménagement du poste était envisageable. À la fin de l'année 2015, les deux parents de l'assurée avaient été hospitalisés dans le sud de la France. Son père était décédé quelques semaines auparavant et l'assurée gérait toute cette situation avec sa sœur avec laquelle elle avait des contacts rapprochés, mais des relations compliquées. Il était proposé de contacter l'employeuse de l'assurée pour soutenir cette dernière dans une reprise progressive de son emploi. Un cours de réduction du stress par la méditation en pleine conscience avait été proposé à l'assurée, qui était très intéressée par cette technique. Elle avait été invitée à en parler avec son psychiatre.

11. Madame G_____, enseignante de pleine conscience/mindfulness, a attesté que l'assurée avait suivi trois cours de réduction du stress et des symptômes, les 28 juin et 5 et 13 juillet 2017 et que celle-ci souhaitait poursuivre les cours et faire le programme complet, ayant l'impression que ceux-ci pourraient lui permettre de renaître dans une vie nouvelle où elle pourrait enfin respirer.
12. Le 6 septembre 2017, le supérieur de l'assurée a informé l'OAI (IP) que l'assurée avait augmenté son taux d'activité à 2 heures 30 par jour de présence. L'assurée avait indiqué qu'elle était dans sa bulle quand elle était au travail et qu'elle souhaitait atteindre un 50%. Elle appréciait beaucoup ses collègues. Elle allait commencer des séances en petits groupes pour les cours de méditation et n'avait plus de migraines ophtalmiques. Elle était inquiète quant à son futur dans son emploi.
13. Selon un rapport IP du 6 octobre 2017, l'assurée allait passer à un taux d'activité de 27% dès la semaine suivante avec les mêmes tâches. L'employeuse était d'accord pour une mesure de réinsertion en entreprise et pensait qu'un coaching serait positif pour l'assurée. L'objectif actuel était une reprise progressive. Les indemnités journalières seraient versées à l'employeuse qui poursuivait le versement du salaire en plein. L'assurée souhaitait dix séances supplémentaires de méditation.
14. Le 16 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il acceptait de prendre en charge une prolongation des cours de réduction du stress et des symptômes mindfulness et focusing du 11 novembre 2017 au 15 février 2018.
15. Le 30 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait également en charge un entraînement à l'endurance, selon l'art. 14a LAI.
16. Selon un rapport de clôture IP du 30 novembre 2017, une mesure de type MR (mesure de réinsertion) dans son poste auprès de la banque avait été organisée avec la hiérarchie de

l'assurée et serait mise en place dès le 4 décembre 2017. L'objectif était d'augmenter progressivement le taux de présence et sa capacité de travail, en préservant son poste actuel. Les mandats d'intervention précoce étaient clôturés et un nouveau mandat de réinsertion était ouvert.

17. Un contrat d'objectifs a été passé entre l'OAI, l'employeuse et l'assurée en décembre 2017, avec un début de mesure de réinsertion au 4 décembre 2017 et une fin de mesure au 4 mars 2018. L'objectif était de développer les compétences sociales de l'assurée (collaboration avec les collègues), ses compétences personnelles (motivation et engagement, capacité de concentration, d'attention et de mémoire et mise en pratique) ainsi que sa fiabilité (respect des délais et exécution des tâches dans la gestion de la base de données et respect de l'horaire) et enfin la performance au travail (qualité et quantité ainsi qu'augmentation du temps de présence jusqu'à 4 heures par jour).
18. Selon un bilan final établi par la formatrice en mindfulness le 24 janvier 2018, l'assurée indiquait utiliser beaucoup dans le quotidien ce qu'elle avait appris dans ses cours.
19. Le 24 janvier 2018, la coach de l'assurée a indiqué que celle-ci semblait très fragile avant les fêtes mais qu'elle semblait aller mieux. Malgré ses difficultés elle démontrait une réelle envie d'avancer. Pour l'instant elle ne s'imaginait pas augmenter son taux d'activité, mais elle semblait confiante.
20. Selon une note de travail du 2 février 2018 de l'OAI, l'assurée avait indiqué que les deux semaines précédentes avaient été difficiles pour elle, en raison de nombreuses douleurs articulaires. De ce fait, l'augmentation prévue avec son médecin n'avait pas eu lieu et elle était toujours à 35%. L'assurée trouvait le suivi avec sa coach très bénéfique. Elle ressentait toujours une grande fatigue, même si, de façon générale, elle se sentait légèrement mieux qu'en début de mesure. Elle avait été blessée par une évaluation des ressources humaines, car il était noté que le 35% qu'elle effectuait était inutile et qu'elle devrait être à 100%. Elle avait pensé qu'elle gardait une utilité pour aider ses collègues, même à un pourcentage réduit. Aujourd'hui, elle n'avait malheureusement plus de satisfaction au travail. Son employeur avait évolué avec les années et elle ne sentait plus en phase avec son entreprise. Elle se rendait compte qu'elle s'accrochait sans trop comprendre le sens de sa démarche.
21. Le 20 février 2018, un point de situation a été fait avec l'employeuse de l'assurée. Il en ressort que le poste que cette dernière occupait était très loin de son activité habituelle. Elle faisait de la saisie et de la mise à jour d'un système informatique juridique. Elle ne recevait aucun téléphone, car elle ne supportait pas le stress de faire face aux demandes des collègues. Elle était donc dans une activité adaptée. Elle n'entretenait pas d'excellents rapports avec sa remplaçante et ne supportait pas que les choses soient faites différemment de ce qu'elle avait toujours fait. Elle était toujours à 35%. Malgré cela, elle n'avait pas montré beaucoup de progression ces dernières semaines. Elle était présente, mais ne fournissait pas un réel rendement. La vitesse de travail était réduite. Elle ne pouvait pas tenir un agenda. Une vérification de son travail était nécessaire. Elle ne pourrait sans doute pas occuper un poste d'assistante administrative, mais plutôt une

activité d'archivage sans aucun stress. Aucun poste n'existait à l'interne dans ce genre d'activités et ce d'autant plus à temps réduit. Une rechute était crainte. L'employeuse envisageait en conséquence la fin des rapports de travail.

22. À teneur d'un courriel du 27 février 2018, l'employeuse avait mis un terme à ses relations contractuelles avec l'assurée pour le 31 mai 2018. L'assurée était restée sereine durant l'entretien et avait eu une attitude très professionnelle. Un contrecoup dans les prochains jours était toutefois probable. L'assurée avait compris la position de la banque et reconnu ses limites en termes de capacité de travail, mais regrettait que son employeuse ne lui ait pas permis de rester trois ans de plus pour atteindre l'âge de la retraite anticipée. Elle partait avec des conditions généreuses.
23. Dans un rapport reçu par l'OAI le 27 février 2018, la Dresse D_____ a indiqué que la longue maladie de l'assurée avait débuté en octobre 2015. Le diagnostic était une dépression grave (burn out). Elle suivait l'assurée depuis 2014 avec des entretiens une fois par semaine. Le pronostic était sombre. L'assurée était traitée par Cymbalta 60 mg/j, Trittico 100 mg/j et Anxiolit 15-30 mg/j. Elle était totalement incapable de travailler dès le 28 avril 2016 pour une durée indéterminée. L'assurée avait des problèmes de concentration et d'attention graves, avec un manque total d'efficacité, qui limitaient son rendement. L'activité exercée était encore exigible, à essayer pour déterminer à quel degré.
24. Selon un avis médical établi par la doctoresse H_____, médecin SMR, le 4 avril 2018, en l'absence d'évolution favorable de la symptomatologie algique et dépressive dans un contexte de possibles troubles somatoformes ou apparentés, elle proposait une expertise pluridisciplinaire qui serait confiée à un centre de type COMAI, via la plateforme MED@P, avec les spécialités de rhumatologie, psychiatrie et médecine interne. En cas de troubles de la lignée psychosomatique, les experts devraient examiner les indicateurs de la jurisprudence pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée.
25. Un nouveau contrat d'objectifs pour une mesure de réinsertion chez un prestataire a été conclu entre l'OAI, I_____ et l'assurée en septembre 2018, pour une période courant du 2 juillet au 30 septembre 2018. L'objectif était de développer les compétences sociales et personnelles de l'assurée ainsi que son aptitude face au travail et sa performance au travail. Les exigences de départ étaient que l'assurée travaille 2,5 heures par jour quatre fois par semaine et qu'elle passe à 4 heures par jour quatre fois par semaine.
26. Selon un bilan de la mesure chez I_____ du 20 septembre 2018, l'assurée se sentait entourée, mais elle se mettait beaucoup de pression sans savoir pourquoi. Elle trouvait les tâches très intéressantes et le domaine la motivait. Elle avait des problèmes de concentration et l'impression de ne pas « imprimer », ce qui lui provoquait beaucoup de frustration. Elle avait l'impression que ces trois derniers mois, elle arrivait plus à réfléchir et à se poser les bonnes questions. Elle se savait très exigeante envers elle-même.

Selon sa coach, l'assurée était très impliquée dans la mesure et souriante. Elle s'était rapidement autonomisée. Toutefois, une consolidation des connaissances était nécessaire.

L'assurée avait été malade pendant quasiment deux semaines, ce qui avait repoussé sa progression. L'assurée effectuait 2,5 heures, quatre jours par semaine. Il était convenu d'essayer un passage à 3 heures dès le mois d'août, puis à 4 heures vers décembre.

27. Le 18 octobre 2018, l'assurée a indiqué à l'OAI ne pas avoir augmenté son horaire, car elle était trop fatiguée. Elle en avait discuté avec son médecin.
28. Selon une note du 1^{er} novembre 2018 de l'OAI, le statut d'actif était retenu, dès lors que l'assurée avait travaillé en qualité d'employée de banque à 100%.
29. Le mandat d'expertise pluridisciplinaire a été attribué au CEMEDEX SA le 31 octobre 2018.
30. Le 9 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise serait effectuée par CEMEDEX SA, soit plus particulièrement par les docteurs J_____, médecine interne générale, K_____, psychiatrie et psychothérapie et L_____, rhumatologie.
31. Selon une note du 5 décembre 2018 de l'OAI, à la suite d'un bilan au sein d'I_____, l'assurée était passée à 3,5 heures par jour quatre jours par semaine, mais elle le vivait très mal. Elle avait d'importantes angoisses qui s'exprimaient au travail et que les encadrants avaient remarquées. Elle avait tendance à partir plus tôt et sentait qu'elle n'arrivait pas se concentrer. Elle rentrait de la mesure le matin et devait aller dormir. Elle se réveillait ensuite pour souper et se recouchait jusqu'à 4h30 ou 5h du matin. Elle n'arrivait pas à voir ses proches et amis, car elle se sentait trop fatiguée et épuisée psychologiquement. Elle s'occupait de ses factures, mais pas du ménage ni des courses. Elle disait que, malgré sa volonté, elle n'arrivait pas à augmenter son taux d'activité. Elle en avait parlé à son médecin, qui était d'avis que son état de santé se péjorait. Elle était anxieuse à l'idée de l'expertise. Au vu des observations faites par I_____ et des déclarations de l'assurée, il avait été décidé d'un commun accord de ne pas poursuivre la mesure dont les objectifs n'avaient pas été atteints. L'assurée avait dit son souhait d'aller mieux et le cas échéant de pouvoir revenir à I_____.
32. a. À teneur du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 février 2019, l'assurée avait été reçue par le Dr K_____, le 16 janvier 2019 de 13h à 14h30, par le Dr J_____, le 15 janvier de 14h à 15h30, et par le Dr L_____, le 16 janvier 2019 de 15h30 à 17h. Des analyses avaient été effectuées le 15 janvier 2019 chez Promed. Le rapport contient un résumé du dossier de l'assurée et décrit le motif et les circonstances de l'expertise.
 - b. Selon l'évaluation consensuelle, le seul diagnostic ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles retenu était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.01). Les experts retenaient que l'assurée avait été en incapacité de travail de totale de mars à fin décembre 2017 pour un état dépressif secondaire au décès de son père. Elle était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à 100%, avec une diminution de 25%, dès janvier 2018.
 - c. Le rapport d'expertise psychiatrique résume les indications fournies spontanément par l'assurée dans le cadre d'un entretien ouvert, puis les déclarations de celle-ci suite à un entretien approfondi sur différents thèmes. S'agissant des habitudes de vie, l'expertisée

disait se lever entre 5h et 6h du matin, après avoir bien dormi, et aller se coucher vers 20h. Le ménage, la lessive et les commissions étaient faits par le mari de l'expertisée, la plupart du temps. Les repas étaient préparés ensemble, mais majoritairement par son mari, même si elle disait adorer cuisiner. Elle aimait bien marcher dans la nature quand il y avait peu de monde, de préférence seule, jusqu'à 3 heures. Elle regardait la télévision, notamment des films comiques et des documentaires. Elle disait y passer beaucoup de temps, mais sans préciser combien. Elle indiquait ne pas arriver à lire, car elle avait de la peine à se concentrer. En revanche, elle pouvait jouer jusqu'à 2 heures au sudoku. Elle n'allait pas sur internet, mais parlait par WhatsApp avec des amis. Elle avait de très bons amis. Ils discutaient et allaient manger ensemble. Elle n'allait pas au cinéma, ni au théâtre. Elle allait chez la coiffeuse d'une manière très ponctuelle, sinon elle s'occupait elle-même de ses cheveux. Elle achetait ses habits elle-même en cas de besoin. Elle disait que ses dernières vraies vacances remontaient à 2014. Elle avait passé une semaine seule en Espagne, pendant laquelle elle avait eu beaucoup de plaisir. Sinon, en 2018, elle était allée quatre fois rendre visite à sa mère pendant quatre jours et avait le projet d'y retourner cette année.

S'agissant de sa situation personnelle, elle s'était mariée en 1987 avec un homme d'origine chilienne, âgé actuellement de 60 ans, qui était musicien. C'était elle qui avait toujours été le pilier de la famille. Actuellement, son mari ne travaillait pas, ce qui ne la dérangeait pas. Le couple n'avait pas eu d'enfant. L'expertisée avait fait plusieurs avortements spontanés, deux grossesses extra-utérines et avait effectué une fécondation in vitro. Son mari avait deux filles, qui étaient âgées de 39 et 40 ans, avec lesquelles l'expertisée avait des relations distantes.

L'expertisée n'avait pas de formation spécifique. Elle avait fait plusieurs activités professionnelles en faisant des études pour entrer dans la banque. Elle avait ensuite été engagée par son ex-employeuse pour laquelle elle avait travaillé 32 ans, jusqu'à son licenciement en février 2018. L'expert signalait qu'il y avait des contradictions entre les différents rapports du psychiatre de l'expertisée et son examen. Ainsi, un état dépressif sévère était retenu par le psychiatre, mais selon son examen ainsi que du point de vue anamnestique, l'expertisée avait des activités journalières qui ne correspondaient pas à un tel degré de sévérité. L'expert avait constaté que l'expertisée avait commencé l'entretien avec les yeux fermés et qu'elle les avait ouverts au cours de l'entretien. Elle présentait une lenteur idéique, parlant lentement. Elle parlait correctement le français. Elle était bien orientée dans le temps, l'espace et concernant la situation. Il y avait une présence de troubles de la concentration plutôt légers. L'attention, la compréhension, la mémoire des faits récents et celle d'anciens souvenirs étaient dans la norme. Bien qu'aucun test n'ait été fait pour mesurer le quotient intellectuel, l'expertisée ne présentait pas de problèmes à ce niveau-là.

Au moment de l'entretien, l'expertisée présentait une tristesse, mais l'humeur n'était pas dépressive. Il n'y avait pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Il y avait la présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. L'élan vital n'était pas perturbé. L'assurée n'avait pas d'idées noires ni

d'envies suicidaires. Elle avait fait une tentative de suicide à l'âge de 17 ans sans conséquences. Elle n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Le sommeil n'était pas perturbé. L'expert s'éloignait du diagnostic posé par le psychiatre traitant de l'assurée, car les critères cliniques selon la CIM-10 n'étaient remplis ni au moment de l'entretien ni du point de vue anamnestique, eu égard également aux activités journalières. De plus, l'expertisée était allée jusqu'à quatre fois l'année précédente seule en avion rendre visite à sa mère.

L'expert s'interrogeait sur le fait que l'assurée ne pouvait pas lire par manque de concentration, mais qu'elle pouvait regarder plusieurs heures d'affilée la télévision ainsi que jouer jusqu'à 2 heures au sudoku. Dans ce sens, les plaintes de l'expertisée n'étaient pas vraiment plausibles ni cohérentes. L'expert retenait une incapacité de travail à 100% depuis mars 2017 pour un état dépressif secondaire au décès de son père jusqu'à fin 2017. Depuis lors, il subsistait une incapacité de travail de 25% à cause de la lenteur idéique. L'expert s'interrogeait sur d'éventuels effets secondaires des médicaments psychotropes par rapport à la lenteur idéique de l'expertisée. L'expert psychiatre retenait, comme diagnostic, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.01), caractérisé par une tristesse, des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement sans idées suicidaires et probable hypersomnie, à la suite de la mort de son père.

d. Selon le rapport d'expertise rhumatologique, l'assurée se souvenait avoir eu ses premières douleurs lorsqu'elle était encore employée de la banque sous la forme de douleurs cervicales irradiant dans les deux bras sans cause précise. Elle avait d'abord eu des problèmes de doigts à ressaut puis des épicondylites des deux côtés. Des infiltrations avaient amélioré la situation. Elle avait toujours présenté des douleurs lombaires d'apparition variable sans irradiation dans les membres inférieurs. Elle n'avait pris aucun médicament pour ses douleurs variables et diffuses mais utilisait plutôt l'Ibuprofen lorsqu'elle ressentait les premières céphalées et également de l'ostéopathie et des exercices d'étirement qu'elle avait appris au cours de ses différentes physiothérapies.

Les douleurs actuelles étaient des douleurs des deux épaules, cervicales, lombaires et des deux chevilles. Elle avait subi plusieurs entorses du côté droit. La marche était pourtant supérieure à une heure sur un terrain plat, un peu plus limitée lorsque le terrain montait et descendait et lorsqu'elle montait ou descendait des escaliers. Elle habitait au rez-de-chaussée, dans un duplex et était obligée de monter plusieurs fois par jour un étage. Auparavant, elle avait des chiens, jusqu'en 2017. Elle avait alors à ce moment-là beaucoup plus de raisons de sortir régulièrement. Les courses étaient essentiellement effectuées par son mari même s'il pouvait arriver qu'elle les fasse car le magasin se situait à 200 à 300 mètres de chez elle. Il lui arrivait de rester chez elle quelques jours sans sortir en restant allongée et elle sortait de façon aléatoire.

Elle adorait faire la cuisine et était aidée par son mari pour ouvrir les bouches et porter les charges les plus importantes. Elle lavait la vaisselle et mettait la vaisselle dans le lave-vaisselle. Elle pouvait également sortir la vaisselle pour la ranger. C'était essentiellement son mari qui faisait le ménage. Elle ne faisait que l'aspirateur. Le linge était également assuré par son mari car la buanderie se situait au sous-sol. Il descendait les vêtements et

les remontait après le lavage. L'expertisée fait sa toilette sans trop de difficulté dans une baignoire sans appareil pour s'asseoir. Elle se lavait les cheveux avec un pommeau de douche en hauteur. Elle n'avait pas de difficultés non plus pour s'habiller ou se déshabiller toujours en position assise. Elle avait précisé que lorsqu'elle était debout dans sa cuisine, elle s'appuyait souvent la tête contre le placard, ce qui lui permettait de rester debout sans difficulté.

Les nuits étaient variables. L'expertisée était parfois réveillée par la douleur, ce qui était plutôt rare, uniquement en changeant de positions. Elle pouvait également être réveillée par des ruminations et des sensations de soif. Il n'y avait pas dérouillage matinal au réveil.

L'expertisée voulait obtenir une rente pour aller mieux et reprendre une marche en avant.

Lors de son examen clinique, l'expert rhumatologue a constaté, qu'il n'y avait pas « non plus de signe de fibromyalgie retrouvé aux membres supérieurs », après avoir examiné le rachis de l'expertisée.

Il a retenu qu'il n'y avait pas de diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail de celle-ci. Les diagnostics sans impact sur la capacité de travail étaient :

- Névralgies d'Arnold droite ;
- Pustulose plantaire ;
- Hallux valgus avec syndrome du 2^{ème} rayon à droite ;
- Syndrome des jambes sans repos.

Il s'agissait d'une expertisée ayant présenté des douleurs diffuses depuis de nombreuses années alors qu'elle était employée de banque. L'examen montrait plutôt une bonne conservation des mobilisations rachidiennes. Il n'y avait aucun signe neurologique sensitif ou moteur aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs. L'expertisée avait cessé son activité comme employée de banque en février 2018 pour des raisons qui n'étaient pas rhumatologiques. La capacité de travail dans ce poste qui était sédentaire était donc de 100%. L'examen clinique ne correspondait pas à la vie quotidienne décrite par l'expertisée, qui avait besoin d'une aide pour tous les gestes de la vie. Les plaintes étaient importantes par rapport à la pauvreté de l'examen clinique objectif et évoquaient beaucoup plus des contractions musculaires multiples du type syndrome douloureux chronique.

33. Le 5 mars 2019, la Dresse H_____, suivant les conclusions de l'expertise, a retenu une incapacité de travail de 25% de l'assurée, en lien avec des syndromes dépressifs.
34. Selon un avis du service de réadaptation de l'OAI du 25 avril 2019, après un essai de reprise auprès de son employeuse avant licenciement, qui n'avait pas permis d'augmenter la capacité de travail, une expertise avait été demandée. Suite à cet examen, le SMR avait retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 75% dans toute activité. Dans cette situation, ce service avait procédé à une évaluation médico-théorique et retenu une perte de gain de 25%. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas de nature à réduire le dommage, l'assurée pouvant travailler dans son domaine d'activité.

35. Par projet de décision du 25 avril 2019, l'OAI a refusé une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à l'assurée. Il lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dès le 30 mars 2017 (début du délai d'attente d'un an). Dès le 1^{er} janvier 2018, elle avait retrouvé une capacité de travail de 75% dans toute activité professionnelle. Dans sa situation, son incapacité de travail se confondait avec son incapacité de gain, soit 25%. Ce taux présentait son degré d'invalidité, qui n'était toutefois pas suffisant pour l'ouverture du droit à la rente. Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, elles n'étaient pas de nature à réduire le dommage, puisque l'assurée présentait une capacité de travail dans son domaine d'activité.
36. Le 25 mai 2019, l'assurée a formé opposition au projet de décision. Elle n'était pas malade depuis mars 2017, mais depuis janvier 2016. Elle n'avait pas pu travailler à plus de 35% et certainement pas en janvier 2018, ce qui avait conduit à son licenciement en février de la même année. Depuis l'expertise, elle allait nettement plus mal, surtout après que l'expert psychiatre lui avait dit que si elle allait vraiment mal, elle n'aurait pas pu se rendre à l'expertise. Sur le conseil de la Dresse D_____, elle avait pris rendez-vous avec le docteur Hedi M_____, psychiatre, psychothérapeute FMH.
37. Le 13 juillet 2019, l'assurée a transmis à la chambre des assurances sociales le rapport du Dr M_____. Elle réitérait également son désarroi face au rapport d'expertise psychiatrique qui n'avait fait que l'enfoncer encore plus.
38. Dans son rapport du 11 juillet 2019, le Dr M_____ informait la Dresse D_____ avoir vu l'assurée les 19 et 22 juin 2019. Il ne retenait pas le diagnostic de syndrome Asperger. En effet, le quotient autistique était relativement bas. Le quotient empathique ne montrait pas de déficit de l'empathie. Les critères requis pour les quatre domaines évalués ci-dessous n'étaient retrouvés que pour les comportements, activités et intérêts répétitifs restreintes et stéréotypés, ce qui pourrait s'expliquer également par le trouble obsessionnel compulsif qui constituait un des diagnostics différentiels en cas de troubles du spectre autistique. Les aspects évalués dans le complément effectué par Madame N_____, dont il lui transmettait copie, n'allaient pas non plus dans le sens de ce diagnostic.

Restait à reconnaître que ce diagnostic chez l'adulte et notamment chez les femmes restait difficile à établir, au vu des stratégies de camouflage mises souvent en place par les femmes pour masquer leurs difficultés dans les relations sociales. D'autre part, le trouble dépressif était évident et expliquait à son sens la majorité des limitations fonctionnelles. L'assurée n'avait pas beaucoup d'amis. Elle allait écouter les autres plutôt que de s'exposer. Elle avait peur d'être trahie, de ne pas être à la hauteur des attentes des autres et l'impression d'être nulle. Elle avait le sentiment d'avoir subi une agression ou un viol plus jeune. Les relations intimes ne l'intéressaient plus. Son mari lui reprochait de ne pas dire les choses. Elle ne trouvait pas les situations de la vie en société faciles. Il ne lui était pas évident de savoir ce qu'il fallait faire dans les relations sociales, ni de se mettre à la place de quelqu'un d'autre. Elle ne parvenait pas toujours à lire entre les lignes, lorsque quelqu'un lui parlait, ni à décoder ce que les autres pensaient ou ressentaient, à partir de leur expression faciale. Elle était souvent la dernière à

comprendre le sens d'une blague. Elle avait des comportements-moteurs stéréotypés et répétitifs, à savoir des balancements qui lui étaient très agréables et qui l'apaisaient. Elle pouvait focaliser son attention sur des parties d'objet/système. Elle avait tendance à percevoir les problèmes en noir et blanc plutôt que de prendre en compte les différentes perspectives de manière flexible.

Elle avait tendance à ramener la conversation sur elle-même et sur son propre sujet de conversation, à ce qu'on lui avait dit. Elle avait une tendance fréquente à dire des choses, sans prendre en considération d'impact émotionnel sur l'auditeur (faux pas). Son trouble était la cause de difficultés sociales et professionnelles significatives sur le plan clinique. Elle constatait que cela s'empirait avec l'âge, car il y avait plus de non-dits. Il n'y avait pas de retard langagier significatif sur le plan clinique. Il n'y avait pas de retard significatif sur le plan clinique du développement cognitif ou dans le développement d'une autonomie correspondant à l'âge de la patiente dans le comportement adaptatif (autre que l'interaction sociale ou des facultés liées à la conscience sociale comme par exemple l'hygiène personnelle). Les critères pour un autre trouble envahissant du développement ou une schizophrénie n'étaient pas remplis.

39. Par avis médical du 23 juillet 2019, le SMR a estimé que le rapport médical du Dr M_____ du 11 juillet 2019 ne remettait pas en cause les conclusions de l'expertise du CEMEDEX ni celles du rapport final du SMR du 5 mars 2019.
40. Par décision du 25 juillet 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, constatant que ses objections et le rapport médical produit n'étaient pas de nature à modifier sa position.
41. Le 3 septembre 2019, l'assurée, représentée par un mandataire, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Le trouble dépressif était reconnu par chacun des médecins, la question portant plutôt sur le caractère léger ou sévère de ce trouble et son influence sur sa capacité de travail.

L'expert rhumatologue estimait, en page 28 de l'expertise, que les plaintes étaient importantes par rapport à l'examen clinique objectif et évoquaient des contractures musculaires multiples du type syndrome douloureux chronique (autrement appelé fibromyalgie). Lors de son séjour à la clinique de Montana, en 2016, une fibromyalgie avait d'ailleurs été diagnostiquée. Étant donné que ce type de maladie pouvait être très invalidante, on comprenait mal pourquoi l'expert rhumatologue avait retenu finalement une capacité de travail de 100% dans toute activité, précisément parce que le tableau clinique ne permettait pas d'expliquer les plaintes, alors que c'était justement l'une des caractéristiques de la fibromyalgie que ne pas être visible d'un point de vue clinique.

En page 11 du rapport d'expertise, le Dr K_____ avait estimé que l'assurée présentait un état dépressif qui pouvait être qualifié de léger, car elle avait encore du plaisir à faire certaines activités. Cette motivation se fondait sur des éléments subjectifs, à savoir la description par l'expertisée de ses activités journalières, et non pas objectifs. Le Dr K_____, malgré l'avis différent du psychiatre traitant, avait tranché l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fondait sur une opinion plutôt qu'une autre,

puisque la raison qu'il donnait était insatisfaisante. Le Dr K_____ s'écartait du degré de sévérité retenu par le psychiatre traitant également, car selon lui ni au moment de l'entretien ni du point de vue anamnestique, les critères cliniques selon la CIM-10 étaient retenus. Pourtant, d'un point de vue anamnestique, plusieurs médecins faisaient état d'un trouble dépressif chez l'assurée depuis le 4 janvier 2016.

Ainsi, un collaborateur de la Clinique du Travail, M. F_____, avait affirmé qu'elle avait été mise en arrêt de travail depuis le 4 janvier 2016 pour un épuisement professionnel survenu après au moins dix ans de stress dû à une charge de travail décrite comme toujours plus importante. Depuis, elle souffrait de troubles anxieux importants, l'obligeant à l'isolement social et disait se réfugier dans le sommeil puisqu'elle dormait 9 heures par nuit et faisait 3 à 4 heures de sieste dans la journée. Le collaborateur constatait aussi que l'assurée montrait d'importants troubles de la concentration et éprouvait de grandes difficultés à suivre le fil de la conversation.

De même, les psychiatres de la clinique de Montana avaient posé le diagnostic d'un état dépressif, épisode actuel moyen, dans leur rapport d'hospitalisation du 13 décembre 2016, et la psychiatre traitante, le Dresse D_____, avait retenu, dans ses rapports du 9 août 2016 et 27 février 2018, un burnout et une dépression grave, à l'origine d'une inhibition psychomotrice, d'un appauvrissement du fonctionnement global, de troubles cognitifs et d'un épuisement physique. Elle disait notamment dans le rapport du 9 août 2016 que l'assurée présentait des troubles de concentration et d'attention graves et retenait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle. Dans son rapport du 27 février 2018, elle retenait une incapacité de travail de 90% dans une activité adaptée. Enfin, le Dr M_____ retenait également un trouble dépressif évident et précisait que l'assurée se sentait nulle. Ainsi l'expert aurait dû reconnaître une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 10% dans une activité adaptée et non pas de 75% dans toute activité.

Le Dr K_____ n'avait pas établi son expertise en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale manquaient de clarté et son rapport d'expertise était contradictoire. Ainsi, il avait rapporté que le 13 décembre 2017, l'intimé avait décidé de prendre en charge une mesure d'entraînement à l'endurance du 4 décembre 2017 au 4 mars 2018 auprès de l'employeuse de l'assurée, mais que le 27 février 2018, la Dresse D_____ avait annoncé à l'OAI que sa patiente présentait une dépression grave (burnout) avec une capacité de travail de 0% depuis le 28 avril 2016 pour une durée indéterminée. Le Dr K_____ avait ajouté que la mesure d'entraînement à l'endurance n'avait pas été prolongée, car l'employeuse avait décidé de licencier l'assurée, déclarant qu'elle avait aménagé le poste mais que malgré cela, la situation durait depuis trop longtemps, qu'il n'y avait pas de rendement et que le travail n'était pas assez rapide. Par ailleurs, l'assurée faisait des erreurs et les rapports avec son équipe étaient compliqués.

Concernant son parcours professionnel, le Dr K_____ précisait aussi que l'assurée avait suivi des mesures d'entraînement à l'endurance du 2 juillet au 30 décembre 2018 d'assistante en médiation d'art et qu'elle n'avait pu dépasser un taux d'occupation de

30%. Malgré l'échec des mesures précitées, le Dr K_____ retenait que l'assurée était apte à travailler à 75%. Ce faisant, il manquait de cohérence et ne semblait pas prendre en compte l'anamnèse.

Le Dr K_____ mentionnait qu'il n'y avait pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, alors qu'il avait constaté un ralentissement idéique, qu'elle parlait lentement et qu'elle n'avait pas ouvert les yeux en début d'entretien. Cela prouvait pourtant qu'il y avait un ralentissement psychomoteur, mais également une fatigue ou une perte d'énergie.

En outre, le Dr K_____ retenait que son sommeil n'était pas perturbé, alors qu'il avait indiqué précédemment dans son expertise qu'elle souffrait d'une hypersomnie, soit un trouble du sommeil qui avait pour conséquence une fatigue journalière. L'expert se contredisait encore en soutenant que son humeur n'était pas dépressive tout en constatant qu'il y avait une tristesse chez elle.

Enfin, selon l'expert, la capacité de concentration n'était pas diminuée parce qu'elle regardait la télévision plusieurs heures d'affilée et s'exerçait aux sudokus. Pourtant, l'assurée expliquait qu'elle ne lisait pas, car elle n'arrivait plus à se concentrer et elle avait indiqué au Dr K_____ qu'à fin décembre, elle avait terminé une mesure d'endurance dans le cadre de l'assurance-invalidité en médiation d'art, car cela n'allait plus. Elle n'arrivait plus à se concentrer et ne supportait plus le stress. Ainsi, elle présentait une baisse de la concentration et l'expert se contredisait lorsqu'il retenait le contraire.

En outre, selon l'expert psychiatre, l'expertisée était bien entourée par son mari et ses amies avec lesquelles elle faisait des activités et elle avait donc des capacités adaptatives qu'elle avait mises en exergue tout au long de son existence, lesquelles étaient quelque peu atténuées par l'état dépressif actuel. Pourtant, selon le Dr M_____, qui n'était donc pas son médecin traitant habituel, ce qui conférait un poids plus important à ses dires, avait indiqué qu'elle n'avait pas beaucoup d'amis, qu'elle allait écouter les autres plutôt que s'exposer, qu'elle ne trouvait pas les situations de la vie en société faciles, et qu'elle n'avait en résumé pas de bonnes compétences relationnelles. Par conséquent, elle ne possédait pas de bonnes capacités adaptatives contrairement à ce que retenait l'expert psychiatre. Son invalidité était donc plus élevée que celle retenue par celui-ci.

Le Dr M_____ estimait que le trouble dépressif était évident et expliquait ses limitations fonctionnelles. Ce faisant, il contredisait le Dr K_____ qui estimait que le trouble dépressif était uniquement léger.

Enfin le Dr M_____ considérait que le trouble de l'assurée était la cause de difficultés sociales, professionnelles ou autres, significatives sur le plan clinique. Il y avait donc bien un élément objectivement vérifiable de nature notamment clinique ou diagnostique qui avait été ignoré dans le cadre de l'appréciation et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bienfondé ou établir le caractère incomplet de l'expertise. Enfin, on comprenait mal comment le Dr K_____ pouvait évaluer qu'elle était à nouveau apte à

travailler depuis le 1^{er} janvier 2018 sur la base d'un examen clinique datant de février 2019.

S'agissant du taux d'invalidité retenu, la recourante faisait valoir qu'elle n'exerçait plus d'activité lucrative depuis qu'elle était invalide. Son revenu d'invalidité devait donc se fonder sur le salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). On peinait à comprendre pourquoi l'intimé avait retenu un taux d'invalidité de 25% en estimant que l'incapacité de travail se confondait avec l'incapacité de gain. Il aurait dû se référer au tableau TA1 de l'ESS 2016, et au salaire mensuel brut dans une activité de niveau 2 (tâches pratiques tels que le travail administratif) dans le secteur des services financiers, soit un revenu mensuel de CHF 6'643.-. Comparé au revenu touché lorsqu'elle travaillait pour son employeuse, qui était de CHF 11'548.-, le taux d'invalidité obtenu était de 50%.

L'OAI avait estimé qu'elle était en incapacité de travail à 100% depuis le 30 mars 2017, alors qu'elle l'était depuis le 4 janvier 2016, comme l'attestait notamment le rapport d'évaluation des potentialités de retour au travail rédigé le 23 septembre 2016 par la Clinique du Travail et l'expertise. Comme elle avait fait sa demande de prestations le 25 janvier 2017, elle avait droit à une rente d'assurance-invalidité à partir du 25 juillet 2017 (art. 29 al. 1 LAI), date à laquelle elle était totalement invalide selon l'expertise.

Un abattement de 25% aurait dû être opéré sur le salaire statistique, dès lors qu'elle était déjà âgée de 55 ans, qu'elle ne pourrait plus que travailler à 75%, donc à temps partiel. Elle présentait en outre une diminution de son rendement de 25%, en raison de sa lenteur idéique. Tous ces critères étaient susceptibles de baisser sa rémunération.

En conséquence, la recourante concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

42. Le 29 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base d'un avis médical SMR du 30 octobre 2019. Après une relecture attentive du dossier, l'intimé avait sollicité le SMR afin de clarifier les différentes périodes d'incapacité de travail de l'assurée. Suite aux constatations du SMR dans son avis du 30 octobre 2019, l'OAI retenait une incapacité de travail du 4 janvier 2016 au 16 janvier 2019 et une capacité de travail de 75% depuis cette date, dans toute activité. En effet, même si le SMR s'écartait de l'expertise pour déterminer le début de l'incapacité, le tableau clinique objectif dressé lors de celle-ci, en janvier 2019, permettait de fonder objectivement les conclusions des experts quant à la capacité de travail actuelle. L'intimé ne pouvait suivre la recourante en ce qui concernait la valeur probante de l'expertise quant aux divergences de la gravité des atteintes retenues par les médecins traitants et le calcul du taux d'invalidité. Dans le cadre de l'audition, l'assurée avait produit un rapport du Dr M_____ dont le mandat avait été de déterminer si la recourante souffrait d'un syndrome d'Asperger, ce qu'il n'avait finalement pas retenu. Ce médecin n'avait procédé à aucune évaluation légitime des autres troubles de l'assurée, de sorte qu'on ne pouvait tirer de son rapport aucun motif de modifier les conclusions des experts.

Le fait que ces derniers se soient éloignés des constatations non objectivées des médecins traitants de la recourante ainsi que des déclarations de celle-ci ne constituait pas une

contradiction de l'expertise. Les déclarations des collaborateurs de la clinique du travail ne leur étaient d'aucune aide, ceux-ci n'étant pas qualifiés pour statuer sur une incapacité de travail. Les déclarations de M. F_____, médiateur FSM, spécialisé en médiation, conseiller coaching individuel, ne pouvaient pas influencer la capacité de travail évaluée par un médecin. En conséquence, l'expertise du CEMEDEX devait se voir reconnaître valeur probante.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité, dans la mesure où la recourante présentait depuis janvier 2019 une capacité résiduelle de travail de 75% dans toute activité, y compris dans son activité habituelle de collaboratrice juridique, son degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail. Le degré d'invalidité de la recourante s'élevait donc à 25%, taux qui ne suffisait pas pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Selon la jurisprudence, il n'y avait pas lieu à un abattement en raison de l'activité à temps partiel. S'agissant de l'âge de la recourante, il était encore éloigné, au moment déterminant, du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé. Dès lors, un abattement en raison de ce critère devait également être écarté.

En conséquence, la décision devait être modifiée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2017 au 30 avril 2019 conformément à l'art. 29 LAI et 88 aRAI. Pour le surplus, l'intimé concluait au rejet du recours.

43. Par réplique du 21 novembre 2019, la recourante a indiqué qu'elle rejoignait l'avis de l'intimé concernant le fait qu'elle devait se voir reconnaître une incapacité de travail total du 4 janvier 2016 au 16 janvier 2019 et bénéficier d'une rente d'invalidité à 100% du 1^{er} juillet 2017 au 30 avril 2019. Néanmoins, elle considérait que même après le 16 janvier 2019, elle devait toujours être considérée comme invalide à 100%. Elle présentait un état dépressif qui ne pouvait pas être qualifié de léger eu égard à ses activités journalières. Elle envoyait ce jour une demande de rapport médical au Dr D_____ à ce sujet et sur les ressources dont elle disposait pour faire face à sa dépression.

Dès lors qu'elle avait perdu son emploi auprès de l'employeuse, il était difficile à croire que son revenu d'invalidité serait aussi élevé que celui qu'elle avait obtenu pour son dernier emploi et que son incapacité de travail se confondait avec sa perte de gain. Il se justifiait de se fonder sur le salaire statistique pour établir son revenu d'invalidité. Elle soulignait encore certaines contradictions relevées dans l'expertise. En page 7, il ressortait qu'elle avait décrit des angoisses, une sensation d'étouffement et l'impression qu'il y avait un genou appuyé sur sa poitrine ainsi que des tachycardies dans des situations où elle devait sortir quand il y avait du monde. Or, il était mentionné plus loin qu'elle ne souffrait pas de phobies. Pourtant le fait d'avoir des tachycardies dans des situations où il y avait du monde pouvait évoquer une agoraphobie.

En outre, l'expert citait un rapport médical de la Dresse D_____ du 9 août 2016, dans lequel cette dernière reliait sa dépression grave à une surcharge de travail et à la maladie grave de ses deux parents. Sa mère était toujours atteinte d'un Parkinson atypique. Dans ces circonstances, la logique voulait qu'elle était toujours atteinte d'une dépression grave,

ce qui contredisait les conclusions de l'expert psychiatre qui retenait seulement une dépression légère.

Enfin, dans un rapport médical du 27 février 2018, la Dresse D_____ indiquait qu'elle présentait une dépression grave (burnout), précisant qu'elle parlait difficilement de sa souffrance et présentait une forte inhibition. Ceci pouvait expliquer pourquoi les experts avaient considéré que la description de ses activités habituelles n'était pas celle d'une personne atteinte d'une dépression grave. Elle s'était refusée à dépeindre un tableau trop sombre de ses journées. La recourante persistait en conséquence dans ses conclusions.

44. Par écriture du 4 juin 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
45. Par courrier du 10 juillet 2020, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert annoncé, ni de questions complémentaires, conformément à l'avis SMR du 9 juillet 2020 annexé.
46. Le 23 juillet 2020, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert et que les questions libellées dans le document du 4 juin 2020 se suffisaient à elles-mêmes.

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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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).

5. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
6. 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 suivants :

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

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

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

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

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

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

g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent

pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

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

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

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

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
9. 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).

10. 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.

a. 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).

b. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

-
11. 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).
 12. 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).

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 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).

13. a. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur le rapport d'expertise du CEMEDEX, dont la valeur probante est contestée par la recourante.
- b. Si l'expert rhumatologue n'a pas discuté le diagnostic de fibromyalgie, qui avait été posé par les médecins de la clinique de Montana, il faut relever que ces derniers n'ont retenu ce diagnostic qu'au titre de comorbidité et que leur diagnostic principal était un état dépressif, épisode actuel moyen. L'expert rhumatologue a porté son attention sur la question de la fibromyalgie, puisqu'il en a examiné les signes sur la recourante et qu'il a notamment constaté qu'il n'y avait pas « non plus de signe de fibromyalgie retrouvé aux membres supérieurs », après avoir examiné le rachis de l'expertisée. Il a en outre relevé que cette dernière avait cessé son activité d'employée de banque pour des raisons qui n'étaient pas rhumatologiques, mais psychiatriques.

L'expertisée a indiqué à l'expert qu'elle se souvenait avoir eu ses premières douleurs lorsqu'elle était encore employée de la banque, sous la forme de douleurs cervicales irradiant dans les deux bras sans cause précise. Elle avait d'abord eu des problèmes de doigts à ressaut puis des épicondylites des deux côtés. Des infiltrations avaient amélioré la situation. Elle avait toujours présenté des douleurs lombaires d'apparition variable sans irradiation dans les membres inférieurs. Elle n'avait pris aucun médicament pour ses douleurs variables et diffuses, mais prenait plutôt de l'Ibuprofen lorsqu'elle ressentait les premières céphalées. Elle avait également recours à l'ostéopathie et des exercices d'étirement qu'elle avait appris au cours de ses différentes physiothérapies. Les douleurs actuelles se situaient à ses épaules, cervicales, lombaires et chevilles.

Il ressort des plaintes de la recourante que l'intensité de ses douleurs sont et ont toujours été limitées, de sorte que même si un diagnostic de fibromyalgie était, par hypothèse, retenu, il ne pourrait être considéré comme incapacitant, étant relevé que la recourante n'apparaît pas sérieusement limitée par des douleurs, puisqu'elle se promène tous les jours et cuisine, notamment. Elle n'invoque d'ailleurs pas des douleurs incapacitantes, mais des problèmes de concentration.

La Dresse D_____ retenait également, dans son rapport du 27 février 2018, comme diagnostic principal incapacitant, un état dépressif et, comme limitation fonctionnelle, un problème de concentration. Le Dr M_____ a aussi mentionné dans son rapport du 11 juillet 2019 un trouble dépressif à l'origine de la majorité des limitations fonctionnelles de la recourante. Il en résulte que l'aspect psychiatrique apparaît prépondérant dans le cas de la recourante et qu'il ne se justifie pas d'instruire plus avant son cas sur le plan rhumatologique.

c. À teneur du dossier, la recourante semble être limitée dans sa capacité de travail en raison de troubles psychiques. Le psychiatre de la clinique de Montana a posé le diagnostic d'état dépressif, épisode actuel moyen, à teneur du rapport d'hospitalisation du 13 décembre 2016.

La Dresse D_____ a retenu, dans ses rapports des 9 août 2016 et 27 février 2018, un burnout et une dépression grave, à l'origine d'une inhibition psychomotrice, d'un appauvrissement du fonctionnement global, de troubles cognitifs et d'un épuisement physique. Elle indiquait notamment dans son rapport du 9 août 2016 que l'assurée présentait des troubles de concentration et d'attention graves et retenait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle. Dans son rapport du 27 février 2018, elle retenait une incapacité de travail de 90% dans une activité adaptée.

Le Dr M_____ a également retenu un trouble dépressif.

La Clinique du Travail a constaté, dans son rapport du 23 septembre 2016, que l'assurée montrait d'importants troubles de la concentration et éprouvait de grandes difficultés à suivre le fil de la conversation.

Au vu des rapports précités, il faut convenir avec la recourante, que le Dr K_____ ne semble pas avoir établi son expertise en pleine connaissance de l'anamnèse, dès lors qu'il a retenu comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.01)

« à la suite de la mort du père de la recourante », sans mentionner ses difficultés professionnelles, qui ressortaient pourtant clairement du dossier.

d. Il en résulte que le rapport d'expertise psychiatrique sur lequel s'est fondé l'intimé pour prendre la décision querellée ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et il se justifie en conséquence de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante qui sera confiée au docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.
2. Commet à ces fins le docteur O_____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
 - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 8. 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).
 9. 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) ?

10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
12. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
14. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
15. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
16. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
17. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
18. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
19. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
20. Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
21. 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 ?
22. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
23. 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.
24. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
25. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (en remontant jusqu'au 15 mars 1996.), indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.
26. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
b) 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 ?
27. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
28. a) Êtes-vous d'accord avec le diagnostic et la capacité de travail retenus par le Dr K_____ (rapport du 26 février 2019) ? pour quels motifs ?
b) Êtes-vous d'accord le diagnostic et la capacité de travail retenus par la Dresse D_____ (rapports des 8 août 2016 et 27 février 2018) ? pour quels motifs ?
29. Formuler un pronostic global.
30. Faire toute remarque utile et proposition utile.
5. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

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