RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3208/2019 **ATAS/751/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 13 juillet 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au Grand-Lancy	Recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, case postale 2096, Genève	Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____1964 et divorcée, est de profession secrétaire-réceptionniste.

2. En dernier lieu, elle a travaillé pour B_____ du 1er juillet 2007 au 30 octobre 2010. Elle a été licenciée de cet emploi pour des raisons financières. Puis, elle a été réengagée par B_____ à 40% entre novembre 2010 et mars 2011 et à 50% entre avril 2011 et avril 2012. Parallèlement, elle a effectué une formation de gérante en intendance du 30 août 2012 au 7 avril 2014.

3. Depuis le 1er décembre 2012, elle est prise en charge par l'Hospice général.

4. Par demande du 16 mars 2017, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

5. Le 15 mai 2017, le docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute, a informé l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) que l'assurée se plaignait d'épisodes dépressifs ayant débuté en 2003 dans un contexte de séparation conjugale et du décès de sa mère. Sa relation actuelle avec une femme avait aussi provoqué des décompensations thymiques, sa partenaire n'étant pas suffisamment engagée pour vivre en concubinage et la mère de celle-ci n'acceptant pas l'homosexualité de sa fille. En 2004, son médecin généraliste l'avait traitée avec du millepertuis et en 2013, elle avait bénéficié d'un suivi psychiatrique par le docteur D_____ avec un résultat thérapeutique "partiel". La pathologie thymique était fluctuante. Elle se manifestait par des épisodes de tristesse, d'asthénie, d'anhédonie, de désespoir, d'isolement et de tachypsychie, ainsi que d'une certaine euphorie et d'une tendance à l'hyperactivité. Comme son père était connu pour une pathologie bipolaire, le psychiatre a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire et prescrit le médicament Abilify en plus d'un traitement antidépresseur. Ces traitements, accompagnés d'un suivi psychothérapeutique, avaient permis une régression ostensible de la symptomatologie thymique. Son état était actuellement stable. Des mesures de réadaptation professionnelle pourraient l'aider à retrouver un emploi et ainsi consolider l'évolution clinique. Elle souhaiterait travailler en tant que gardienne animalière ou une autre activité de ce genre. Ses limitations fonctionnelles étaient en rapport avec sa pathologie de l'humeur. Elle aurait besoin d'un accompagnement pour réinvestir une activité salariée et reprendre de l'autonomie.

6. Le 14 août 2017, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.

7. Le 8 août 2017, le Dr C_____ a répondu à un questionnaire complémentaire de l'OAI et a confirmé le diagnostic de trouble affectif bipolaire avec une évolution clinique favorable. Les premiers épisodes de décompensation thymique dataient d'il y a une douzaine d'années et avaient pu s'accompagner de périodes d'incapacité de

travail. Une activité professionnelle à mi-temps serait bénéfique pour l'assurée. Elle était par ailleurs suivie par ce psychiatre depuis le 23 février 2015. Le traitement actuel consistait en Duloxetine 90mg/j et d''Aripiprazole 5mg/j. L'observance thérapeutique était globalement bonne. Sa capacité de travail était de 50% dès ce jour, mais pourrait être améliorée par un accompagnement vers une activité professionnelle. Pour le surplus, le Dr C_____ a repris son précédent rapport.

8. Dans son avis médical du 3 avril 2018, la doctoresse M. E_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR), a déclaré ne pas être convaincue par le diagnostic de trouble bipolaire en l'absence de description d'épisode maniaque franc et de soins en milieu psychiatrique hospitalier, ainsi que d'une évolution favorable sans prescription de stabilisateur de l'humeur. Il était difficile de comprendre ce qui empêchait l'assurée de reprendre à 100% son activité habituelle ou d'exercer une activité moins exigeante au niveau intellectuel.

9. Dans son rapport du 18 mai 2018, le Dr C_____ a repris le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. L'assurée avait été hospitalisée du 5 avril 2018 au 26 avril 2018 à la Clinique de Montana, suite à l'émergence d'une décompensation mixte avec dégradation de son état général à cause d'une alimentation et d'une hydratation mauvaises. Le psychiatre avait également organisé des soins à domicile. Grace à la reprise du traitement psychotrope et des suivis hospitaliers et ambulatoires, la décompensation tendait à l'amélioration. L'assurée avait présenté des épisodes de tristesse, d'asthénie, d'anhédonie, de désespoir, d'isolement, d'inappétence, de troubles du sommeil et des épisodes de tachypsychie, d'euphorie et de désinhibition. Elle s'était ainsi montrée harcelante au téléphone et avait escaladé le mur d'une maison pour tenter de déclarer sa flamme à une femme mariée. Au moment de la décompensation, la patiente était négligée, triste, en pleurs et seulement partiellement orientée dans les trois dimensions. L'attention, la concentration et la fonction mnésique étaient diminuées. Son discours était récurrent autour de ses difficultés de couple et son ambivalence pour accepter sa pathologie bipolaire. Il n'y avait pas d'idéation suicidaire ni éléments sémiologiques de la lignée psychotique. En raison de la persistance de facteurs de stress, le pronostic n'était pas favorable, de sorte que de nouvelles décompensations psychiatriques étaient prévisibles. Le traitement actuel consistait en suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré. En plus des médicaments déjà mentionnés, elle prenait également du Temesta Expidet 2 x 1mg/j. Dans le contexte actuel, les arrêts maladie étaient récurrents chez l'assurée. La symptomatologie thymique avait des répercussions sur la qualité et la quantité du travail fourni, ainsi que l'assiduité au travail. Le psychiatre a ainsi attesté une incapacité de travail à 100% du 23 février 2015 pour une durée indéterminée.

10. Dans sa lettre de sortie du 28 janvier 2019, relative à l'hospitalisation de l'assurée du 5 au 26 avril 2018, la Clinique genevoise de Montana a mentionné le diagnostic

de trouble affectif bipolaire avec un épisode actuel dépressif d'intensité moyenne. L'hospitalisation était motivée par un soutien psychologique et l'éloignement des facteurs de stress. À l'entrée, l'assurée présentait une thymie triste, des affects congruents à l'humeur, une anhédonie, une aboulie, une perte d'estime de soi, un sentiment de culpabilité, un appétit diminué, un sommeil perturbé et une fatigue. Il n'y avait pas d'idéation suicidaire active ou passive. Le discours était cohérent et informatif sans idée délirante ou barrage ni hallucination rapportée. L'assurée présentait une péjoration thymique dans un contexte de difficultés relationnelles et d'arrêt de traitement psychotrope. Pendant le séjour, l'évolution sur le plan psychique était bonne avec une amélioration de la thymie et une bonne implication dans le projet thérapeutique.

11. Dans son rapport du 28 mars 2019, l'expert mandaté par l'OAI, le docteur F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a posé les diagnostics de trouble bipolaire de type II, actuellement euthymique, et de personnalité à traits dépendants. Ces diagnostics n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. La coopération de l'expertisée aux traitements était bonne. Le traitement médicamenteux pourrait éventuellement être amélioré. Il n'y avait actuellement aucune limitation dans les champs social, affectif et de loisir. Concernant la cohérence, l'expert a mentionné que l'assurée n'avait revendiqué aucun trouble psychique incapacitant et qu'elle s'estimait stable. Il n'y avait pas de divergence majeure dans le dossier à part l'appréciation de la capacité de travail. L'assurée avait toujours pu s'adapter aux règles de routine de sa profession et pouvait actuellement planifier ses tâches et les structurer. Il n'y avait pas de problème d'endurance et d'affirmation de soi véritablement. Le contact avec les tiers et dans un groupe, ainsi que les relations familiales n'avaient jamais posé un problème, sauf le conflit avec son père. S'il y avait eu une incapacité de travail, elle avait été de brève durée. La capacité de travail était ainsi de 100% sans diminution de rendement dès le 15 mai 2017 dans sa profession de secrétaire, avec une brève période d'incapacité de travail entre décembre 2018 et éventuellement février 2019. La stabilité de l'état de santé de l'assurée était acquise et durable. Il ressort par ailleurs de l'expertise, que l'assurée avait interrompu sa formation de gestionnaire d'intendance, se sentant dépassée. Elle avait beaucoup de peine à se projeter professionnellement, se sentait un peu fatigable et manquait parfois de capacité d'attention et de concentration. À cela s'ajoutait la peur de rechutes et d'une aggravation de son état. Elle souhaitait que l'assurance-invalidité lui procure une stabilité et un cadre, pour avoir le temps de prendre conscience de la maladie et de s'engager dans le processus thérapeutique. Son père avait souffert d'un grave trouble bipolaire nécessitant de multiples hospitalisations, ce qui avait entraîné de graves dysfonctionnements au sein de la famille. La mort de sa mère d'un cancer en 2004 avait été un évènement très douloureux. L'assurée avait un bon réseau social et de nombreux intérêts. S'agissant de l'évolution de sa maladie, elle se rappelait de phases d'accélération de l'humeur

avec un surcroît de l'énergie et une sociabilité augmentée qui n'avaient cependant pas alertée son entourage. Lorsqu'elle avait été avec son époux à Zurich, elle se rappelait d'une phase dépressive qui n'avait pas fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique. Lors de la séparation de son époux en 2003, suivie du décès de sa mère, elle avait débuté un traitement psychologique hebdomadaire qu'elle avait interrompu en 2013, étant devenu amie avec sa psychologue. Le contact avec le Dr D_____ n'avait pas été bon, raison pour laquelle elle avait changé de psychiatre en 2015. Elle voyait le Dr C_____ tous les quinze jours à trois semaines et était suivi parallèlement en psychothérapie déléguée par une psychologue. Elle avait été peu compliante avec l'Aripiprazole, ce qui expliquait sa décompensation en début 2019, suivie d'une nouvelle décompensation plutôt hypomaniaque à sa sortie de Montana. Par la suite, elle avait été suivie par les soins à domicile pour garantir la bonne prise en charge médicamenteuse, dès lors que l'assurée avait beaucoup de peine à accepter sa maladie. Depuis lors, la situation s'était stabilisée. Concernant ses occupations, elle sortait parfois, avait des contacts avec son amie ou d'autres amis. Le soir, elle regardait la télévision. Selon le test BECK 21, elle présentait une dépression modérée que l'expert a toutefois qualifiée de légère dans ses commentaires. Dans le test SCL-90R, le facteur dépression était normal. L'anxiété était dans les normes selon les tests, sauf pour les phobies et traits paranoïaques. De l'avis de l'expert, ces dernières valeurs étaient difficilement interprétables chez une assurée méfiante à l'idée de reprendre une activité professionnelle.

12. Dans son avis médical du 2 avril 2019, le docteur G_____ du SMR a conclu, sur la base de l'expertise, que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé incapacitante. L'examen de l'expert montrait une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique et les diagnostics retenus. L'absence de sévérité de l'atteinte à la santé était clairement étayée et discutée.

13. Le 8 avril 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles, sur la base de l'expertise et de l'avis du SMR.

14. Par courrier du 6 mai 2019, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision au motif qu'elle était en incapacité totale de travailler depuis 2011. Elle avait bénéficié d'un stage aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après: EPI) qui s'était soldé par un échec en raison de son affection psychique. Actuellement, elle était suivie par un psychiatre, une psychologue, un infirmier à domicile, une assistante sociale et le service d'ergothérapie ambulatoire. Il y avait lieu d'entendre les personnes qui l'avaient suivie. Ses difficultés étaient bien réelles avec des périodes "hautes" l'empêchant de dormir et provoquant des problèmes cognitifs importants, une nervosité et une agitation. Suivaient ensuite des périodes "basses" pendant lesquelles elle ne pouvait plus sortir et se nourrir, souffrait d'idées noires et de problèmes cognitifs. Elle a dès lors demandé l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

15. Dans son rapport du 25 juin 2019, le Dr C_____ a informé l'OAI que l'assurée présentait une nouvelle décompensation dépressive, caractérisée par un état de tristesse, d'anxiété, d'asthénie, d'anhédonie, de désespoir, d'isolement, de sentiment de solitude, d'inappétence et d'insomnie. Le score Hamilton pour la dépression était de 23. De ce fait le suivi pluridisciplinaire avait été renforcé par le passage trois fois par semaine d'un infirmier de l'IMAD pour évaluer la patiente et la prendre en charge, une séance de psychothérapie par semaine au cabinet ou au domicile, si elle n'arrivait pas à se déplacer et un suivi toutes les deux semaines par ce médecin. L'assurée était aussi accompagnée de près par sa sœur et d'autres proches. Le psychiatre traitant a contesté les conclusions de l'expertise, dès lors que l'assurée présentait une pathologie psychiatrique avec des décompensations psychiatriques récurrentes sous forme d'épisodes dépressifs. Sa capacité de travail était ainsi fluctuante, ce qui l'empêchait de s'intégrer dans une activité salariale, en dépit de sa motivation. Cela étant, sa capacité de travail était nulle. Dans les phases de décompensations, elle s'isolait, se négligeait sur plan alimentaire et ne s'occupait plus de son appartement (entassement de vaisselle dans la cuisine, désordre dans l'appartement), si bien qu'elle évitait même de recevoir la visite de sa partenaire. En plus des symptômes précités, elle présentait aussi souvent une perte pondérale et une libido diminuée. Il y avait également des épisodes de tachypsychie, de distractibilité, d'euphorie et d'heures de sommeil diminuées avec une tendance à l'hyperactivité. Elle manquait souvent les rendez-vous avec la psychothérapeute qui devait alors se déplacer à domicile. Elle contestait par ailleurs avoir déclaré à l'expert ne pas souffrir d'un trouble psychiatrique et s'estimer stable. Il était cependant vrai qu'elle s'était toujours montrée réticente d'accepter sa pathologie bipolaire dont son père avait souffert. Elle avait repoussé les démarches pour trouver de l'aide et essayé de faire infirmer ce diagnostic. La mise en place de l'Abilify lui avait permis de regagner une certaine stabilité qui s'était toutefois avérée éphémère. C'était dans cette période qu'elle avait exprimé sa motivation pour reprendre une activité professionnelle. En raison de son inactivité professionnelle de longue durée et de sa vulnérabilité psychique, le psychiatre avait prévu un retour progressif à 50% dans le monde du travail. Toutefois, après quelques mois, un nouvel épisode dépressif s'était déclaré, rendant le projet de reprise de travail irréalisable.

16. Dans son avis médical du 4 juillet 2019, le Dr G_____ du SMR a considéré que la fréquence des consultations n'avait pas été modifiée par rapport à celle lors de l'évaluation par l'expert et il n'y avait pas de status psychiatrique objectivant une aggravation sévère et durable de l'état de santé ni d'indication pour une modification notable du traitement médicamenteux.

17. Par décision du 4 juillet 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, en niant une aggravation de l'état de santé sur la base de l'avis du SMR précité.

18. Par acte du 4 septembre 2019, l'assurée a formé recours contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement et à titre préalable, elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et à l'audition de témoins. Elle a exposé avoir subi une longue incapacité de travail après son divorce et qu'elle avait alors consulté la thérapeute Madame H_____. Puis, après avoir été licenciée par B_____ et avoir travaillé encore pendant environ six mois pour cette association à 50%, son état de santé s'était de nouveau dégradé à cause du stress et de l'insécurité financière. Depuis lors, elle n'avait pas réussi à reprendre un travail, souffrant par intermittence d'épisodes dépressifs et hypomaniaques avec des troubles cognitifs, un déficit d'attention et de concentration, ainsi que des états d'instabilité émotionnelle et de grands problèmes de gestion des tâches administratives, nécessitant l'aide d'une assistante sociale. Elle avait essayé d'entreprendre néanmoins une formation professionnelle entre 2012 et 2014, mais n'avait pu la terminer en raison du stress lors des examens. Cela avait provoqué une nouvelle phase dépressive. En mars 2017, elle avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, son état s'étant depuis peu stabilisé. Toutefois, quelques mois après le dépôt de la demande, elle avait présenté une décompensation et une totale incapacité de travail. En raison des fluctuation fréquentes de son état de santé, il lui était impossible de reprendre le travail. Depuis 2018, elle avait bénéficié d'un suivi infirmier à domicile de l'IMAD, deux à trois fois par semaine selon son état, et de livraison de repas. De nombreuses personnes pouvaient par ailleurs témoigner de ses phases hypomaniaques avec diminution des heures de sommeil alarmante, un besoin d'être toujours en mouvement, agitation constante, fréquentation de bars pendant la nuit, sociabilité très accrue, langage accéléré, pensée sautant du coq à l'âne, hypersexualité, désinhibition, comportements inappropriés en société, oublis, incapacité de se concentrer et fixer son attention. Cependant, elle ne se rendait pas compte de ses symptômes. Dans les phases dépressives, elle était souvent dans l'impossibilité de se doucher, sans appétit et incapable d'appeler quelqu'un à l'aide. Dans les deux phases, elle n'arrivait pas à gérer ses affaires administratives. Les effets secondaires de sa lourde médication entravaient la capacité de concentration. Sa sœur, domiciliée à 400 km de Genève, et sa nièce avaient dû l'assister plusieurs fois dans des moments particulièrement délicats. Quant à l'expertise, elle comportait de nombreuses erreurs et inexactitudes. Elle a relevé à cet égard que, du fait de ses difficultés cognitives, il lui avait été difficile de relater les faits chronologiquement et précisément. Il était faux, comme l'a mentionné l'expert, qu'elle n'avait eu qu'une rechute, celles-ci étant récurrentes. Même en dehors des périodes dépressives ou hypomaniaques, elle avait des difficultés de concentration importantes et une attention réduite qui l'empêchaient de travailler. C'est à tort aussi que l'expert avait indiqué que les phases hypomaniaques n'avaient pas alerté son entourage. Elle n'avait pas non plus déclaré que son état de santé était stable. De telles périodes duraient seulement

quelques semaines ou moins et étaient entrecoupées par de courtes périodes d'hypomanies et de dépression.

19. La recourante a annexé à son recours le rapport du 27 août 2019 de Madame H_____, thérapeute psychosynthèse, qui a attesté l'avoir suivie en 2007 lors de son divorce. Elle présentait alors une hypersomnie, une incapacité de gérer son temps et les tâches les plus élémentaires, ainsi que de nombreuses crises d'angoisse. Elle était parallèlement suivie par son médecin traitant pour la dépression. En raison de son incapacité de supporter le stress et son état émotionnel instable, elle n'avait pas réussi à réaliser ses projets d'insertion professionnelle. Le décès de sa mère et le fait de devoir gérer son père après la mort de celle-ci, avait contribué à de nouvelles difficultés psychologiques. La formation commencée pour devenir aide à domicile avait échoué à cause d'une décompensation due au stress. Dans ces conditions, il lui était difficile d'assumer un travail régulier.

20. Dans sa réponse du 4 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise à laquelle il a attribué une pleine valeur probante. L'analyse de sa vie quotidienne montrait par ailleurs qu'elle disposait de ressources tant personnelles qu'au niveau de son entourage. Il y avait ainsi un manque de cohérence entre l'incapacité de travail totale déclarée et les éléments figurant dans le dossier. La recourante ne faisait pas non plus état d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expert.

21. Selon la lettre de sortie de la Clinique de Montana du 12 novembre 2019, la recourante y a été hospitalisée du 15 au 29 octobre 2019. Le diagnostic principal était un trouble affectif bipolaire, épisode de dépression d'intensité moyenne. Au niveau psychiatrique, les médecins ont noté à l'entrée une thymie abaissée, un épuisement physique et psychique, un isolement, des angoisses, une anhédonie, une aboulie et un sommeil perturbé avec rythme nycthéméral inversé, sans idées noires ni suicidaires. En raison de taux plasmatiques infra-thérapeutique de son traitement psychotrope, les doses d'Abilify et du Cymbalta avaient été augmenté à 10 mg respectivement 120 mg par jour. Le séjour avait permis à la recourante de reprendre un rythme et une hygiène de vie, de retrouver un sommeil réparateur, de se ressourcer et se mobiliser davantage.

22. Dans sa réplique du 29 novembre 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Depuis plusieurs semaines, elle avait un suivi infirmier à domicile journalier, afin de pouvoir fonctionner à peu près normalement. Actuellement, elle traversait une phase d'hypomanie. L'impartialité des experts de l'assurance-invalidité devait être sérieusement mise en doute, comme cela était relaté dans les média. Preuve en était que l'expert avait mentionné des propos qu'elle n'avait jamais tenus.

23. Dans son avis médical du 20 décembre 2019, la doctoresse I_____ du SMR a relevé que la recourante avait déjà été hospitalisée en avril 2018 et bénéficié d'un

traitement psychotrope semblable à celui décrit lors de l'expertise. Quant à la récente décompensation, elle ne permettait pas de conclure à une aggravation durable, l'hospitalisation ayant eu un effet bénéfique.

24. Dans sa duplique du 20 décembre 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions en se fondant sur l'avis du SMR précité.

25. Selon l'avis de sortie de la Clinique de Montana du 19 mai 2020, la recourante y a été hospitalisée du 20 avril au 11 mai 2020. Les médecins de cet établissement ont repris leur diagnostic précédent, tout en y ajoutant à titre de comorbidité notamment un trouble de la personnalité dépendante.

26. Entendu en date du 8 juin 2020, le Dr C_____ a déclaré ce qui suit:

"J'ai rencontré pour la première fois ma patiente le 23 février 2015. Elle vivait à l'époque un épisode dépressif assez sombre. Je dois préciser que lorsqu'on parle d'affection psychiatrique, il s'agit généralement de pathologies chroniques. On doit certainement remonter à l'adolescence, sinon l'enfance, pour trouver les premiers épisodes de décompensation. Sa jeunesse n'a pas été facile en famille, notamment en raison de la pathologie psychiatrique de son père, qui est atteint d'une forme grave de cette bipolarité, avec des phases qui peuvent être violentes. S'agissant de ma patiente, probablement que si elle n'avait pas été imprégnée de cet environnement, elle n'aurait peut-être pas développé, ou peut-être pas aussi intensément, cette pathologie. Pour répondre à votre question, s'agissant de savoir si c'est une maladie héréditaire, un expert disait qu'il y a 10% de gènes, 10% d'influence de l'environnement, et 80% d'un mélange des deux. Dans son cas, je pense que l'on est environ à 15% pour les deux premières catégories, et le reste procédant d'un mélange des deux premiers. Les facteurs déclenchants ne sont pas nécessairement dus à l'environnement familial, mais à des évènements traumatisants, ici son divorce et le décès de sa mère."

"Je confirme en effet le diagnostic que j'ai posé dans le document évoqué (du 15 mai 2017) et d'un certain succès du traitement et de la thérapie mise en place, de même que le fait que pour moi, le fonctionnement psychique de la patiente était globalement stable et adapté, ce qu'il faut comprendre comme une évaluation allant dans le sens d'une capacité à retrouver un emploi professionnel. Malheureusement, il s'est avéré a posteriori que l'on devait plutôt penser à une phase qui n'a pas été aussi durable que l'on en avait l'impression à l'époque.

Lorsque dans mon courrier du 8 août 2017 à l'AI, j'évoque une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, je ne dis pas qu'il n'y avait pas à ce moment-là une détérioration par rapport à la situation en mai 2017, mais il s'agissait d'une démarche stratégique : j'entends par là que par rapport à ce genre de pathologie, il vaut mieux y aller progressivement lorsqu'on envisage un retour à une activité professionnelle. Lorsque j'évoque l'incapacité totale de travail durable dès le début

de ma prise en charge en 2015, avec une description assez noire des restrictions mentales, si j'ai mentionné à la question sur le rendement que l'évolution clinique était favorable et que la patiente récupèrerait sa capacité de travail totale au cours des prochaines semaines, il s'agissait là encore d'une démarche stratégique, en quelque sorte pour inciter l'AI à favoriser les démarches de réinsertion professionnelle.

Vous me posez la question de savoir pourquoi je n'aurais pas répondu au courrier de l'expert F_____, qui m'avait interrogé par lettre du 17 janvier 2019. En réalité, ce courrier a dû m'échapper, et pourtant je suis d'un naturel discipliné. J'en ai pris conscience au moment où j'ai lu le rapport d'expertise et c'est à ce moment-là que j'ai d'ailleurs retrouvé dans mes papiers une sorte d'ébauche de réponse que j'allais lui adresser, de sorte que dans mon esprit, je lui avais répondu. J'observe au passage qu'il ne m'a jamais envoyé de rappel, ni téléphoné.

Dans le cadre de ma contestation du projet de décision négative de l'OAI, je confirme avoir indiqué que ma patiente était à nouveau dans une phase de décompensation dépressive. Vous me demandez si l'on peut attribuer cette nouvelle phase à un effet réactionnel du refus de l'OAI. Je dirais en référence à la littérature que certaines personnes sont plus facilement sujettes à des décompensations au printemps que dans les autres périodes de l'année. Dans le cas de ma patiente, on peut observer ce phénomène parce qu'il y a eu plus d'hospitalisations dans ces périodes. Ceci dit, il est incontestable que la réception de la décision ou la perspective d'une décision négative a eu un effet sur cette décompensation.

S'agissant des contestations que j'ai évoquées par rapport au rapport d'expertise, je ne dis pas nécessairement que l'expert n'ait pas relaté ses propres constatations, mais c'est le propre de la pathologie de ma patiente qui fait que l'humeur étant fluctuante, l'appréciation d'un spécialiste à un moment donné peut être différente de celle d'un autre à un autre moment. J'ai eu l'occasion d'adresser ma patiente à un centre spécialisé en matière de bipolarité. A l'issue de l'examen, le spécialiste ne retrouvait pas ce diagnostic et penchait plus vers une affection comme l'hyperactivité. Dans le cas particulier, je n'ai pas discuté avec l'expert personnellement, mais lors d'une réunion informelle, j'ai eu l'occasion de discuter avec le psychiatre de l'AI, qui a avalisé les conclusions de l'expert F_____. Je confirme à cet égard qu'il n'avait pas nécessairement tort, et nous évoquions d'ailleurs le fait que certains bipolaires ont des capacités dépassant la norme, et dont les compétences sont remarquables, par exemple des Présidents, des professeurs de médecine et dans d'autres domaines, mais ce n'est pas le cas de ma patiente. Il s'agit dans son cas plus d'épisodes de dépression qui s'enchaînent et alternent avec des épisodes d'hypomanie. Notre prise en charge est importante, car il faut sans cesse la stimuler. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai retenu le dépendante diagnostic de personnalité. Nous sommes deux au cabinet, et il y a encore les infirmiers de l'IMAD qui doivent de leur côté la stimuler régulièrement pour sa médication et

même pour qu'elle mange. Elle est également stimulée par son environnement familial, et par sa sœur en particulier.

Pour répondre à votre question et s'agissant des phases d'hospitalisation à Montana (en 2019), ainsi qu'en avril / mai 2020 (lettre de sortie produite dans la perspective de cette audience), je ne dirais pas que ces hospitalisations traduisent une aggravation de l'état de santé de ma patiente après la décision entreprise, mais procèdent de cet état fluctuant. Peut-être d'ailleurs que l'hospitalisation de cette année, de nouveau au printemps, a également été accentuée par la période de confinement. C'est précisément en raison de cet état fluctuant que nous avons mis en place cette structure avec l'IMAD, pour tenter d'assurer une compliance maximale. En effet, et c'est fréquemment le cas chez ces personnes, lorsqu'elles se sentent bien, elles recherchent cette phase hypomane, et arrêtent leur traitement, pour provoquer cette phase hypomaniaque, pour se sentir encore mieux. Malheureusement, ces phases sont toujours suivies d'une nouvelle dépression."

27. La recourante a été entendue le même jour et a fait notamment la déclaration suivante:

" Cela fait depuis 2011, soit le moment où j'ai quitté B_____, que je ne travaille plus. J'ai entamé à l'époque une formation mise à disposition par les autorités cantonales, qui était pratiquement gratuite. Il s'agissait d'une formation de gestionnaire en intendance. Il s'agissait d'une activité dans le cadre de laquelle l'intéressée apportait ses compétences pour la bonne gestion des bâtiments, des infrastructures d'une façon générale, comme par exemple dans des EMS. Je n'ai toutefois pas pu terminer cette formation, que j'avais la possibilité de suivre sur 2 ans au lieu de 3 grâce à certains acquis ; la raison en était ma maladie : en effet, diagnostiquée bipolaire, j'alternais entre les phases hautes et les phases basses : dans les phases hautes, j'étais très efficiente, et tout fonctionnait plutôt bien, mais lorsque je me retrouvais en phase basse, je me retrouvais dans un état d'épuisement tel que je n'arrivais plus rien à faire. J'ajoute que plus les phases hautes étaient intenses, plus les phases basses l'étaient à l'inverse. J'ai suivi cette formation à peu près à 75%, soit environ pendant 1 an et demi. Compte tenu des acquis, il me restait à faire un certain nombre d'examens, auxquels je n'ai pas pu me présenter.

S'agissant de l'apparition de ma maladie, pour répondre à votre question, il convient mieux de parler de la manifestation de mon affection, car à l'époque, je n'en avais pas pleine conscience, mais c'est a posteriori que j'ai réalisé que déjà à l'époque où j'étais encore mariée et domiciliée à Zurich, j'avais déjà des troubles de l'humeur. Mais comme à l'époque je ne travaillais pas, il était moins évident pour moi d'en prendre conscience. Je savais mon père atteint de cette maladie, mais je me refusais à accepter l'idée que je puisse l'être également. J'étais dans une sorte de déni.

S'agissant de l'expertise du Dr F_____, et de la manière dont les choses se sont déroulées lorsqu'il m'a examinée, je dois tout d'abord vous indiquer que c'était la

première fois de ma vie que je subissais une expertise. De tempérament, j'ai une confiance absolue dans la médecine, de sorte que dans mon esprit, l'expert est un professionnel qui, connaissant son métier, allait pouvoir trouver l'explication de ma maladie. Je dois dire avoir même éprouvé un certain soulagement durant tout l'entretien, qui s'est très bien passé. J'ai toutefois par la suite pris connaissance de cette expertise, au terme de laquelle l'expert a conclu que j'étais apte à travailler. Ces conclusions étaient donc plutôt positives, mais j'ai eu le sentiment après coup de m'être "tiré une balle dans le pied". Je pense qu'à l'époque, j'étais plutôt naïve, car je n'avais pas réalisé que l'expertise concernait en réalité deux parties, soit moi-même d'un côté, et l'OAI de l'autre ; et que l'expert était en fait un expert de l'AI, qui avait, d'après ce que j'ai pu interpréter, intérêt à me déclarer apte. Si l'on prend l'image d'un dossier instruit à charge et à décharge, j'avais plutôt le sentiment que l'expert avait instruit à charge."

28. Le 25 mai 2021, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire. Elle leur a également communiqué le nom de l'experte pressentie et la liste des questions à celle-ci.

29. Dans son avis médical du 10 juin 2021, la Dresse I_____ du SMR a requis d'effectuer un dosage sanguin des psychotropes dans le cadre de l'expertise.

30. Par écriture du 15 juin 2021, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et a fait sien l'avis du SMR précité.

31. Dans ses écritures du 16 juin 2021, la recourante a accepté le choix de l'experte et a requis des questions complémentaires à celle-ci.

32. Par courrier du 22 juin 2021, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de changer d'expert et de confier le mandat au docteur J_____, psychiatre-psychothérapeute FMH.

33. Dans le délai imparti, les parties n'ont pas récusé l'expert proposé.

EN DROIT

1. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

2. 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).

3. 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).

4. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr F_____ en date du 5 décembre 2018. Celui-ci a émis les diagnostics de trouble bipolaire type II, actuellement euthymique, et de personnalité à traits dépendants. Ces diagnostics sont sans répercussion sur la capacité de travail, selon l'expert, si bien qu'il évalue celle-ci à 100% depuis mai 2017 au plus tard, dès lors que le Dr C_____ a déclaré dans son rapport du 15 mai 2017 que l'évolution était favorable et l'état de santé stabilisé. Quant à la rechute postérieure, en raison de l'arrêt du traitement, l'incapacité de travail y consécutive n'avait été que de brève durée et n'avait donc pas eu une incidence durable.

   Il est vrai que, sur la base du premier rapport du psychiatre traitant, il était difficile d'admettre une incapacité de travail durable. Toutefois, celui-ci a changé par la suite d'avis et conclu à une incapacité de travail totale, en raison d'un état de santé fluctuant.

   Cette fluctuation ressort au demeurant du dossier. Ainsi, le rapport du 15 mai 2017 du Dr C_____ fait précisément suite à une décompensation, raison pour laquelle il a introduit un stabilisateur de l'humeur qui a permis une nette amélioration de son état de santé. Puis, la recourante est hospitalisée du 5 au 26 avril 2018 à la Clinique de Montana. Dans son rapport du 18 mai 2018, le pronostic du Dr C_____ est défavorable en raisons de nouvelles décompensations et d'arrêts maladie prévisibles. En juin 2019, ce médecin fait état d'une nouvelle décompensation et, après la décision négative de l'intimé, la recourante est hospitalisée encore à deux reprises, soit du 15 au 29 octobre 2019 et du 20 avril au 11 mai 2020.

   Or, l'expert fait abstraction des fluctuations de la capacité de travail. Il ne tient pas non compte du suivi très lourd dont la recourante a besoin dans les épisodes dépressifs avec des soins à domicile journaliers, par périodes, ce qui atteste d'un état dépressif grave. Enfin, l'expert n'a pas non plus pris en compte le déni de la maladie par la recourante qui, de ce fait, arrête le traitement médicamenteux, d'une part, et fait beaucoup d'efforts pour se présenter sous un jour favorable, d'autre part.

   Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans estime que les conclusions de l'expert ne sont pas convaincantes.

   Cela étant, une expertise judiciaire s'avère nécessaire.

5. Le mandat d'expertise sera confié au Dr J_____.

La chambre de céans intègrera par ailleurs les questions complémentaires formulées par les parties dans le questionnaire soumis à l'expert.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de la recourante.

II. Commet à ces fins le docteur J_____.

III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, ainsi que de son entourage.

C. Examiner l'expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée, notamment en ce qui concerne ses difficultés à se souvenir du passé, en particulier des décompensations, et ainsi de répondre aux questions concernant les évènements passés.

3. Status clinique et constatations objectives avec notamment un dosage sanguin des psychotropes prescrits à l'expertisée

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

5. Quel est le degré de gravité des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

6. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ?

7. Y a-t-il une exagération des symptômes ou une constellation semblable ?

8. Limitations fonctionnelles

8.1. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisée ?

8.2. A-t-elle notamment mis en place des stratégies dans sa vie quotidienne pour structurer sa journée et assurer une alimentation régulière ?

8.3. Des procédures d'urgence ont-elles été mises en place avec la psychologue de l'expertisée lors des crises hypomaniaques ou dépressives ?

8.4. L'expertisée doit-elle chercher toutes les semaines un pilulier à la pharmacie afin d'assurer la prise régulière des médicaments aux dosages prescrits ?

8.5. Bénéficie-t-elle d'un suivi quotidien à son domicile par un infirmier ?

9. Cohérence

9.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu des diagnostics retenus ?

9.2 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

10. Personnalité

Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

11. Ressources

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

12. Capacité de travail

12.1. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée dans son activité lucrative habituelle ou une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

12.2. Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite et quelle a été l'évolution de sa capacité de travail depuis l'apparition des troubles diagnostiqués ?

12.3. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? Estimez-vous que de nouvelles décompensations

psychiatriques entraînant des incapacités de travail sont prévisibles et qu'elles doivent être considérées comme récurrentes ?

13. Traitement

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

13.2. Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces ?

13.3. En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

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

14. Appréciation d'avis médicaux du dossier

Êtes-vous d'accord avec les conclusions de l'expertise du Dr F_____ ? Dans la négative, pourquoi vous en écartez-vous ?

IV. Invite l'expert à déposer, **dans un délai de trois mois**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

V. Réserve le fond.

MALANGA Adriana CRAMER Maya

Greffière Présidente suppléante

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