RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3781/2019 **ATAS/144/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 25 février 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER	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 _____ 1960, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 1er juillet 2005 pour un épisode dépressif.

2. Par décision du 10 octobre 2008, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 23 août 2005 au 30 avril 2007, un trois quarts de rente jusqu'au 30 juin 2007, puis une demi-rente jusqu'au 30 novembre 2007.

3. Le 13 mars 2018, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était à nouveau dégradé et qu'elle ne pouvait plus envisager de travailler. Elle demandait le réexamen de sa situation.

   Elle produisait à l'appui de son courrier une attestation médicale établie le 5 mars 2018 par la doctoresse B_____, médecine générale FMH, attestant que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis le début du mois de juin 2017, en raison d'un burnout professionnel avec des antécédents d'état dépressif, une fragilité émotionnelle et des fluctuations de l'humeur. L'évolution était lentement favorable, mais avec de fréquentes fluctuations de l'humeur. Le suivi était régulier tant sur le plan psychique que physique.

4. Selon un rapport établi par la Dresse B_____, reçu le 23 mars 2018 par l'OAI, celle-ci posait le diagnostic d'état dépressif et épuisement et de personnalité émotionnellement labile, borderline. La capacité de travail de l'assurée était nulle. Elle avait travaillé comme éducatrice spécialisée jusqu'en juin 2017. Le pronostic était mauvais. La patiente était épuisée et avait atteint ses limites.

5. Le 26 août 2018, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), avec un tentamen médicamenteux le 27 octobre 2017. Sa capacité de travail était de 0% depuis juin 2017. Ses limitations fonctionnelles étaient une intolérance au stress et un risque suicidaire. Elle était également incapable de travailler dans une activité adaptée.

   La Dresse C_____ a transmis à l'OAI en annexe de son rapport :

   - un courrier du 13 août 2018 qu'elle avait adressé à la doctoresse D_____, médecin du travail FMH, du service de santé du personnel de l'État (ci-après le SPE), dans lequel elle indiquait suivre l'assurée depuis le 16 janvier, conjointement avec Madame E_____, psychologue déléguée, à raison de deux à trois fois par mois. Elle ajoutait que « (l'assurée) a arrêté de travailler en juin 2017 dans un contexte de burnout professionnel, éprouvée par une situation conflictuelle tant conjugale que familiale qui l'a complètement déstabilisée. Elle était déjà au bénéfice d'une rente d'invalidité partielle depuis 2005 pour un trouble bipolaire. Avec une certaine prise de distance, le repos et la psychothérapie, (l'assurée) a retrouvé une certaine accalmie qui reste très

fragile, avec des fluctuations de l'humeur et une grande labilité émotionnelle : elle se dit "volcanique" c'est-à-dire qu'un stress trop important pourrait réactiver son impulsivité. À ses dires, quand elle ne va pas bien, elle peut vite être "impatiente, irritable, n'arrivant pas à prendre sur elle, elle ne peut plus parler, la relation à l'autre est coupée, elle se renferme complètement et l'autre n'existe plus". On peut évoquer chez cette dame un fonctionnement on-off et redouter une nouvelle éruption volcanique si sa coupe déborde. On retrouve dans l'anamnèse familiale plusieurs proches atteints de trouble bipolaire qui se sont suicidés, la plupart par mort violente, autant du côté maternel que paternel, une tante, deux oncles et trois cousines germaines, entre 1979 et mai 2016 et encore en novembre 2017, soit dans les jours qui ont suivi son propre tentamen médicamenteux le 27 octobre dernier ; tentamen intervenu tel un raptus qu'elle a de la peine à expliquer, un geste qu'elle regrette aujourd'hui. Retourner dans l'activité habituelle d'éducatrice spécialisée paraît exclu, car elle n'arrive plus à s'adapter aux changements d'organisation qui ont été mis en place. Ce serait prendre un risque majeur que de la confronter au stress que demanderait une réinsertion dans un autre emploi, (l'assurée) ayant perdu toute motivation de reprendre une activité lucrative, ne s'en sentant pas les forces, toutes dédiées actuellement à retrouver un équilibre dans son cadre familial. Je préconise donc, comme son médecin traitant, la Dr B_____, qui la connaît depuis longtemps et qui a suivi son parcours, et comme nous en avions discuté en mars dernier, une rente d'invalidité à 100% jusqu'à l'âge de sa retraite » ;

- un rapport d'intervention psychiatrique d'urgence à l'unité d'accueil et d'urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 23 octobre 2017, suite à un tentamen médicamenteux de l'assurée. Il en ressort qu'elle avait peiné à exprimer si son intention était de mourir. Elle ne parvenait pas non plus à déterminer la raison pour laquelle elle était passée à l'acte ce jour-là. Elle relatait avoir fait un bilan de sa relation et pensait aimer davantage son époux qu'il ne l'aimait, ce qu'elle avait de la difficulté à accepter. Elle ne désirait pas être hospitalisée, ni commencer un traitement antidépresseur. Elle acceptait néanmoins de rester au « SU » afin que le médecin puisse s'entretenir avec son mari qui avait eu une liaison adultère. Le médecin concluait à une absence de critère de dangerosité pour soi ou autrui à court terme ;

- un résumé d'intervention ambulatoire-CAPPI du 25 janvier 2018 adressé à la Dresse C_____, dont il ressort que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), et d'un trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9). Elle avait consulté le service de psychiatrie adulte des HUG sur l'avis de son psychiatre, le docteur F_____. « Au début de la prise en charge, nous avons proposé à (l'assurée) un suivi multidisciplinaire avec des entretiens médicaux et infirmiers pluri-hebdomadaires, ainsi qu'une thérapie groupale. La patiente est peu preneuse de la thérapie groupale. Au premier

rendez-vous, la patiente annonce qu'elle accepte de venir parce qu'on lui a demandé de le faire et qu'elle ne veut pas des groupes. Elle accepte toutefois de revenir aux entretiens médicaux et infirmiers et d'essayer pour voir si le suivi proposé peut lui apporter quelque chose. Elle demande à pouvoir intégrer le programme Mindfullness des HUG. Elle ne veut pas de traitement psychotrope, dit que cela ne l'a pas aidée par le passé. Elle ne pense pas non plus qu'un suivi psychothérapeutique puisse l'aider, elle cherche des alternatives, type Mindfullness. Elle n'est pas sûre de vouloir poursuivre le suivi avec le Dr F_____ et Mme G_____ au décours du suivi au CAPPI. Elle accepte d'en rediscuter au cours de la prise en charge. Durant les entretiens, elle se montre d'abord réticente, mais ensuite elle s'exprime de plus en plus aisément et en confiance. La patiente nous fait part de ses labilités émotionnelles, de sa vulnérabilité au stress et à la frustration, à son implication émotionnelle importante dans le rapport aux autres. Nous avons proposé à (l'assurée) un entretien de famille, mais elle a refusé. L'évolution clinique a été favorable. La patiente a pu bénéficier du suivi proposé, elle a accepté de participer au groupe de parole « affirmation de soi », mais dont elle ne retire pas de bénéfice direct. Elle a appris à mieux gérer son anxiété. Nous notons une amélioration de la thymie avec amélioration de l'élan vital et de la motivation. Les idées suicidaires se font moins intrusives et disparaissent presque complètement. La patiente a, en fin de suivi, le désir d'effectuer une psychothérapie pour poursuivre le travail débuté au CAPPI et pour mieux se comprendre. Elle a pu débuter le groupe Mindfullness aux HUG ;

Sur le plan pharmacologique, la patiente a refusé un traitement antidépresseur proposé. En fin de suivi, elle est en cours de sevrage du traitement par lorazépam et zolpidem, qu'elle essaie de remplacer par de la valériane et de la phytothérapie. Nous vous laissons le soin de suivre l'évolution sur ce plan. Étant donné le contexte d'évènements traumatiques dans son histoire de vie et qui semblent être toujours actifs, une thérapie par EMDR pourrait être indiquée, pour autant que la patiente soit suffisamment stable. Nous vous laissons le soin de la mettre en place avec la patiente ;

Sur le plan social, soutenue par notre assistante sociale, la patiente effectue les démarches administratives de manière autonome. Toutefois, sa situation professionnelle n'est pas stable et la patiente n'envisage pas de reprendre son travail. Nous vous laissons le soin de soutenir la patiente sur ce plan, conjointement avec la Dre B_____ ;

Sur le plan du suivi thérapeutique, la patiente est preneuse de soins, elle décide de ne pas poursuivre avec le Dr F_____, mais le rencontre une dernière fois pour clore le suivi. Elle a pu initier un suivi avec la Dre C_____, en parallèle de la mise en place du programme Mindfullness des HUG. Dans ce contexte, la patiente nous dit être suffisamment rassurée par ce suivi en place pour pouvoir arrêter le suivi au CAPP. Elle a entendu que nous restons à disposition en cas

de péjoration clinique. Au vu de la bonne évolution sur les différents plans, le suivi intensif au CAPPI se termine le 25.01.2018 ».

6. L'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assurée au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie.

7. À teneur de son rapport du 13 mai 2019, l'expert a collaboré avec Madame I_____, psychologue FSP. Il a résumé les pièces médicales au dossier et en a fait une synthèse. Il a exposé les déclarations spontanées de l'expertisée ainsi que ses plaintes sur demande. Il a procédé à une anamnèse au niveau familial et personnel et décrit ses constatations faites lors de l'entretien avec l'assurée. Il a présenté les résultats de l'examen neurocognitif et exposé les critères diagnostics selon la CIM-10. L'ensemble des critères diagnostics présents lui a permis de retenir un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement non décompensé, relevant que ce trouble n'avait pas empêché l'assurée de se former, ni de travailler à 100% dans le passé en ayant un emploi stable durant plus de trois décades, ni à gérer son quotidien sans limitation. L'assurée ne présentait pas de trouble de l'adaptation, mais des troubles dépressifs récurrents moyens, puis légers depuis 2017.

   L'expert ne posait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il mentionnait, outre les diagnostics déjà cités, une dépendance primaire au cannabis avec utilisation épisodique depuis le début de l'âge adulte.

   L'expert a analysé ensuite les indices de gravité des épisodes dépressifs moyens et légers selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. S'agissant du degré de gravité fonctionnelle, il retenait depuis 2017 des limitations fonctionnelles psychiatriques peu significatives, dans le sens d'une tristesse subjective fluctuante sans répercussion sur le quotidien, une intolérance au stress, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles significatives. L'expert constatait une évolution globalement stationnaire depuis 2017 avec un traitement psychiatrique sans traitement antidépresseur ni sevrage au cannabis. La motivation pour une réadaptation professionnelle était nulle, à un âge proche de la retraite, selon l'anamnèse.

   Les comorbidités psychiatriques étaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante avec une dépendance primaire à plusieurs substances. Il s'agissait de troubles qui n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques selon les activités possibles durant une journée type.

   Selon l'anamnèse, l'assurée présentait de longue date des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait de retenir un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante. Ce trouble, présent depuis le début de l'âge adulte, n'avait pas

empêché l'assurée de se former, ni de travailler sans limitation durant plus de trois décades auprès du même employeur, ni à gérer son quotidien sans difficulté.

Au moment de l'expertise, l'assurée gardait de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrivait à garder de bonnes relations avec certains membres de sa famille et avec des amis qu'elle fréquentait. L'expert ne retenait pas d'isolement social total, mais un isolement tout au plus partiel depuis 2017.

L'expert avait objectivé une cohérence faible entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif. Le décalage existant entre la fatigue subjective et le constat objectif s'inscrivait dans un contexte de trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, avec des bénéfices primaires et des bénéfices secondaires, en lien avec le fait qu'elle souhaitait obtenir une rente à un âge proche de la retraite. Toutefois, l'expert ne retenait pas d'exagération des plaintes, chez une assurée authentique.

Au moment de l'expertise, elle gardait de bonnes capacités et ressources personnelles, car elle arrivait à gérer son quotidien d'un point de vue psychiatrique, à conduire la voiture, à avoir des contacts sociaux, à faire des courses et le ménage, à gérer ses affaires administratives, etc.

L'assurée présentait une motivation nulle pour une reprise professionnelle à un âge proche de la retraite, une motivation nulle pour les antidépresseurs, bonne pour un suivi psychothérapeutique et mauvaise pour un sevrage au cannabis, qui augmentait son déconditionnement.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et ensuite léger n'étaient pas remplis depuis 2017.

8. Le 23 mai 2019, l'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de l'assurée. Selon les pièces médicales, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. En effet, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi. Sa capacité de travail était entière dans toute activité entrant en ligne de compte.

9. Le 29 mai 2019, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI.

10. Le 11 septembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, le courrier du 29 mai 2019 n'apportant pas d'objection fondée contre son projet de décision.

11. Le 30 septembre 2019, la Dresse D_____ a informé l'OAI que l'assurée avait été suivie au service de santé du personnel de l'État dès 2005 : « Son engagement dans l'équipe pluridisciplinaire était trop fluctuant (parfois en retrait et parfois surinvestie), avec nécessité pour les collègues de pallier aux difficultés avec impact délétère sur l'équipe, le climat et la charge de travail. La collaboratrice avait déjà à cette époque des antécédents psychiques conséquents (plusieurs tentamens depuis l'adolescence, hospitalisation à La Métairie et troubles dépressifs récurrents, contexte d'antécédents de bipolarité dans la famille, enfant abusée dans l'enfance).

Un diagnostic de trouble bipolaire de type II avec un caractère saisonnier concernant les épisodes dépressifs a été posé en 2005 (Dr J_____). Une comorbidité de trouble de personnalité de type borderline était également présente.

Après une longue absence, la collaboratrice a repris une activité partielle progressivement jusqu'à 50% au CRER (Centre de rééducation et d'enseignement de la Roseraie), dans la cadre d'un programme de réinsertion, avec une invalidité de fonction CPEG (caisse de prévoyance de l'État de Genève) de 50% et un suivi dans notre service.

Peu à peu, elle a réussi à adapter et configurer son activité à 50% résiduelle à ses difficultés : elle a pu travailler plusieurs années en binôme avec une psychomotricienne à l'écart de l'équipe, sur un projet, dans une ferme. Cette configuration lui a permis de tenir, ce d'autant qu'elle lui permettait des horaires ajustés à ses besoins (ses troubles du sommeil ont été constants) et que ce binôme semblait étayant. Cette période a été à la fois peu sollicitante et soutenante.

Une rechute a eu lieu en 2016, en lien avec des événements conjugaux et familiaux, mais également une nécessité de présence plus visible, régulière et non fluctuante, dans son équipe de travail, avec des contraintes administratives et des nécessités d'ajustement nouvelles insurmontables pour elle. Elle n'était plus en mesure d'honorer l'investissement attendu et a rapidement été surexposée. L'impossibilité de configurer son travail à ses besoins et une présence avec adaptabilité nécessaire au sein de son équipe n'ont pas été possibles dans sa situation de santé. La gravité de son état clinique avec coupure relationnelle totale, fluctuance majeure de son état émotionnel (tentamen en octobre 2017), puis toujours fin 2018, l'instabilité de son état thymique et émotionnel n'ont pas permis d'envisager une reprise d'activité : l'épuisement de la collaboratrice face à des fluctuations de l'humeur trop envahissantes n'ont pas permis de retenir l'existence d'une capacité résiduelle permettant de faire face à des exigences professionnelles. Au total, la connaissance de ce parcours professionnel est nécessaire pour identifier la constance et l'aggravation du trouble de santé psychique de la collaboratrice.

À ce jour : Son état émotionnel demeure fluctuant avec tendance rapide à la coupure relationnelle indépassable et détresse avec effondrement total. Les jours où elle va mieux, (l'assurée) va dans la nature ou arracher de l'herbe quelques heures à la ferme de son conjoint. Son instabilité et impatience ne lui permettent pas de comprendre sa situation et de la prendre en main. Elle semble avoir des troubles pour mémoriser et n'arrive pas à transmettre des informations compréhensibles avec continuité.

Sa perception et sa mémoire apparaissent éparpillées et décousues. Elle se présente à ma consultation sans les documents essentiels pouvant me permettre une compréhension de sa situation. Ses troubles du sommeil, souvent importants, aggravent ce tableau, ainsi que l'effondrement émotionnel de la patiente. Elle présente de grosses difficultés pour se lever et se mettre en route le matin. Se dit

parfois irritable, voire odieuse. Ne fait aucun acte administratif, aucun paiement. Dépassée par le ménage à faire, le linge s'empile. Elle perd tout. Elle se surpasse pour vider la caisse du chat une fois par semaine. On repère à la fois une aboulie et procrastination. La collaboratrice ne m'apparait pas du tout en capacité de travailler. Sa seule capacité serait : une activité possible certains jours, en fonction de son état, sur des tâches ponctuelles non administratives, sans stress et sans nécessité d'interaction relationnelle, sans démarrage avant la fin de matinée. La collaboratrice n'a donc pas de capacité résiduelle pour un reclassement sur une activité autre qu'occupationnelle. Je ne peux l'orienter vers un reclassement professionnel au sein de l'État de Genève ».

12. Le 10 octobre 2019, l'assurée a formé recours contre la décision de l'OAI concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

13. Dans un complément de recours du 25 novembre 2019, l'assurée a fait valoir que l'expertise du Dr H_____ était problématique pour plusieurs raisons. Elle avait été victime d'un burnout en 2017 et n'avait jamais pu retourner sur son ancien lieu de travail. Il y avait eu un contexte de souffrance extrêmement grave au travail qui n'avait pas été abordé par l'expert alors que ces éléments figuraient dans son dossier. La recourante était éducatrice spécialisée, soit une activité professionnelle tout à fait particulière, dont il n'avait pas été tenu compte dans le cadre de l'expertise. Elle devait ainsi faire face à des situations très lourdes et stressantes avec beaucoup de souffrances auxquelles elle n'avait plus réussi à faire face. Les exigences de ce poste n'avaient pas été détaillées. De toute évidence, pour une personne présentant un trouble dépressif récurrent et une personnalité émotionnellement labile, être confrontée au quotidien à une activité professionnelle de ce type était un élément important. Dès lors, la capacité de travail réelle dans l'activité antérieure n'avait pas du tout été examinée à satisfaction. L'expert n'avait tenu aucun compte du fait qu'elle n'avait repris une activité professionnelle qu'à 50%, n'ayant pas du tout été en mesure, après sa première grave période dépressive de 2002, de reprendre une activité à temps plein ou à 75% comme par le passé.

    Durant l'expertise, l'expert avait indiqué à la recourante : « vous ne faites pas votre âge, allez au chômage ! ». S'agissant du traitement médicamenteux, il avait uniquement retenu qu'elle avait refusé les antidépresseurs. Il avait indiqué pour le surplus qu'elle aurait bénéficié par le passé d'un traitement de Cipralex. L'assurée avait en réalité pris des antidépresseurs et des anxiolytiques durant plus de dix ans, sans constater aucune amélioration de son état de santé, de sorte qu'elle avait arrêté toute prise de ce type de médicament. Elle avait essayé avec ses thérapeutes plusieurs types de molécules et plusieurs sortes d'antidépresseurs sans aucune amélioration de son état de santé par le passé. Cela ressortait clairement du dossier et l'expert ne lui avait posé aucune question à ce propos, ni à ses médecins. Ce n'était donc pas qu'elle refusait les antidépresseurs, mais qu'elle savait fort bien que ces médicaments, aux effets secondaires lourds, ne lui apportaient aucune amélioration de son état de santé. Dans ses plaintes spontanées, elle avait

clairement évoqué une intolérance complète au stress, le sentiment d'être un ressort cassé, des angoisses épouvantables, qu'elle se trouvait souvent comme figée, qu'elle avait le sentiment que sa tête explosait sans plus pouvoir parler ou manger, sans parvenir à se rassurer et qu'elle se sentait souvent dédoublée. Ces éléments ne ressortaient pas de l'expertise. Ils pouvaient être attestés par son entourage, notamment par son mari. Le Dr H_____ n'avait pris aucun contact avec son entourage pour s'enquérir de ses capacités réelles à la maison et des manifestations éventuelles de ses troubles. Elle pouvait, par moment, s'occuper de ses tâches ménagères. À d'autres moments, elle ne pouvait strictement rien faire. Faire une soupe lui prenait ainsi une après-midi entière. Elle était donc en mesure d'assumer de façon sommaire les tâches ménagères, en y consacrant un temps considérable en dehors de toute proportion normale. Son mari était maraîcher. Il travaillait sans cesse et ne pouvait absolument pas l'aider.

L'expert n'avait pas interrogé l'assurée sur la constance de ses activités, ce qui était d'autant plus problématique qu'elle avait connu des phases hypomanes par le passé. Elle n'avait plus de contacts sociaux et ne parvenait plus à être en groupe. Elle était devenue hypersensible au bruit et à l'agitation. Elle se trouvait en situation de rupture avec beaucoup de personnes et n'arrivait plus à faire confiance. Elle se sentait souvent agressive et incomprise. Elle avait également été victime d'abus sexuels de la part de son père. L'expert n'avait fait aucun cas de cette information, indiquant que ces abus n'avaient pas eu de répercussions particulières sur elle. Il ressortait pourtant très clairement des éléments du dossier médical qu'elle avait fait deux tentamens. Au chapitre des événements marquants, l'expert n'avait pas tenu compte des personnes de son entourage ayant mis fin à leurs jours et des répercussions que cela avait eu sur elle. Elle avait indiqué à l'expert, lors de l'anamnèse, qu'elle se sentait victime d'une malédiction familiale à laquelle elle ne pouvait pas échapper. L'expert avait retenu qu'il n'existait pas d'épisodes hypomanes documentés. On ignorait s'il avait posé des questions afin d'établir l'existence de tels épisodes. Plusieurs médecins avaient diagnostiqué ce trouble dont le centre spécialisé en la matière des HUG. L'expert avait retenu qu'il n'existait aucun trouble de la concentration pendant l'entretien qui avait duré deux heures. Cela ne signifiait pas encore qu'elle avait une capacité d'effectuer 9 heures de travail dans le domaine de l'éducation spécialisée. On comprenait enfin mal comment l'expert pouvait se prononcer sur la capacité de travail entre 2017 et 2019, dès lors qu'il ne l'avait examinée qu'en 2019. Il n'avait pas indiqué en quoi les rapports médicaux de ses médecins traitants, qui eux étaient en mesure de se prononcer sur cette période, seraient inexacts. L'expertise était pleine de redites et contenait sur plus de 50% de son contenu des résumés du dossier. Des pans très importants de sa vie n'avaient pas du tout été abordés, comme les sévices sexuels dont elle avait été l'objet, le suicide d'un très grand nombre de ses proches, la malédiction familiale dont elle se sentait victime, le burnout dont elle avait été victime en 2017 et le type d'activité professionnelle qu'elle savait exercer.

L'expertise n'était donc pas convaincante. L'assurée sollicitait son audition ainsi que celle de son mari, ainsi qu'un délai pour produire des avis médicaux.

14. Par réponse du 23 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du Dr H_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les critiques de la recourante sur la valeur probante de l'expertise n'emportaient pas la conviction. En effet, le Dr H_____ avait bien évoqué les abus sexuels. Il avait relevé que selon l'assurée, les relations familiales étaient normalisées, malgré les abus et le manque d'altruisme des membres de sa famille. De plus, lors de son entretien avec l'assurée, l'expert n'avait pas relevé la présence de phobie ni d'état de stress post traumatique, malgré les abus subis durant l'enfance.

    Les faits médicaux évoquaient expressément les suicides survenus dans la famille de la recourante et le burnout professionnel comme facteurs de stress, de même que les infidélités de son mari. Ces facteurs avaient encore été relevés dans l'anamnèse. Les critiques soulevées par la recourante devaient ainsi être écartées.

    Les médecins traitants actaient d'atteintes psychiatriques importantes, mais aucun traitement n'était relevé, autre que la Valériane (rapport du 22.3.2018 Dresse B_____).

    Quant aux limitations fonctionnelles, l'expert avait relevé que les troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique, puis légers depuis 2017 jusqu'au jour de l'expertise, et les autres troubles psychiques n'avaient pas entraîné des limitations fonctionnelles significatives, compte tenu de la journée type décrite au moment de l'expertise et des activités possibles. Les symptômes décrits étaient compatibles avec des limitations non significatives. La compliance avait été bonne au suivi psychothérapeutique, nulle pour un traitement antidépresseur et il n'y avait pas eu de sevrage au cannabis.

    En ce qui concernait les incohérences qui ressortaient de l'examen, le Dr H_____ avait indiqué qu'il y avait une discordance entre le rapport psychiatrique retenant un trouble bipolaire et l'absence d'épisode hypomane documenté ainsi que d'un thymorégulateur. Cet avis était partagé par le premier expert, la psychiatre traitante actuelle et certains rapports d'hospitalisation, qui ne retenaient pas non plus de trouble bipolaire.

    L'expert avait encore relevé une discordance entre la capacité de travail nulle retenue par la psychiatre traitante et un épisode dépressif moyen et pas sévère, avec le refus de prise d'un traitement antidépresseur chez une assurée qui, selon la journée type, arrivait à faire les courses, le ménage, à passer des bons moments en famille ou avec des amis malgré un isolement social partiel, à conduire sa voiture, à partir en vacances, à faire du bénévolat en lisant des livres, et à faire du tricot et du jardinage.

    L'anamnèse et le status des médecins du CAPPI relevaient une situation superposable aux constats du Dr H_____, et dressaient un tableau clinique

similaire en janvier 2018 déjà. Il était en effet indiqué dans leur rapport du 25 janvier 2018 : « La patiente est calme et collaborante, en tenue hygiène-vestimentaire soignée. Elle ne présente pas de signes d'intoxication. Elle est orientée aux 4 modes, norme-vigilante. Elle ne présente pas de trouble de la mémoire ni de trouble de l'attention ni de la concentration. Nous avons constaté une amélioration de la thymie en fin de suivi avec des affects congruents et mobilisables. Elle ne présente pas d'aboulie ni d'anhédonie. Nous notons la diminution des troubles d'endormissement et de l'anxiété. L'appétit est normal. La patiente nie avoir des idées suicidaires actives ou passives. Le discours est cohérent, informatif, structuré, sans éléments délirants. Il n'y a pas d'hallucinations auditives ou visuelles. Elle peut s'engager à faire appel en cas de détresse ou de recrudescence d'idées suicidaires. »

Ainsi, même si on admettait une incapacité de travail totale depuis l'arrêt de l'assurée (dont les éléments objectivement vérifiables faisaient) de juin 2017 à janvier 2018, cette atteinte ne remplirait pas les conditions de durabilité fondant le droit à une rente d'invalidité. L'intimé concluait en conséquence au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

15. Le 15 mai 2020, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport de bilan établi par le service des spécialités psychiatriques des HUG confirmant qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble anxieux généralisé. Jusqu'à la fin de l'année 2019, le SPE avait confirmé qu'elle présentait une incapacité complète de travail dans toutes activités. Elle avait donc sollicité l'avis du SPE afin de pouvoir le produire à la présente procédure et avait également interpellé le CAPPI, où elle se rendait deux fois par semaine pour une thérapie et un groupe d'activités. Elle n'avait pas eu de réponse à ce jour et demandait en conséquence pouvoir produire ces documents dès réception.

    La recourante a produit un rapport établi par le département de psychiatrie des HUG du 4 février 2020, qui concluait qu'elle présentait un épisode dépressif d'intensité légère, s'inscrivant dans un contexte de trouble dépressif et récurrent. Aucun élément en faveur d'hypomanie ni de manie n'avait été retrouvé. En conséquence, le diagnostic de trouble bipolaire n'était pas retenu. Était en revanche notée une très forte labilité émotionnelle, qui pouvait possiblement s'inscrire dans un trouble de personnalité de type borderline, comme le suggérait le questionnaire de dépistage. Par ailleurs, l'assurée présentait également un trouble anxieux généralisé, ce qui pouvait participer à une sur-quotation du MADRS (difficulté d'endormissement, tension interne constante avec tendance à l'anticipation anxieuse). Compte tenu de ces éléments, la patiente était encouragée à reprendre un suivi. Elle décrivait des variations saisonnières de l'humeur, de sorte que la luminothérapie pourrait être envisagée. Des approches de type méditation pourraient également être discutées. Concernant les multiples traumatismes, une approche de type EMDR pourrait également être envisagée. Enfin, si la

symptomatologie dépressive devait s'aggraver, la reprise d'un traitement antidépresseur était souhaitable.

16. Le 15 juillet 2020, la recourante a transmis à la chambre de céans :

- un avis médical établi par la Dresse D_____ le 19 janvier 2018 indiquant qu'elle avait reçu l'assurée le 15 janvier précédent pour une évaluation médicale. L'évaluation de sa situation avait été conduite au regard de cette consultation ainsi que des éléments médicaux obtenus de ses médecins. Il en résultait que la situation de santé actuelle de la collaboratrice relevait et faisait l'objet d'une incapacité médicale complète avec un suivi médical régulier. Ce suivi devait permettre une amélioration de l'état de santé dans un délai de quelques mois. L'état de santé actuel laissait entrevoir un pronostic réservé en termes d'aptitudes à la fonction d'éducatrice spécialisée. Toutefois, celui-ci étant évolutif avec une perspective d'évolution parallèlement aux soins prodigués, ce pronostic devrait être réévalué ultérieurement. L'incapacité de travail était secondaire à la pathologie présentée par la collaboratrice. Cette pathologie n'était pas une maladie professionnelle ni une maladie causée de manière prépondérante par le travail. En raison du diagnostic retenu et de la durée estimée de la capacité de travail, une annonce de la situation à l'assurance-invalidité paraissait nécessaire ;

- un avis médical établi par la Dresse D_____ le 20 août 2018 indiquant que l'évaluation avait été conduite sur la base d'une consultation qui avait eu lieu le jour même et des éléments médicaux obtenus des médecins de la collaboratrice. Celle-ci était toujours en incapacité complète de travail avec un suivi médical régulier. L'évolution de sa situation santé ne permettait pas la restauration d'une capacité de travail à son poste, ni dans une autre activité dans les six mois à venir. La situation de santé de la collaboratrice justifiait une rente d'assurance-invalidité et une demande en ce sens était en cours de traitement ;

- un avis médical établi par la Dresse D_____ le 18 mars 2019 indiquant que l'évaluation de la situation avait été conduite sur la base d'une consultation du 20 août 2018 et des éléments médicaux obtenus des médecins de la collaboratrice. L'évolution de sa situation de santé ne permettait pas la restauration d'une capacité de travail à son poste ni dans une autre activité, à court et moyen terme. Sa situation de santé justifiait une rente d'invalidité qui avait été demandée et était en cours de traitement ;

- un avis médical établi par la Dresse D_____ le 14 novembre 2019 indiquant que l'évolution de la situation de santé de la collaboratrice avait été conduite sur la base d'une consultation du 30 septembre 2019 et des éléments médicaux obtenus de ses médecins. Son état de santé et son évolution ne permettaient pas d'envisager la restauration d'une capacité travail à son poste d'éducatrice spécialisée ni d'entrevoir actuellement ou dans les prochains mois la

restauration d'une capacité résiduelle de travail permettant de l'orienter vers une CRT ou un reclassement au sein de l'État. Sa situation justifiait une rente d'invalidité.

17. Le 11 août 2020, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions.

18. Lors d'une audience du 11 novembre 2020 devant la chambre de céans :

a. la recourante a déclaré : « Mon taux d'activité a varié, mais sauf erreur, j'étais à 75 % avant ma première incapacité de travail qui est intervenue en 2003. J'étais alors éducatrice spécialisée avec des adolescents au DIP (Département de l'instruction publique). J'ai pu reprendre une activité après une longue absence à 50% au CRER où je travaillais bien avant. J'étais éducatrice spécialisée pour des enfants infirmes moteurs cérébraux. Ma reprise a été progressive. J'ai pu finalement assumer ce travail pendant 10 ans. Pendant cette période, j'étais fatiguée, mais j'aimais ce que je faisais. J'avais un suivi avec mon médecin traitant pendant cette période avec des entretiens. Pendant cette période j'ai arrêté de prendre des antidépresseurs, que j'avais pris pendant 9 ans. Je n'ai pas vu de changement dans mon état suite à l'arrêt des médicaments, j'ai toujours eu des fluctuations de l'humeur. J'ai un état dépressif qui varie fortement. J'ai eu une nouvelle décompensation dépressive en mai 2016, suite au suicide de ma cousine. J'étais proche d'elle. J'ai arrêté pendant un mois de travailler, puis il y a eu des vacances, et j'ai repris en serrant les dents. Mon état s'est dégradé petit à petit comme une glissade. En juin 2017, je n'ai plus pu du tout travailler. Il y avait beaucoup de pression au travail, je me sentais de moins en moins à ma place, j'étais très touchée par ce qu'il se passait. Je ne me sentais plus assez professionnelle. Il y avait eu le décès d'un enfant et il fallait assister à des maladies dégénératives et parler aux parents. Je n'y arrivais plus. Le 6 juin 2017, je suis partie en courant du travail. J'ai été suivie par la Dresse B_____, la généraliste qui me suivait. J'ai été hospitalisée aux urgences psychiatriques le 23 octobre 2017 pour un tentamen médicamenteux. J'ai aussi eu des problèmes avec mon époux. La cause de mon hospitalisation était un effondrement général. Je ne voulais pas avoir de traitement antidépresseur malgré le fait que je sois descendue assez bas. J'ai été prise en charge par le CAPPI. J'ai été suivie par la Dresse K_____ qui m'a bien convenue. J'ai suivi un programme de Mindfullness aux HUG durant huit semaines jusqu'en avril. C'était bien, mais il faudrait que ça continue et c'est difficile quand on n'est plus encadré. J'ai entamé plusieurs « choses », mais malheureusement cela ne tient pas longtemps. Le suivi au CAPPI a duré 2 ou 3 mois et ensuite avec la Dresse C_____, et elle a travaillé en délégation avec Mme E_____, psychologue, qui faisait du EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) qui est utilisé pour les traumatismes. Elle a fait cette méthode quelques fois avec moi, mais en général c'était plutôt des entretiens, car elle avait peur que cela (EMDR) déclenche des émotions trop fortes.

Quand je suis arrivée chez le Dr H_____, il a dit que je ne faisais pas mon âge, que j'avais l'air en pleine forme. Il m'a conseillée d'aller m'inscrire au chômage au

début de la discussion. Sur le moment, j'expliquais mon quotidien et ce que j'essayais de faire pour tenir le coup, par exemple à ce moment-là je faisais du tricot pour essayer de m'occuper, on ne peut pas dire que je faisais du tricot de manière générale comme l'a mentionné l'expert. Je ne suis pas une bonne tricoteuse et je n'ai pas persisté dans cette démarche. Je ne me suis pas sentie entendue et comprise. J'ai été choquée en lisant le rapport, qui ne correspondait pas à ce que j'avais dit et qui dépeignait quelqu'un en super forme, ce qui ne correspond pas selon moi à la réalité. Il n'a pas tenu compte de la particularité de mon travail et du fait que j'ai une famille qui va mal. Je suis proche de mon mari qui me soutient. On s'entend bien malgré les difficultés qu'il y a eues à un moment donné, notre couple a surmonté les difficultés en tout cas jusqu'à maintenant. Il est très fatigué, il travaille beaucoup, car il est maraîcher. Il n'a congé que le dimanche, il prend beaucoup sur lui. Je suis également proche de ma mère qui est une vieille dame. Elle ne peut pas me soutenir et ne l'a jamais fait. J'ai un bon lien avec elle, ma sœur, mon frère, mes enfants. J'ai trois cousines qui se sont suicidées, ainsi que deux oncles et une tante. C'est quelque chose de lourd dans notre famille depuis mon adolescence, soit le premier suicide. Ma fille n'a pas de travail, elle a des hauts et des bas, c'est compliqué pour elle, elle a 30 ans et elle a aussi fait une tentative de suicide à 12 ans. Mon fils est danseur et il va bien. Il fait son possible pour être dans la joie. J'ai encore le fils de ma cousine qui s'est suicidé, il y a un mois. J'étais proche de lui, car je m'occupais des enfants de ma cousine, qui s'était suicidée. Il avait 22 ans.

Je sais que je ne tiens plus la pression, raison pour laquelle je ne me vois plus travailler. Je sais que quand je n'ai pas de stress, cela peut aller. Il m'est difficile d'être en contact avec les gens que je ne connais pas bien, ce qui rend difficile un travail. Je n'ai pas une bonne image de moi donc le contact avec les gens m'inquiète. J'essaie de prendre sur moi, mais après « ça se déglingue ». Cela me met face à mon disfonctionnement.

Je suis toujours soutenue par mon médecin traitant. Avec mon mari, on voit un thérapeute de couple avec lequel évidement je parle aussi de moi. Ce suivi m'aide.

Dans ma vie quotidienne, je fais à manger (pas tous les jours), des fois je vais à la ferme où travaille mon mari pour faire du désherbage. Je ne suis pas attendue donc j'y vais pour moi, pour être dans la nature, détendue. Je n'ai pas d'horaires à respecter ou de rendement. Je reste beaucoup à la maison, je lis, je regarde la TV, ma mère vient boire des cafés. J'ai des très vieilles amies avec qui je discute régulièrement par téléphone. Il y en a une que je vois régulièrement. Je n'ai pas d'activité bénévole. Avant j'allais lire la bible à une vieille dame, mais cela s'est arrêté, notamment en raison du COVID. Cela a duré une année. Je ne fais pas de sport. J'ai fait du Qigong. J'adorais cela, mais je ne pouvais plus me payer de cours et, par internet, ce n'est pas la même chose. Je fais un cours de Pilate une fois par semaine avec ma meilleure amie, je vais chez elle. Mon mari s'occupe de l'administratif. Je fais le ménage de temps en temps. Il n'y a personne d'autre qui

> s'en occupe. Mes exigences ne sont pas très élevées. J'avais une chatte qui est morte au mois de juillet. J'aimais beaucoup le contact avec elle, mais j'étais très en souci pour elle, car elle était vieille et malade. Je ne prends pas de médicaments antidépresseurs. J'en ai pris pendant 9 ans. J'avais fait précédemment différents essais, puis j'ai gardé le même pendant ces 9 ans, mais ce n'est pas ce qu'il me faut. Je les ai pris, car mon médecin m'encourageait à le faire. Quant aux benzodiazépines pour l'anxiété ils me déprimaient. »

b. Le conjoint de la recourante a déclaré : « Je me suis marié avec la recourante en 2008, je ne suis pas le père de ses enfants. En 2008, elle avait déjà eu une incapacité de travail pour un épisode dépressif. Cela fait 20 ans que nous nous connaissons et nous avons commencé à vivre ensemble un an après notre rencontre. (…) elle arrive à présenter comme elle peut, elle tient le coup quand il y a du monde, ou les rendez-vous à l'OAI, mais quand elle revient, c'est super dur, elle n'arrive pas à être mise face à ses difficultés. Quand elle rentre, elle se renferme sur elle-même. C'est comme si la dépression était de retour. Elle n'arrive pas à faire grand-chose à la maison à cause de son état. Elle reste à la maison et elle est déprimée et cela a une incidence sur notre relation. Je bosse beaucoup et j'aimerais bien avoir du soutien dans ma vie qui est prenante, donc la situation est difficile (…). Sa journée est vite remplie, rien que le temps de se mettre en route prend du temps, tout devient un peu lourd. Cela me fait penser à ma vieille tante pour laquelle aller chez le coiffeur occupe toute sa journée. Il y a des moments où elle va bien entre certains moments difficiles. Les épisodes traumatiques qu'elle a vécus remontent dans les périodes de stress. C'est régulier. L'épisode de 2018 était un cauchemar, car cela se reproduisait sans arrêt. Cela va un peu mieux, mais le fait de ressasser les difficultés la replonge dans l'état dépressif. Les suicides récents dans sa famille rendent sa situation d'autant plus précaire. Il y a aussi notre situation financière qui rajoute une pression. Des fois elle peut faire le ménage ou à manger, mais c'est aléatoire. Elle fait le minimum. Je m'occupe de l'administratif et de la maison. C'est un peu le souk. Elle a un noyau de gens proches en qui elle a confiance, mais la famille a aussi une tendance anxiogène due aux évènements. Il faut y aller avec des pincettes. Le dimanche, je dors et de temps en temps on se fait une balade en forêt. Ma femme est parfois anxieuse. Dans ces cas-là, je suis face à un mur et cela coupe notre lien, parfois pendant plusieurs jours. Elle ne peut pas aller faire les courses dans les grands magasins, car cela la stresse. Je pense que c'est en raison de son état psychique. Quand on est bien, on a peur de rien. Comme je travaille dans l'agriculture, c'est moi qui ramène les courses. Elle est parfois agressive verbalement, quand elle n'est pas bien et peut être blessante, avec moi ou les proches. Elle a de la peine à contrôler les émotions. Elle a de moins en moins d'amis dû à ses épisodes dépressifs; les plus fidèles restent. Elle devient de moins en moins intéressante, quand elle n'a plus son rôle de bout en train, ce qui a éloigné son entourage. Les évocations de mes tromperies la stressent énormément, ainsi que les difficultés des enfants. Elle est sur un fil, cela ne tient pas à grand-chose. Je ne verrais pas dans quel contexte elle pourrait travailler. Elle vient à la ferme pour donner un coup de main, mais ce qu'elle aime, c'est de ne pas avoir l'obligation de venir. Si je fais un peu trop mon patron, cela ne lui plait

pas (…). Elle ne vient pas régulièrement. Elle vient régulièrement me chercher en voiture. Elle ne travaille pas forcément à ces occasions. Elle essaie de venir travailler une fois par semaine. C'est moi qui gère son travail. Mes associés ne s'en occupent pas. Elle a des qualités humaines que j'adore, mais elle peut vite avoir des tensions avec les gens, cela peu chauffer. Quand elle travaillait, elle était déjà sur un fil. Elle tenait le coup dans la journée au travail, mais ensuite à la maison, elle n'y arrivait plus, comme tout le monde, mais en plus aigu. Elle avait un travail lourd, avec des enfants qui avaient une espérance de vie limitée. Elle ne fait pas de course, elle ne prend pas forcément son déjeuner à 9h, elle ne fait pas de tâches ménagères tous les jours, tout dépend de son état, contrairement à ce qui est dit dans l'expertise du Dr H_____ au sujet de sa journée type. »

19. Par courrier du 29 janvier 202, 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'experte pressentie, 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.

20. Le 16 février 2021, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'experte ni de questions complémentaires.

21. Par courrier du 18 février 2021, l'intimé a indiqué qu'il n'avait pas de motifs de récusation envers l'experte mais qu'il souhaiterait apporter la question supplémentaire suivante, conformément à l'avis du SMR du 11 février 2021 annexé : « si l'assurée est sous traitement psychotrope, effectuer un dosage afin d'évaluer la compliance ».

EN DROIT

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

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière.

5. 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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).

   En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

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

   b. 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).

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

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié

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

3. Comorbidités

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

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

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

C. Axe « contexte social »

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

non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). Des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la recourante est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

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

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

Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité

résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

e. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c.a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c.b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

c.c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

c.d. 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).

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

psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici,

lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. a. En l'espèce, il convient d'examiner, en premier lieu, la valeur probante de l'expertise du Dr H_____.

b. L'expert a indiqué en lien avec le premier diagnostic qu'il a posé au sujet de la recourante, soit un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante actuellement non décompensé, que ce trouble ne l'avait pas empêchée de se former, ni de travailler à 100% dans le passé en maintenant un emploi stable ni à gérer son quotidien sans limitation.

En revanche, s'agissant du second diagnostic posé, soit des troubles dépressifs récurrents moyens, puis légers depuis 2017, il n'a pas précisé si ce trouble avait été incapacitant par le passé. Or, il est établi que la recourante avait demandé des prestations de l'assurance-invalidité en 2005 pour un épisode dépressif et que par décision du 10 octobre 2008, l'OAI lui avait octroyé une rente entière d'invalidité du 23 août 2005 au 30 avril 2007, un trois quarts de rente jusqu'au 30 juin 2007, puis une demi-rente jusqu'au 30 novembre 2007. L'expert a ainsi présenté de manière incomplète l'effet incapacitant dans le passé des diagnostics retenus. Il aurait dû retracer plus en détail l'apparition et l'évolution des troubles dépressifs récurrents.

c. Son diagnostic de troubles dépressifs récurrents légers dès 2017 est contredit par le fait que la recourante a fait l'objet d'une intervention psychiatrique d'urgence à l'unité d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG, selon un rapport du 23 octobre 2017, pour un tentamen médicamenteux. L'expert aurait à tout moins dû commenter cette hospitalisation.

Le diagnostic de troubles dépressifs récurrents légers dès 2017 est également contredit par le résumé d'intervention ambulatoire-CAPPI du 25 janvier 2018, dont il ressort que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). L'expert n'a pas non plus commenté ce rapport.

d. L'expert a retenu qu'au moment de l'expertise, la recourante gardait de bonnes capacités et des ressources personnelles, car elle arrivait à garder de bonnes relations avec certains membres de sa famille et avec des amis qu'elle fréquentait.

Il ressort toutefois de ses déclarations et de celles de son époux que ses ressources personnelles paraissent plus limitées que ne l'a retenu l'expert.

En effet, la recourante a déclaré à la chambre de céans, qu'elle ne supportait pas le stress et qu'il lui était difficile d'être en contact avec les gens qu'elle ne connaissait pas bien, ce qui rendait difficile un travail. Elle arrivait à prendre sur elle pendant un moment seulement, puis elle n'y arrivait plus. Son époux a précisé qu'elle se

renfermait ensuite sur elle-même et que c'était comme si la dépression était de retour.

De plus, il résulte des déclarations de la recourante qu'elle ne fait pas grand-chose de ses journées et que sa vie sociale est limitée, quand bien même elle a encore des liens avec ses amies de longue date.

Son époux a indiqué, de façon convaincante, qu'elle n'arrivait pas à faire grand-chose à la maison à cause de son état. Elle restait à la maison et était déprimée. Elle ne pouvait pas aller faire les courses dans les grands magasins, car cela la stressait. Elle était parfois agressive verbalement, quand elle n'était pas bien avec lui-même ou d'autres proches. Elle avait de la peine à contrôler les émotions. Elle avait de moins en moins d'amis dû à ses épisodes dépressifs. Seuls les plus fidèles étaient restés. Elle était devenue de moins en moins intéressante, car elle n'avait plus son rôle de bout en train, ce qui avait éloigné son entourage.

Les conclusions de l'expert s'agissant des ressources de la recourante apparaissent ainsi discutables.

e. L'expert a retenu que la recourante présentait une motivation nulle pour une reprise professionnelle à un âge proche de la retraite. Il laissait ainsi entendre qu'elle ne voulait plus travailler alors qu'elle le pourrait, ce qui n'apparaît pas justifié. En effet, dans son rapport du 13 août 2018, la Dresse D_____ a indiqué que la recourante avait perdu toute motivation de reprendre une activité lucrative, car elle ne s'en sentait pas les forces, qui étaient toutes dédiées actuellement à retrouver un équilibre dans son cadre familial.

Dans son recours, la recourante a indiqué que l'expert qui avait dit : « vous ne faites pas votre âge, allez au chômage ! ». Lors de ses déclarations à la chambre de céans, elle a indiqué qu'elle ne s'était pas sentie entendue et comprise par l'expert. À titre d'exemple, elle lui avait expliqué ce qu'elle essayait de faire pour tenir le coup, par exemple du tricot au moment de l'expertise. On ne pouvait pas dire, comme l'avait fait l'expert, qu'elle faisait du tricot de manière générale comme l'avait mentionné l'expert. En effet, elle n'avait pas continué à tricoter.

Il résulte des considérations qui précèdent que l'expert pourrait s'être laissé guider par une appréciation subjective erronée de la situation de la recourante, étant rappelé que cette dernière peut, selon ses dires et ceux de son époux, donner le change devant des personnes qu'elle ne connaît pas bien et faire ainsi bonne impression, sans que cela reflète sa réelle situation.

f. S'agissant du traitement médicamenteux, la recourante a relevé que l'expert avait uniquement retenu qu'elle avait refusé les antidépresseurs. En réalité, elle avait pris des antidépresseurs et des anxiolytiques durant plus de dix ans, sans constater aucune amélioration de son état de santé, de sorte qu'elle avait arrêté toute prise de ce type de médicament. Elle avait essayé avec ses thérapeutes plusieurs types de molécules et plusieurs sortes d'antidépresseurs sans aucune amélioration de son état de santé par le passé. Ce n'était donc pas qu'elle refusait les antidépresseurs, mais

qu'elle savait fort bien que ces médicaments, aux effets secondaires lourds, ne lui apportaient aucune amélioration de son état de santé.

Il en résulte que l'expert ne pouvait retenir une motivation nulle de la recourante pour les antidépresseurs, sans expliquer et commenter son refus d'en prendre.

g. Selon l'expert, les comorbidités psychiatriques étaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile et dépendante avec une dépendance primaire à plusieurs substances. Il s'agissait de troubles qui n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques selon les activités possibles durant une journée type.

L'expert n'a ainsi pas examiné correctement l'indicateur des comorbidités. Il ne s'agissait en effet pas de savoir si les comorbidités entraînaient en elles-mêmes des limitations fonctionnelles significatives psychiatriques, mais de prendre en compte l'importance concrète de la comorbidité psychique de la recourante pour déterminer si elle la privait de ressources, dans une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes.

h. Enfin, les conclusions de l'expert sont contredites par les rapports de la Dresse B_____ des 23 mars 2018 et 30 septembre 2019, celui de la Dresse C_____ du 26 août 2018 et ceux de la Dresse D_____ des 19 janvier et 20 août 2018 ainsi que des 18 mars, 30 septembre et 14 novembre 2019, qui attestent tous d'une incapacité totale de travailler de la recourante.

13. Au vu des considérations qui précèdent, l'expertise du Dr H_____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et il se justifie de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique laquelle sera confiée la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

14. La question complémentaire requise par l'intimé sera intégrée à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Fondation M_____, à Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.
C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

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

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (*faible, moyen, grave*) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il détérioré depuis le mois de juin 2017 ou avant ?

4.5 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 la personne expertisée*).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (*discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs*

dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1. Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

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

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (*dont les tâches ménagères*) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

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

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. **Ressources**

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

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

a) psychique

b) mental

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

9. **Capacité de travail**

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

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

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

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

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

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de juin 2017 ?

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

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

10. **Traitement**

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

10.2 Si la personne expertisée est sous traitement psychotrope, effectuer un dosage afin d'évaluer la compliance.

10.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.4 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 ?

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

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

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr H_____ du 13 mai 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et son estimation de la capacité de travail de ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports de la Dresse B_____ des 23 mars 2018 et 30 septembre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et son estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dresse C_____ du 26 août 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et son estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec les rapports de la Dresse D_____ des 19 janvier et 20 août 2018 ainsi que des 18 mars, 30 septembre et 14 novembre 2019? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et son estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'experte à déposer, dans les meilleurs délais, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière La présidente

Isabelle CASTILLO Catherine TAPPONNIER

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