



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3829/2018

ATAS/444/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mai 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Marie FAIVRE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, a obtenu une licence en gestion d'entreprise en juin 2005 avant de travailler en qualité d'attachée de presse auprès de diverses entreprises.
2. Le 3 juin 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une cervico-dorsalgie et un état de fatigue chroniques.
3. Les docteurs B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et C_____, spécialiste FMH en médecine générale, ont réalisé une expertise pour l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Dans leur rapport du 18 juillet 2013, ils ont diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen, actuellement en rémission partielle, avec une symptomatologie dépressive légère observée. L'assurée présentait en outre, sans incidence sur sa capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme sans critères jurisprudentiels de gravité remplis (F 45.5), une accentuation de certains traits de personnalité, traits de la personnalité histrionique, actuellement non décompensés (Z 73.1) et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56). Sa capacité de travail était nulle jusqu'au 31 août 2013, de 50 % du 1^{er} au 30 septembre 2013 et complète sans diminution de rendement dès le 1^{er} octobre 2013. Au plan somatique, il convenait de respecter les limitations fonctionnelles signalées par l'assurée, soit la nécessité d'alterner les positions et l'exclusion du port de charges de plus de 2 kg.
4. Dans un avis du 28 août 2013, le docteur D_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est rallié aux conclusions des Drs B_____ et C_____, dont il considérait l'expertise convaincante.
5. Par décision du 1^{er} novembre 2013, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assurée.
6. Le 23 février 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, signalant de très forts maux de tête, des douleurs invalidantes à la nuque et dans le dos, et une fatigue chronique.
7. Dans un rapport du 22 mars 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a fait état d'une capacité de travail de 50 % au vu des plaintes liées à la fibromyalgie, aux douleurs du dos, à la fatigue permanente et à un état dépressif récurrent.
8. Dans ses rapports du 26 avril 2016 et du 2 août 2016, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté une aggravation de l'état de l'assurée justifiant l'octroi d'une demi-rente et une réadaptation. L'assurée souffrait de douleurs chroniques multiples dans le contexte d'une fibromyalgie, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F 32.2), et d'une anxiété généralisée (F 41.1). Sa capacité de travail était de 50 % au plus. Dans l'anamnèse, la psychiatre a notamment décrit un épisode d'anorexie en 1993. En 1995, l'assurée avait présenté un trouble obsessionnel-compulsif sous forme d'émétophobie et un deuxième épisode d'anorexie. En 1999, ce trouble était réapparu dans le cadre

d'une deuxième dépression. Il avait explosé en 2009, lors d'une troisième dépression, la peur de vomir de l'assurée l'empêchant d'aller dans un nouveau restaurant et l'obligeant à désinfecter ses vêtements et se laver les mains par crainte d'attraper une gastro-entérite. Elle rencontrait même des difficultés à s'alimenter, ce qui avait entraîné une perte de poids. Elle avait alors bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale.

9. Par courrier du 2 mai 2017, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait repris une activité à 40 % dans une banque dans le cadre d'un contrat à durée déterminée. Elle exerçait en outre une activité indépendante à 10 ou 20 %, qui lui rapportait environ CHF 1'500.- par mois depuis janvier 2017.
10. À la même date, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait confier une expertise au professeur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Un délai lui était imparti pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de cet expert et compléter les questions de l'expertise.
11. Le Pr G_____ et la doctoresse H_____, psychologue, ont rendu leur rapport le 20 août 2017.

Ils y ont résumé le dossier de l'assurée et relaté son anamnèse. Dans ce contexte, ils ont noté qu'elle avait été hospitalisée pour une suspicion de maladie de Crohn en 1993, et un épisode d'anorexie avait alors été diagnostiqué et traité. En 1995, elle avait subi un premier épisode dépressif avec une émétophobie et un nouvel épisode anorexique.

Les problèmes de santé se répercutaient sur la vie familiale de l'assurée, car elle ne pouvait pas porter ses enfants, ni les accompagner à la place de jeu à cause de ses douleurs. Ses loisirs étaient la danse, le sport et les amis communs du couple.

Du point de vue clinique, les experts ont notamment relevé l'absence de troubles cognitifs. Le discours de l'assurée témoignait de certaines pensées obsédantes, qu'elle avait néanmoins appris à gérer et à maîtriser, notamment son émétophobie. Elle persistait à contrôler les dates d'expiration des aliments, mais était consciente de la nature irrationnelle de son comportement. La thymie était neutre, sans expression de souffrance morale ou d'affects dépressifs. L'assurée exprimait un vécu de solitude, la sensation d'être arrivée dans un cul de sac, et la crainte de lasser son époux. Il n'y avait pas de baisse de l'élan vital, d'aboulie ou d'athymhormie, ni d'idées noires ou de signes biologiques de dépression. Il n'existait pas d'anhédonie mais un rétrécissement manifeste des investissements libidinaux. On ne constatait pas d'argument en faveur d'un trouble anxieux quelconque.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : trouble obsessionnel-compulsif (F 42) depuis 2008 ; anorexie mentale atypique (F 50.1) avec émétophobie depuis l'adolescence ; et trouble de la personnalité histrionique (F 60.4) depuis 2012. Il n'existait aucune atteinte sans incidence sur la capacité de travail. S'agissant de l'interaction des diagnostics, les traits de personnalité histrionique, tels que la suggestibilité, le fait d'être facilement

perturbée par les circonstances environnantes, le souci de plaire physiquement, le désir permanent d'être appréciée, et la tendance à être facilement blessée avaient existé dès le début de l'âge adulte. Sur ce terrain fragile, on retrouvait tôt dans la vie de l'assurée la manifestation d'une anorexie atypique avec émétophobie et contrôle obsessionnel du poids, prélude du trouble obsessionnel compulsif qui se manifesterait beaucoup plus tard lors d'une des décompensations dépressives. Au fur et à mesure de l'exposition à des événements qui avaient défié l'assurée sur le plan narcissique, on avait assisté à de multiples décompensations dépressives actuellement en régression, en lien avec l'absence d'exposition professionnelle et une relation conjugale basée sur la gestion des besoins quotidiens, de nature opératoire, sans exigences de proximité affective. Le traitement était conforme aux recommandations pour le traitement des troubles dépressifs récurrents et l'assurée avait su tirer bénéfice du travail psycho-thérapeutique pour stabiliser son trouble obsessionnel-compulsif et son anorexie mentale, et ainsi limiter leur impact sur sa vie quotidienne. Elle pourrait bénéficier d'une thérapie de couple afin de gérer le stress dans le monde du travail sans détruire progressivement le lien conjugal.

Du point de vue de la cohérence, les experts sont revenus sur le fonctionnement psychique de l'assurée, qui présentait de bonnes capacités intellectuelles. Ce fonctionnement, consistant notamment à garder une certaine réserve, à adopter une attitude sociale toujours polie et en apparence sans conflit, conformiste, peu créative et innovatrice, sans dévoiler ses vraies pensées et ressentis, avait été facilitant et productif durant ses années d'études, mais il était devenu un handicap et une source de frustration depuis qu'elle cherchait à allier activité professionnelle et vie de famille. Les attentes de ses parents, auxquelles se rajoutaient celles de ses employeurs, de son époux et de ses enfants, étaient devenues trop élevées à son égard. Cette manière de gérer la tension l'avait exposée à une anxiété, cristallisée autour d'un contrôle du poids sous forme d'anorexie mentale perdurant sous forme modérée à ce jour, mais aussi des premières décompensations dépressives qui s'étaient poursuivies jusqu'à l'arrêt de son activité professionnelle. À l'âge adulte, on retrouvait une constellation des traits de personnalité histrionique avec égocentrisme, affect superficiel, sensibilité à la critique, et froideur affective déguisée en hyperémotivité. Les traits de personnalité identifiés dans l'expertise du Dr B_____ en 2013 dépassaient le seuil pathologique à partir de son premier accouchement en 2012. L'assurée s'était à l'époque retrouvée confrontée à un contexte de rivalité au travail et à la nécessité d'assumer la maternité d'un enfant dont le sexe n'était pas voulu. Elle manifestait des douleurs récidivantes dans le cadre d'une décompensation dépressive qui avaient occasionné un diagnostic de trouble somatoforme. Toutefois, l'observation clinique montrait une préoccupation moindre des douleurs, un discours riche, loin du monoïdéisme caractérisant ce trouble, et une absence de recherche d'étiologie somatique. Fragilisée par son histoire de vie, l'assurée était vulnérable au stress, notamment dans ses rapports relationnels avec la hiérarchie et avec ses collègues de travail. Elle redoutait de perdre la considération des autres à mesure que son sentiment de suradaptation

augmentait. Elle ne se sentait ni rassurée, ni satisfaite de ses résultats, et son dévouement pour l'entreprise l'épuisait, ce qui la conduisait à multiplier les actes de recherche de contrôle, mal tolérés par l'entourage. Ses tensions intérieures s'étaient ainsi intensifiées au cours des années, et elle avait multiplié les impasses professionnelles. Pour se libérer des attentes d'autrui et d'une pression sociale et financière, l'assurée avait choisi de créer sa propre société. Elle avait limité son taux d'activité en combinant son travail d'indépendante avec un engagement à faible taux comme consultante dans une banque. Le trouble dépressif avait évolué favorablement grâce au suivi psychiatrique et au redimensionnement de l'investissement professionnel, qui la mettait à l'abri d'une confrontation impossible à assumer par son Moi. Les limitations fonctionnelles liées au dysfonctionnement psychique (besoin de contrôle diminuant le rendement, craintes de l'erreur, crises d'anorexie avec émétophobie mais aussi et surtout la distance affective et l'égoïsme rendant difficile tout travail d'équipe, et la sensibilité à la critique avec demande de considération) étaient de nature chronique. L'équilibre professionnel actuel à un taux de 50 %, offrant un travail sans pression hiérarchique, était prometteur, bien qu'il fût récent et demandât à être stabilisé dans le temps. Le taux d'activité réduit permettait à l'assurée de poursuivre les soins nécessaires au maintien de la stabilisation de ses douleurs dorso-cervicales et de son humeur dépressive. Une approche de couple était également indiquée pour éviter un nouveau dérapage en cas de rupture en lien avec l'accumulation des frustrations de la part de son époux.

La capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans l'activité habituelle de consultante en banque et d'indépendante. Un travail de réadaptation était contre-indiqué. En effet, les difficultés relationnelles et psychologiques rencontrées seraient les mêmes dans toutes les activités et l'assurée serait en outre privée des compétences professionnelles acquises dans le passé.

12. Dans un avis du 6 décembre 2017, le docteur J_____, médecin au SMR, a retenu que les conclusions de l'expertise n'étaient pas convaincantes, les diagnostics retenus n'étant pas suffisamment sévères pour être incapacitants et justifier une incapacité de travail durable. En effet, le status clinique mentionnait une émétophobie et une anorexie que l'assurée avait appris à gérer et maîtriser. L'absence d'idées délirantes et obsédantes allait à l'encontre d'un trouble obsessionnel compulsif toujours présent. Le diagnostic de personnalité histrionique n'était pas incapacitant.
13. Le 8 décembre 2017, l'OAI a adressé un projet de décision refusant toute prestation à l'assurée.
14. L'assurée a contesté ce projet le 14 décembre 2017. Elle a notamment précisé que la banque qui l'employait n'avait pas renouvelé son contrat en raison de ses arrêts de travail.
15. Dans un courrier du 27 février 2018 à l'OAI, l'assurée, par son mandataire, a fait valoir que la détermination du SMR contredisait non seulement les conclusions de

l'expert, mais également celles de ses médecins traitants. Dans ces conditions, l'OAI devait requérir des éclaircissements auprès du Pr G_____. L'ensemble des éléments médicaux commandait de lui allouer une demi-rente.

Elle a produit les pièces suivantes :

- courriel du Pr G_____ du 2 février 2018, dans lequel ce psychiatre s'étonnait que l'OAI ne lui ait pas adressé une demande de clarification, pratique courante lorsque les éléments de l'expertise n'étaient pas considérés comme convaincants. Le Pr G_____ était disposé à répondre à une telle demande. En outre, un trouble de la personnalité pouvait être gravement incapacitant. Son expertise mentionnait toutes les limitations fonctionnelles relatives à ce trouble de manière limpide ;
- courrier de la Dresse F_____ du 22 janvier 2018 au SMR, soulignant que tous les psychiatres et psychologues décrivaient un trouble de personnalité gravement incapacitant, une vulnérabilité à l'état dépressif, un trouble obsessionnel compulsif depuis l'adolescence et un syndrome douloureux chronique. L'assurée fonctionnait constamment en surrégime, ne possédant pas la résistance physique et psychique suffisante pour faire face aux exigences d'une vie familiale et d'une vie professionnelle normales. Elle était ainsi extrêmement vulnérable aux facteurs de stress. Son histoire clinique révélait un trouble dépressif récurrent avec au moins six épisodes avérés. Sa capacité de travail était au maximum de 50 % dans l'activité actuelle, qui semblait adaptée à ses limitations fonctionnelles. La Dresse F_____ préconisait un complément d'expertise auprès du Pr G_____ ou une deuxième expertise ;
- courrier du 23 janvier 2018 à la Dresse F_____ du docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui avait examiné l'assurée à sa demande. Ce médecin soulignait que le récit de cette dernière et l'anamnèse du Pr G_____ étaient totalement concordants. Il en ressortait une psychodynamique très cohérente, mais très sévère et récurrente. Sur le plan clinique, cette psychopathologie et cette grande intrication entre les fragilités psychiques formaient un tableau très impressionnant, qui semblait s'être établi dans la durée, avec très peu de périodes d'accalmie. Cet ensemble de troubles avait réellement un caractère incapacitant, dont le degré était certes difficile à évaluer, mais qui devait avoisiner vraisemblablement 50 %. Lorsque l'assurée décrivait une journée complète, les contraintes et les empêchements qu'elle rencontrait étaient à certains moments infranchissables. Elle ne pourrait d'ailleurs y faire face sans l'aide de son mari et d'une personne qui la secondait dans ses tâches quotidiennes et la suppléait parfois même totalement. Le Dr K_____ a ajouté que le caractère rigide de la classification médicale ne correspondait pas toujours à la réalité clinique. Dans le cas de l'assurée, plusieurs éléments pathologiques pouvaient ne pas être incapacitants pris individuellement. Cela biaisait toutefois l'évaluation correcte de l'incapacité de travail, dès lors qu'une suite d'affections produisait une dynamique

pathologique qui multipliait les effets de chaque atteinte prise séparément, avec comme conséquence un effet incapacitant sévère et souvent durable. C'était ce qu'on observait chez l'assurée.

16. Dans un avis du 11 juin 2018, le Dr J_____ a retenu que la description clinique du Dr K_____ était très différente de celle du Pr G_____. La Dresse F_____ évoquait par ailleurs un trouble dépressif récurrent, non mentionné par l'expert. Par conséquent, une nouvelle expertise devait être mise en œuvre.
17. Le 12 juin 2018, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il entendait mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il était dans l'attente du nom de l'expert mandaté.
18. Par courrier du 18 juin 2018, l'assurée a affirmé à l'OAI qu'il n'était pas en droit de solliciter une nouvelle expertise au seul motif que les conclusions du Pr G_____ ne lui convenaient pas. Elle n'avait en revanche pas d'objection à ce que ce dernier soit invité à préciser la portée de son expertise.
19. Par communication du 3 juillet 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise serait confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et lui a imparti un délai pour compléter les questions qui lui seraient soumises et faire valoir un éventuel motif de récusation.
20. Par écriture du 20 juillet 2018, l'assurée a derechef contesté la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, le Pr G_____ devant être invité à préciser ses conclusions. Elle ne donnerait dès lors pas suite à la convocation à l'expertise.
21. Le 18 septembre 2018, l'assurée a transmis à l'OAI l'avis du 12 septembre 2018 du docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), concluant à une incapacité définitive de travail à 50 % dès le 19 juin 2018. Elle a affirmé que ce médecin préconisait l'octroi d'une rente et qu'il n'y avait dès lors pas matière à expertise.
22. Par décision incidente du 26 septembre 2018, l'OAI a maintenu l'expertise confiée au Dr I_____. Il a soutenu que les conclusions du Pr G_____ n'étaient pas convaincantes et que les diagnostics posés par cet expert divergeaient de ceux ressortant des derniers documents médicaux produits par l'assurée. Partant, un complément auprès du Dr G_____ n'était guère suffisant et seule une nouvelle expertise permettrait de statuer. L'assurée était invitée à donner suite à la convocation du Dr I_____, sous peine de violer son obligation de collaborer.
23. Par écriture du 31 octobre 2018, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'intimé. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à ce que l'intimé soit invité à rendre une nouvelle décision en se fondant sur les éléments figurant au dossier, et en tant que de besoin à l'audition du Pr G_____ afin qu'il complète son expertise en fonction des observations du SMR.

La recourante a allégué que l'ensemble des documents médicaux réunis par l'intimé étaient en totale conformité avec les constatations de l'expert. En outre, elle avait satisfait à son obligation de collaborer en se soumettant à l'examen du Pr G_____.

Selon la jurisprudence, l'intimé n'avait pas le droit de recueillir une deuxième opinion lorsque les conclusions d'une première expertise ne lui convenaient pas. Il était lié par les conclusions de l'expert mandaté sauf dans le cas, non réalisé en l'espèce, où il y avait divergence sur des points importants. L'expertise du Pr G_____ ayant été établie dans les règles de l'art et revêtant pleine valeur probante, elle permettait d'établir l'état de fait déterminant pour la solution du litige.

24. Dans sa réponse du 20 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé les principes régissant l'appréciation des rapports médicaux et le droit de mettre en œuvre une expertise, il a soutenu que l'expertise du Pr G_____ ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. L'expert n'indiquait en effet pas sur quels critères il se fondait pour retenir les diagnostics posés. Il n'exposait pas les manifestations concrètes de l'atteinte constatées. Il était dès lors impossible de se prononcer sur le degré de gravité du diagnostic. Une thérapie conjugale était préconisée, si bien qu'il n'y avait pas d'échec définitif du traitement. En outre, la recourante fréquentait des amis et ses beaux-parents, et vivait avec son mari. Elle disposait donc de ressources non négligeables, et pratiquait la danse et le sport, ce qui démontrait que l'atteinte n'affectait pas toutes ses activités. Le Dr K_____ et l'expert avaient du reste une description clinique et des diagnostics différents, ce qui suffisait à remettre en cause le bien-fondé des conclusions du recourant. C'était ainsi à juste titre que l'intimé avait décidé d'une nouvelle expertise.

25. Par réplique du 19 décembre 2018, la recourante s'est référée à un courriel du 1^{er} décembre 2018 du Pr G_____, produit à l'appui de son écriture. Cet expert, référence bien connue dans le domaine psychiatrique, persistait dans ses conclusions. Il était loisible à la chambre de céans d'ordonner son audition si une clarification était nécessaire.

Dans le courriel joint, le Pr G_____ a affirmé que son expertise avait détaillé les raisons de l'exclusion des diagnostics de trouble dépressif et de syndrome somatoforme douloureux. S'agissant du diagnostic de trouble obsessionnel compulsif, il s'est référé aux mentions de cette atteinte dans l'expertise. Le status clinique ne révélait pas d'idées obsédantes lors de l'entretien, mais on retrouvait de telles idées avec des rituels de contrôle des aliments dans la narration. Ce trouble obsessionnel-compulsif était invalidant, car l'émétophobie mobilisait les ressources psychiques à travers des pensées obsédantes intrusives et des rituels de contrôle. Il a affirmé qu'il avait clairement indiqué les limitations fonctionnelles en lien avec la personnalité histrionique. Le Pr G_____ a en outre rappelé les critères diagnostiques des différentes atteintes selon la CIM-10, qui figuraient dans son rapport d'expertise.

26. Le 6 mai 2019, la recourante a signalé à la chambre de céans une grave aggravation de son état de santé depuis août 2018, entraînant un arrêt de travail complet. Il était dès lors souhaitable qu'un jugement intervienne rapidement.

27. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 6 mai 2019.

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. S'agissant de la recevabilité du recours, la chambre de céans relève ce qui suit.

Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42 consid. 2.1).

Les décisions préjudicielles et incidentes désignent toutes les décisions qui ne mettent pas un terme à la procédure et qui ne sont dès lors ni des décisions finales, ni des décisions partielles (ATF 133 V 477 consid. 4.1.3). Selon l'art. 92 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF - RS 173.110), les décisions préjudicielles et incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur la compétence ou sur une demande de récusation peuvent faire l'objet d'un recours (al. 1). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (al. 2). Les art. 45 et 46 de la loi sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) prévoient les mêmes conditions de recours s'agissant des décisions administratives. Au plan cantonal, l'art. 57 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10) dispose que sont susceptibles d'un recours les décisions finales (let. a) ; les décisions par lesquelles l'autorité admet ou décline sa compétence (let. b) ; les décisions incidentes, si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. c).

Dans un arrêt de principe portant notamment sur les droits de participation des assurés lors de la désignation d'un expert, le Tribunal fédéral a admis que selon une interprétation conforme à la Constitution (Cst – RS 101) et à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH – RS 0.101) de la notion de préjudice irréparable en tant que condition de recevabilité d'un recours, cette condition doit être considérée comme réalisée s'agissant d'une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). Cet arrêt porte certes sur les expertises pluridisciplinaires confiées à des COMAI. Les exigences qui s'en dégagent sont toutefois également applicables aux expertises mono- ou bidisciplinaires (Ulrich KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 29 ad art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3 à 5).

Partant, le recours, interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56ss LPGA, est recevable.

3. Le litige, tel que circonscrit par la décision dont est recours, porte uniquement sur le droit de l'intimé à mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique.
4. L'art. 43 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Cette disposition n'a pas pour but d'examiner la faisabilité d'une mesure médicale en obtenant un second avis, mais de déterminer l'ampleur des investigations nécessaires afin d'établir l'état de fait déterminant au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ce contexte, la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise résulte de la réponse à la question de savoir si les expertises déjà versées au dossier satisfont aux exigences que doivent revêtir de tels rapports en matière de contenu et de valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 125 V 351 consid. 3).

Le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (*second opinion*) sur les faits déjà établis par une expertise lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1).

Notre Haute Cour a du reste précisé que la mise en œuvre d'une deuxième expertise qui n'est pas indispensable peut relever d'un retard injustifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2009 du 22 avril 2010 consid. 3.3.).

5. Dans un arrêt récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits

structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (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 joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses 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).

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 (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

6. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que 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 elle 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).

7. En l'espèce, le mandat d'expertise adressé au Pr G_____ a été établi conformément à la nouvelle jurisprudence. Il correspond en effet au canevas de questions élaboré pour les expertises psychiatriques par le groupe de travail interdisciplinaire de l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) et publié dans la lettre circulaire AI n° 339 du 9 septembre 2015.

Or, la structure du rapport du Pr G_____ et de la Dresse H_____ n'est pas conforme à ce mandat. Ce seul point ne suffirait certes pas à nier sa valeur probante si son contenu permettait de trancher le caractère invalidant des atteintes en fonction des indicateurs jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Cependant, force est de constater que les experts ne se prononcent guère sur la gravité fonctionnelle des atteintes. En ce qui concerne en particulier les diagnostics de trouble obsessionnel-compulsif et d'anorexie avec émétophobie, ils sont certes mentionnés dans l'anamnèse. On peine toutefois à comprendre leur retentissement au quotidien,

d'autant plus que les experts ont indiqué que le trouble obsessionnel-compulsif était maîtrisé. Il semble que cette atteinte se manifeste par la vérification des dates de péremption des aliments, sans qu'il ressorte de l'anamnèse ou des plaintes qu'il s'agirait là d'un comportement envahissant. Quant à l'anorexie atypique, ses manifestations ne sont guère détaillées. Partant, à défaut d'explications, les répercussions sur la capacité de travail admises du fait de ces troubles n'emportent pas la conviction. Par ailleurs, le caractère invalidant de ces deux diagnostics n'a pas été retenu par les autres psychiatres, notamment par la Dresse F_____ à tout le moins dans ses rapports antérieurs à l'expertise du Pr G_____ – ce qui suscite également certains doutes quant à cette appréciation.

On ajoutera encore que la conclusion quant au caractère décompensé depuis 2012 du trouble de la personnalité histrionique est en contradiction avec l'évaluation à laquelle a procédé à l'époque le Dr B_____, lequel retenait uniquement une accentuation des traits de cet ordre. Le Pr G_____ et la Dresse H_____ n'étaient pas les raisons qui les conduisent à s'écarter de l'avis du premier expert psychiatre.

En outre, les experts, s'agissant du chapitre sur la cohérence, ont exposé le mode de fonctionnement de la recourante et les limitations fonctionnelles qu'ils inféraient des diagnostics retenus, mais ne se prononcent pas sur cette notion telle qu'elle est définie dans la jurisprudence, soit sur le point de savoir si les limitations liées à l'atteinte à la santé se retrouvent également dans tous les domaines de la vie de la recourante. Les éléments recueillis dans le cadre de l'expertise – par exemple les activités de loisirs, le recours à des tiers pour l'aider dans les soins aux enfants et le fait de ne pas les accompagner sur la place de jeu – ne sont pas suffisamment détaillés pour trancher cette question.

Enfin, la recourante signale une aggravation de son état de santé depuis août 2018. C'est ici le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, la légalité de la décision attaquée doit être appréciée d'après l'état de fait existant au moment où la décision a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_469/2015 du 19 février 2016 consid. 4.2). Dès lors que l'aggravation annoncée est antérieure à la décision sur le fond, l'intimé devra déterminer son éventuelle incidence sur le droit aux prestations, ce que ne permet pas l'expertise du Pr G_____, puisqu'elle a été établie avant sa survenance.

Compte tenu des éléments qui précèdent, l'expertise au dossier ne permet pas de trancher le droit aux prestations. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a poursuivi l'instruction.

S'agissant du point de savoir s'il devait se contenter de solliciter un complément d'expertise auprès du Pr G_____, comme l'affirme la recourante, il convient de souligner que l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales dans la conduite de la procédure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Malgré ce qui précède, il n'est pas habilité à ordonner n'importe quel moyen de preuve et doit veiller à agir de manière objective et

impartiale, en gardant à l'esprit l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance (Jacques Olivier PIGUET in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 10 ad art. 43 LPGA).

Dans le cas d'espèce, le défaut de valeur probante du rapport du Pr G_____ et de Mme H_____ n'est pas uniquement lié à l'absence de commentaires quant à certains indicateurs jurisprudentiels – cas dans lequel un simple complément peut s'avérer suffisant (cf. ATF 141 V 281 consid. 8) – mais également aux doutes que soulèvent en partie les diagnostics et les effets sur la capacité de gain admis. Partant, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est opportune. Dans ces conditions, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans n'entendra pas le Pr G_____.

Enfin, la recourante n'a élevé aucune objection quant à la personne du Dr I_____, si bien qu'il n'existe pas de motif pour la chambre de céans de ne pas confirmer l'expert désigné dans la décision dont est recours.

8. Le recours est rejeté.

La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations, elle est gratuite (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI *a contrario*).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le