

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1975, mère d'un enfant né en 2016, 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) le 11 octobre 2017, invoquant un état anxio-dépressif dans le cadre d'un état de stress post-traumatique depuis 2009.
2. Selon l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée que l'intimé s'est procuré, celle-ci a réalisé des revenus inférieurs à CHF 5'000.- de 1993 à 2015, sauf en 1994 (CHF 11'053.-) ; 1997 (CHF 12'000.- environ), 1998 (CHF 41'000.- environ) ; 1999 (CHF 37'000.- environ) ; 2000 (CHF 42'000.- environ) ; 2001 (CHF 67'000.- environ), 2004 (CHF 29'000.- environ) et 2010 (CHF 19'677.-).
3. Dans un rapport du 22 février 2018, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a relaté l'anamnèse familiale de l'assurée. Elle décrivait une enfance et une adolescence difficiles et conflictuelles, et disait avoir été une enfant turbulente et hyperactive. Au plan professionnel, elle avait travaillé deux ans comme agent de voyage, deux ans dans un service après-vente chez un horloger, puis à 60 % en tant qu'infirmière dans un service de neuro-rééducation en 2010. Elle avait exercé cette dernière activité de manière traumatique. En effet, son ami avait subi un accident vasculaire-cérébral (AVC) avec des séquelles d'hémiplégie et une aphasie globale. Elle était restée à ses côtés pendant 5 ans, dans des conditions certainement traumatiques en raison de l'épuisement physique et affectif. Dans ce contexte, elle avait été suivie par sa généraliste, qui la traitait par homéopathie car elle était réticente à toute approche pharmacologique. Elle avait été adressée au Dr B_____ en mai 2012. Elle se présentait cliniquement avec une hyper-sensorialité, une labilité émotionnelle, une logorrhée et un flux de pensées extrêmement rapide, qu'elle affirmait ne pas pouvoir arrêter. Tout traitement pharmacologique, même à moindre dose, provoquait des effets secondaires, de sorte qu'une prise en charge uniquement psychothérapeutique avait finalement été préférée. Les tests neuropsychologiques montraient un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Sur le plan intellectuel, l'assurée se situait dans la moyenne forte. Elle présentait également des signes d'un syndrome de stress post-traumatique évoluant de façon chronique depuis l'AVC de son ami, ainsi qu'une thymie franchement dépressive et une insomnie sévère. Une thérapie d'orientation cognitivo-comportementale avait permis d'aborder les éléments perturbateurs de son fonctionnement psychique et de travailler sur l'optimisation de ses ressources attentionnelles et intellectuelles. L'assurée vivait désormais avec un nouvel ami, avec qui elle avait construit une relation stable, et elle avait un enfant. Cette relation lui avait permis de réorienter sa vie. Elle avait renoué avec sa famille. Du point de vue professionnel, elle avait fait plusieurs tentatives d'activités occupationnelles dans le domaine de la poterie, de la créativité, de l'art-thérapie, mais elle n'avait pas pu envisager une activité professionnelle, restant envahie par la souffrance liée aux soins de son ex-ami. Ainsi, malgré ses capacités cognitives et intellectuelles, un

travail dans le domaine infirmier éminemment clinique ou dans un travail commercial devait être évité. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée depuis 2008. Le Dr B_____ pensait que l'assurée devrait bénéficier d'une demi-rente d'invalidité et parallèlement d'un projet de réinsertion professionnelle à mi-temps, peut-être dans le domaine de la santé publique, la prévention, la petite enfance, dans les soins à domicile ou dans le domaine scolaire. Les diagnostics étaient ceux de syndrome de stress post-traumatique, modification durable de la personnalité, de syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité (F 90.0) et de personnalité à traits obsessionnels et émotionnellement labiles.

4. Par courrier du 22 juin 2018, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI qu'après avoir rencontré le médecin généraliste de l'assurée, qui la connaissait depuis l'adolescence, il considérait désormais qu'une rente d'invalidité complète devrait lui être allouée, avec une reconversion professionnelle dès qu'elle serait en état de la demander. En effet, ces derniers mois, malgré un traitement bien investi, l'assurée montrait des fluctuations dans son état clinique, au vu desquelles tout projet de réinsertion était déconseillé.
5. Dans une note du 31 octobre 2018, l'OAI a retenu un statut mixte avec un taux d'activité à 60 %, soit le taux d'activité indiqué par le Dr B_____. Selon son compte individuel, l'assurée avait été employée des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) de mai à août 2010.
6. Le 31 octobre 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait mettre en œuvre une expertise psychiatrique et lui a imparti un délai pour compléter les questions de l'expertise et faire valoir des motifs de récusation à l'encontre de l'expert, qu'il n'a pas désigné nommément.
7. Le 12 novembre 2018, l'assurée a invité l'OAI à lui préciser si l'expert qui l'examinerait était psychiatre et spécialisé en trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et psycho-traumatologie.
8. Le 15 novembre 2018, le Centre d'expertise médicale de Lancy (CEML) a convoqué l'assurée à l'expertise, précisant qu'elle serait réalisée par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
9. Le 19 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée que le CEML était « reconnu par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) », et que le Dr C_____ disposait d'un titre de spécialiste en psychiatrie.
10. Après avoir examiné l'assurée le 4 décembre 2018, le Dr C_____ a rendu son rapport le 12 mars 2019. Il y a résumé le dossier de l'assurée. Cette dernière avait spontanément déclaré souffrir d'une difficulté de planification et de gestion de son quotidien, d'angoisses et d'une fatigabilité, en lien selon ses dires avec une anémie ferriprive. Les facteurs de stress étaient son avenir professionnel et ses difficultés à gérer son quotidien.

En 2008, alors que l'assurée accomplissait la 3^{ème} année de ses études d'infirmière, son compagnon de l'époque avait fait un grave AVC. Il vivait à Bienne et l'assurée faisait les trajets. Elle était restée à ses côtés environ cinq ans, et avait développé une symptomatologie réactionnelle avec un basculement de son psychisme, un état de tristesse, la sensation d'être survoltée et à bout, ce qui avait nécessité une prise en charge par son médecin généraliste dans un premier temps.

Dans l'anamnèse systématique, l'expert a relaté en style télégraphique les différents symptômes qu'il retenait ou excluait. Dans ce cadre, il a notamment relevé que l'humeur était fluctuante, caractérisée par des moments de positivité suivis par des moments de négativité, que l'assurée arrivait à gérer sans difficultés. Elle n'avait pas de diminution de l'intérêt ni du plaisir. Elle appréciait le vélo et les activités dans la nature. Elle éprouvait un sentiment de culpabilité pour avoir abandonné son ex-compagnon. Elle avait une diminution de l'aptitude à se concentrer, bien qu'elle arrive à lire. Elle avait des soucis concernant son avenir professionnel. Elle éprouvait une réaction de peur et un sentiment d'impuissance face à l'AVC de son ancien compagnon, sans reviviscences ni souvenirs répétitifs ou envahissants, sans rêves répétitifs en lien avec l'évènement, et sans *flash-backs*. Elle n'avait pas de détresse physiologique mais une réactivité émotionnelle sous forme de pleurs lors de l'évocation de l'évènement. Elle prêtait de l'attention aux détails et n'avait pas de difficultés à soutenir l'attention lors de l'entretien. Son écoute était bonne, et elle se conformait bien aux consignes. Elle ne parvenait pas à mener à terme les activités, avait du mal à organiser ses activités ou ses travaux, et évitait ou peinait lors de tâches nécessitant un effort mental soutenu.

L'assurée décrivait une enfance marquée par le comportement dictatorial de ses parents et leurs conflits de couple. Pour l'assurée, ils faisaient constamment des différences avec sa sœur, favorite dans la fratrie. Elle s'était sentie différente des autres enfants, elle disait avoir été turbulente et hyperactive. Elle avait suivi une scolarité sans difficultés et avait ensuite travaillé un an et demi dans une agence de voyage. Elle avait été licenciée après une période d'arrêt-maladie à la suite d'un accident de voiture, puis avait travaillé au service après-vente d'un horloger pendant environ un an et demi avant son licenciement, qu'elle avait vécu comme injuste et abusif, car elle avait perdu une montre. Elle avait ensuite commencé l'école d'infirmière à l'âge de 26 ans et obtenu son diplôme en 2009. Son dernier emploi remontait à un contrat à durée déterminée de mai à août 2010 dans un service de rééducation. Elle ignorait pourquoi son contrat n'avait pas été renouvelé. Elle n'avait ensuite plus eu d'activité professionnelle. Elle considérait que son état actuel, avec ses difficultés de planification et d'organisation, ses angoisses et sa fatigabilité, l'empêchait de gérer ses activités au quotidien et d'avoir une activité professionnelle. L'assurée se disait ouverte à une reprise professionnelle à 50 % en tant qu'infirmière, mais en dehors de soins d'urgence (EMS ou infirmière scolaire), avec l'autre mi-temps consacré à son fils.

Au plan personnel, elle était en couple depuis 6 ans avec le père de son fils, qui travaillait dans un musée. Il était décrit comme un homme attentionné et soutenant. Le couple avait habité séparément jusqu'en 2017, et l'assurée avait jusque-là vécu de l'aide sociale. Elle décrivait moins d'activités depuis la naissance de son fils « car il fallait beaucoup s'investir ». L'assurée pratiquait régulièrement la natation, la marche, le vélo et le ski de fond. Elle se levait vers 9 heures, s'occupait de son fils et faisait le ménage. Quatre après-midis par semaine, son fils allait à la crèche. Elle faisait alors ses courses ou allait à ses rendez-vous médicaux et s'adonnait à ses loisirs. Le soir, elle mangeait avec son compagnon, regardait la télévision et allait se coucher vers minuit, après une demi-heure de lecture. Son sommeil était variable. Son ami assumait les tâches administratives et elle s'occupait du ménage. Le week-end, elle faisait des activités ou des sorties en famille. Elle bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique à raison d'environ deux rendez-vous par mois chez le Dr B_____.

L'expert relevait une divergence manifeste entre l'appréciation objective de l'état clinique de l'assurée et les antécédents anamnestiques ressortant du dossier. S'agissant du diagnostic de syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité, il constatait que l'assurée restait calme, posée, sans agitation ni distractibilité dans son comportement. Elle évoquait en outre une reprise professionnelle à 50 %, sans craindre de surcharge. Au status, le Dr C_____ relevait un ton affirmé et clair, l'assurée exprimant facilement ses pensées et ses émotions. Son discours était loquace et bavard, sans que son flux de paroles ne soit précipité, diffus ou continu. Le discours était informatif et bien structuré. La motricité était conservée, de même que la psychomotricité, très vive en mimiques mais sans excitation. L'assurée était restée assise pendant tout l'entretien, et aucun comportement relatif à un sentiment d'insécurité, une peur irrationnelle ou un signe somatique d'anxiété n'était observé. La collaboration était bonne, en dehors de la prise de sang qu'elle avait refusée. Elle ne présentait pas de trouble de la vigilance ou de l'attention. La mémoire immédiate et à long terme était intacte. L'humeur était fluctuante, sans idées noires. L'assurée n'était pas irritable. Il n'y avait pas de baisse de l'estime ou de la confiance en soi, ni d'attitude morose face à son avenir professionnel. Elle était capable de répondre aux questions en restant sur le sujet investigué, sans digression. Le contenu de la pensée était fixé par moments dans des souvenirs du passé. Il n'y avait pas de rumination, de pensée obsessionnelle ni d'idées délirantes lors de l'entretien. Il n'y avait pas d'illusion ou d'hallucination, pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonnalisation. Il n'y avait pas d'émoussement ou d'abrasion des affects. Le comportement était approprié. Il n'y avait pas d'élément lié à une compulsion ou à une impulsion.

Dans le cadre de l'expertise, un bilan neuropsychologique a été réalisé le 15 janvier 2019 par Madame D_____, neuropsychologue, dont les résultats ont été intégrés dans le rapport du Dr C_____. Dans ce contexte, Mme D_____ a rapporté les résultats d'un bilan réalisé en 2013 par Madame E_____, psychologue FSP,

laquelle avait alors conclu à l'hypothèse d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

Sur le plan cognitif, l'assurée se plaignait de difficultés de planification et de concentration. Elle n'arrivait pas à finir une tâche et elle commençait beaucoup de choses en même temps. Elle se sentait rapidement débordée, car elle n'arrivait pas à prioriser les tâches. Sur le plan relationnel, elle avait de la peine à gérer les conflits car elle mettait du temps à gérer un problème, et elle ruminait énormément sur certains problèmes. Elle décrivait une bonne mémoire et un bon fonctionnement au quotidien. Quand on lui demandait si elle se voyait travailler, elle répondait par l'affirmative, mais pas à plus de 50 % car elle devait s'occuper de son fils. Elle pourrait augmenter ce taux une fois qu'il serait grand, mais pas à 100 %, car elle pensait que cela serait néfaste pour sa santé. Invitée à décrire une journée-type, elle avait dit se lever vers 9h30 ou 10h, s'occuper de son fils et préparer le petit déjeuner. Elle jouait ensuite avec lui et préparait le repas. Il allait à la garderie quatre après-midis par semaine et elle consacrait alors son temps aux rendez-vous médicaux ou aux tâches ménagères. Après avoir recherché son fils, elle jouait avec lui, mangeait en famille puis regardait la télévision avant de se coucher vers minuit.

Lors de l'examen, la neuropsychologue n'avait pas relevé de distractibilité dans le comportement, malgré le bruit à l'extérieur et dans un bureau voisin. L'assurée avait mentionné ce bruit, qui ne l'avait toutefois pas dérangée pour exécuter les tâches demandées. Elle n'était pas agitée et était restée calme et posée durant les 3 heures 30 de bilan qui s'étaient déroulées sans pause. Il n'y avait pas de baisse de vigilance constatée ni même de fluctuation, mais tout au plus un « blocage » à deux reprises. Elle avait par ailleurs été rapide et efficace, bien que légèrement précipitée. A l'inverse, pour certains tests, elle était lente et elle prenait beaucoup de temps pour réfléchir. Enfin, sur le plan du discours, elle était logorrhéique. Son discours semblait cristallisé sur son vécu antérieur et intégrait très peu son vécu actuel, notamment celui de mère. Son fils ne semblait pas exister, elle n'en parlait quasiment pas. Elle avait pleuré à une reprise en évoquant la nécessité de rompre avec son ex-compagnon, car elle avait complètement occulté sa propre vie.

La surcharge cognitive avait été mesurée par deux tests conçus pour détecter l'amplification des troubles, dont les résultats étaient adéquats. Les informations transmises étaient cohérentes et compatibles avec la situation de l'assurée, et les tests ne montraient aucune incohérence. *A priori*, il n'y avait pas de défaut d'effort ni d'amplification des troubles. En revanche, de légères incohérences étaient relevées, comme la différence de rapidité dans la réalisation des tests. De plus, une tâche d'attention soutenue apportait des résultats anormalement lents et peu compatibles avec certaines activités de la vie quotidienne, comme la conduite automobile. Cette évaluation mettait en évidence des performances légèrement déficitaires à une tâche de flexibilité mentale, en programmation motrice et à une tâche d'alerte. Certaines performances en attention soutenue et divisée étaient déficitaires, mais il ne s'agissait pas de paramètres significatifs selon les auteurs du

test. Ces performances déficitaires montraient que l'assurée était un peu ralentie dans ses réponses, de manière à privilégier des réponses justes. De plus, il y avait un fléchissement sur le plan de l'attention soutenue. En comparaison avec les données relatées par Mme E_____, qui avait relevé des troubles attentionnels et exécutifs, la présente évaluation révélait une superposition sur le plan de la logorrhée et des répétitions des mots en mémoire. L'attention soutenue était superposable, même si Mme D_____ n'avait pas pratiqué les mêmes tests que Mme E_____, laquelle n'était pas spécialiste en neuropsychologie et avait conclu au caractère déficitaire de certaines performances qui ne l'étaient pas selon les critères établis par l'Association Suisse des Neuropsychologues. Partant, le bilan et les conclusions de 2012 (*recte* 2013) devaient être considérés avec prudence selon Mme D_____.

En conclusion, les troubles étaient de nature légère. Bien que les paramètres de l'hyperactivité n'aient pas été testés et mesurés, le tableau, tant sur le plan des résultats aux tests que du comportement de l'assurée en séance et de son parcours de vie, n'était pas évocateur d'un TDAH. On pouvait tout au plus retenir un trouble attentionnel, mais il pouvait être plurifactoriel compte tenu de ses antécédents psychopathologiques. Sur le plan de l'employabilité, selon la table 1 des critères de détermination du degré de gravité des troubles neuropsychologiques éditée par l'Association suisse des neuropsychologues, qui tenait compte à la fois des aspects cognitifs et comportementaux, un degré d'incapacité de travail de 20 % au maximum pouvait être retenu. Ainsi, l'activité d'infirmière était exigible, si le contexte était sans urgence ni stress, comme cela était le cas par exemple dans un EMS, dans une entreprise en tant qu'infirmière du personnel ou dans une école.

Le Dr C_____ avait eu un entretien avec le Dr B_____. Ils avaient discuté de l'évolution de l'arrêt-maladie et de l'état clinique de l'assurée. Selon l'expert, en l'absence de limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail, la grande demande de la part de l'assurée était la reconnaissance de sa souffrance. Le déconditionnement au travail de plusieurs années se répercutait de manière négative sur une reprise professionnelle.

L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient un trouble de l'adaptation, avec prédominance de la perturbation des émotions (F 43.23) ; et une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F 62.1). Le Dr B_____ retenait un diagnostic d'état de stress post-traumatique à la suite de l'AVC de l'ex-compagnon de l'assurée en 2008. Cependant, le Dr C_____ ne constatait pas de signes cliniques en lien avec un tel diagnostic : il n'y avait pas de réaction de peur intense, de sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement, de souvenirs répétitifs ou envahissants de l'événement (*flash-backs*), pas de reviviscence de l'événement, pas de détresse ou de réactivité physiologique lors de l'exposition évoquant directement l'événement, ni de sentiment d'avenir « bouché ». Le Dr B_____ mentionnait également un syndrome de déficit de

l'attention avec hyperactivité. A l'examen, le Dr C_____ ne retenait pas de symptômes ou signes de TDAH. Malgré les comportements turbulents décrits dans l'enfance, un ensemble de symptômes cliniques représentant plusieurs formes de désorganisation, et la difficulté à prêter attention surtout à des situations ne stimulant pas son intérêt, l'assurée avait pu maintenir durant des années un bon niveau de fonctionnement psychosocial et professionnel. On ne retenait pas de trouble de la personnalité émotionnellement labile ou obsessionnelle, mais des traits de la personnalité émotionnellement labile chez cette assurée, qui semblait parfois assez impulsive avec un mode de relation interpersonnelle instable et intense (idéalisation, dévalorisation), ainsi que des traits dépendants, par exemple lorsqu'elle évoquait une crainte de la séparation et les difficultés à prendre des décisions seule. L'examen révélait qu'à partir de l'AVC de son ex-compagnon, des symptômes étaient apparus dans les registres émotionnels et comportementaux, qui avaient progressivement provoqué une altération significative du fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines importants, ce qui correspondait à un diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions. Les manifestations cliniques ainsi que l'anamnèse n'apportaient pas suffisamment d'éléments pour remplir les critères d'un trouble anxieux ou dépressif plus spécifique. Il n'était pas possible de se positionner avec certitude quant à une incapacité de travail passée en raison du manque d'éléments médicaux à disposition. Par ailleurs, l'assurée avait présenté un ensemble de symptômes cliniques caractérisé par une dépendance excessive, la conviction d'avoir été transformée ou marquée par la maladie, une passivité, une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités de loisirs auxquelles elle se livrait précédemment, des plaintes persistantes relatives à la santé, une humeur labile et une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Cela correspondait selon les critères de la CIM-10 à un diagnostic de modification durable de la personnalité. Même si ces symptômes avaient entraîné une gêne clinique et une détérioration dans les domaines social et professionnel de l'assurée, leur intensité actuelle ne justifiait pas d'incapacité de travail. Du point de vue sentimental, elle avait construit une relation stable depuis plusieurs années avec le père de son fils. Elle était capable d'assumer l'ensemble de ses activités au quotidien. Elle pratiquait régulièrement la natation ou la marche. Socialement, elle arrivait à assumer la gestion des activités en famille et avait du plaisir à les faire. Son état psychique n'avait été marqué par aucune rupture particulière depuis 2010 au moins et son mode de vie avait changé, ce qui lui avait permis de réaménager sa vie affective et de construire une nouvelle famille.

L'expert objectivait au jour de l'expertise des limitations fonctionnelles de type découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation, procrastination et indécision, qui ne justifiaient pas d'incapacité de travail. Le suivi psychothérapeutique était conseillé mais pas obligatoire au vu de la capacité de travail conservée. Les troubles dont se plaignait l'assurée ne provoquaient pas de limitations dans sa vie au quotidien. Elle était par ailleurs bien entourée socialement

et au plan familial. La grande demande de reconnaissance de sa souffrance psychique et les divergences entre les éléments anamnestiques du dossier et les constatations lors de l'expertise évoquaient, sans que cela ne soit objectivement démontrable, une recherche de bénéfices secondaires, influençant ainsi de manière négative l'état émotionnel de l'assurée.

Sur le plan psychiatrique, l'expert estimait que la capacité de travail était complète dans l'économie libre. Du point de vue pratique, vu le déconditionnement au travail depuis plusieurs années, il proposait une reprise progressive avec une capacité de travail de 50 % puis de 100 % dans un délai de 30 jours à partir de la date d'évaluation. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Il a répété que l'assurée s'était montrée d'accord pour une reprise du travail.

11. Le docteur F_____, médecin au SMR, s'est déterminé sur l'expertise dans un avis du 14 mars 2019.

Il a relevé que l'assurée ne présentait pas d'atteintes à la santé incapacitantes au sens de l'assurance-invalidité selon l'expert. Il constatait une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique, l'examen neuropsychologique et les diagnostics retenus. L'expert discutait les différents diagnostics mentionnés dans le dossier et il se positionnait clairement à l'aide d'éléments objectivables ressortant du status. L'absence d'atteintes sévères à la santé était étayée. Le SMR suivait les conclusions de l'expert, mais il s'écartait toutefois de la reprise progressive de l'activité professionnelle préconisée en raison du déconditionnement, dont le caractère incapacitant ne pouvait être retenu. La capacité de travail était complète dans l'activité habituelle ainsi que dans toute autre activité.

12. Le 2 avril 2019, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée niant le droit aux prestations en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.
13. L'assurée a contesté ce projet par courrier du 20 mai 2019.
14. Le 3 juillet 2019, l'assurée, par son conseil, a fait part de ses observations à l'OAI. Elle lui a reproché d'avoir fondé sa position exclusivement sur l'expertise du Dr C_____, à l'encontre de laquelle elle a émis de nombreuses critiques, qu'elle a exposées de manière détaillée. Elle a en outre contesté le statut retenu par l'OAI.

Elle a produit un certificat du Dr B_____ du 29 mai 2019. Ce dernier s'est dit perplexe face à la méthode d'évaluation clinique de l'expert et à ses conclusions, qui manquaient de rigueur clinique et étaient à la limite de ce que l'on pouvait demander à un professionnel de la santé mentale. Le Dr B_____ justifiait cette appréciation en indiquant qu'il confirmait le diagnostic de « syndrome du comportement avec hyperactivité », révélé par les tests neuropsychologiques réalisés par Mme E_____, et confirmé par des questionnaires. Les médecins du SMR et le Dr C_____ semblaient ignorer l'étiologie, la clinique, et les conséquences du TDAH. Leurs propos montraient une méconnaissance inquiétante, qui n'était pas à la hauteur de la qualité clinique d'une expertise. Le déficit de l'attention avec hyperactivité de l'assurée était apparu dans l'enfance, caractérisé

par des difficultés à garder l'attention et la concentration, une hyperactivité physique et psychique, des difficultés d'organisation et de pluralisation des tâches ainsi qu'une dysrégulation émotionnelle. Il était compatible avec une formation structurée, même difficile. La dysrégulation émotionnelle propre à ce syndrome entraînait une plus grande difficulté à intégrer les événements traumatiques, motif pour lequel l'AVC de l'ex-compagnon de l'assurée avait représenté un bouleversement psychique et un investissement de sa formation d'infirmière dans un fond traumatique, ayant nécessité des années de thérapie. La sévérité du traumatisme n'empêchait pas que l'assurée, qui avait pu restructurer sa vie affective, ne montrait pas la symptomatologie initiale. La méthode diagnostique par *check-list* des symptômes surprenait le Dr B_____ dans un cas aussi complexe. En outre, l'entretien du Dr C_____ avec lui avait duré deux minutes au plus et n'avait pas établi un dialogue sur le bien-fondé des diagnostics posés, se limitant à recueillir des propos déjà exprimés dans le rapport envoyé à l'OAI. Il était clair que lors d'un entretien d'une heure, l'assurée ne se trouvait pas dans un état psychique comparable à ce qu'elle vivait au quotidien ou lorsqu'elle était confrontée aux événements de son trouble anxieux dépressif post-traumatique. Il était également connu que le contexte de l'entretien lors de l'expertise mettait l'assurée dans un état psychique artificiel qui ne reflétait aucunement ce qu'elle vivait dans la vie quotidienne. Dans ces conditions, affirmer que le diagnostic posé par le psychiatre traitant qui suivait l'assurée depuis sept ans, paraissait surréaliste (*sic*). Le Dr B_____ a poursuivi en ces termes : « *Bien évidemment, l'entretien n'a pas été fait dans un contexte traumatique. Il en va de même de la capacité de tout être humain de pouvoir reconstruire une vie affective après avoir vécu un épisode traumatique. Les propos, aussi bien du médecin régional de l'invalidité que de l'expert, me paraissent fort inadéquats sur le plan clinique* ». Pour ces raisons, il soutenait la mise en œuvre d'une expertise par un expert indépendant suffisamment formé dans les troubles dont l'assurée souffrait. Bien évidemment, cette dernière pouvait probablement investir un projet de réinsertion professionnelle, aussi bien dans un autre domaine d'activité que dans son métier d'infirmière, par exemple en tant qu'infirmière scolaire, mais pas travailler dans un milieu clinique.

15. Dans une note du 4 juillet 2019, l'OAI a relevé que selon les salaires ressortant de son compte individuel, l'assurée avait travaillé à plein temps en 2001 et 2002. Il retenait dès lors un statut d'active jusqu'à la naissance de son fils, puis un statut mixte avec une part professionnelle de 50 %.
16. Dans un avis du 6 août 2019, le Dr F_____ a retenu que l'expertise respectait la forme requise par l'OAI. Le rapport du Dr B_____ n'apportait pas d'éléments nouveaux. Ce médecin admettait que le TDAH était compatible avec une formation et une activité, et que l'assurée pouvait investir une formation d'infirmière scolaire.
17. Par décision du 16 septembre 2019, l'OAI a confirmé le refus d'une rente et de mesures professionnelles, en reprenant la motivation de son projet, complétée par les déterminations du Dr F_____.

18. Par recours du 17 octobre 2019, l'assurée a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise ; principalement à l'annulation de la décision de l'intimé, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2018 ; et subsidiairement à l'annulation de la décision de l'intimé et au renvoi de la cause à l'intimé pour réalisation d'une expertise psychiatrique consensuelle par un spécialiste neutre et indépendant.

La recourante a soutenu que son incapacité de travail totale était bien antérieure à 2017, date à laquelle elle avait réussi à déposer une demande de prestations. Elle avait subi en 2013 un examen neuropsychologique, qui avait conclu à des difficultés susceptibles de se répercuter sur le rythme et la qualité de son travail et dans sa vie quotidienne.

Rappelant les exigences en matière de droit d'être entendu lors de la mise en œuvre d'une expertise, la recourante a soutenu que la communication de l'intimé ne mentionnait pas le nom de l'expert qui allait l'examiner, si bien qu'elle n'avait pas pu faire valoir ses droits de partie. Son courrier du 12 novembre 2018 était resté sans réponse, et un examen neuropsychologique avait été ajouté à l'expertise psychiatrique sans qu'elle n'ait été consultée. Ses droits de partie avaient ainsi été gravement violés. L'expertise devait être écartée pour ce motif déjà. Elle a pour le surplus repris les critiques à l'encontre de l'expertise et des rapports du SMR.

Le rapport d'expertise avait été soumis à son médecin traitant, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine générale, qui avait émis plusieurs critiques à son encontre et qui avait conclu à une incapacité de travail totale et confirmé ses importants handicaps dans sa vie quotidienne et ses tâches ménagères. Le Dr B_____ avait également confirmé son incapacité de travail totale dans un rapport du 14 octobre 2019. Les rapports de ces médecins étaient détaillés et motivés. Ils étaient le résultat d'une anamnèse complète et d'une étude approfondie du dossier, qui leur conféraient une pleine valeur probante. Leurs constatations mettaient en évidence l'in vraisemblance des conclusions de l'expertise et ses défauts.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes:

- a. rapport du 11 février 2013 de Mme E_____, psychologue FSP, neuropsychologue, relatant l'anamnèse de la recourante. Cette dernière se sentait épuisée et déprimée, décrivait une hypersensibilité et un sentiment de tristesse. Elle semblait consciente de ses difficultés cognitives et de leurs implications dans la vie quotidienne et parvenait à mettre en place de nombreuses stratégies compensatoires. Mme E_____ observait une distractibilité, une tendance à la logorrhée, des fluctuations de la concentration et des performances, ainsi qu'une impulsivité dans ses réponses. Les tests révélaient un bon fonctionnement intellectuel. Sur le plan attentionnel, un déficit d'attention avec un profil d'inattention et d'impulsivité était mis en évidence par une épreuve informatisée (CPT II, Connors). Sur le plan exécutif,

des difficultés de planification et d'organisation (figure complexe de Rey), d'inhibition (Stroop, Delis Kaplan ; CPT II, Conners), ainsi qu'une impulsivité (CPT II, Conners) étaient notées. Au niveau clinique, de nombreuses fluctuations dans ses performances étaient relevées. Du point de vue attentionnel, la psychologue relevait des fluctuations des capacités, des difficultés à maintenir un effort soutenu, une distractibilité et des difficultés de concentration, et au plan exécutif des difficultés de planification et d'organisation, un manque d'inhibition, une sensibilité à l'interférence, ainsi qu'une tendance à la logorrhée. Ces résultats, corroborés par la description de la recourante et l'observation clinique, allaient dans le sens d'une hypothèse de trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH). Les plaintes relatées semblaient s'inscrire dans le cadre d'une perturbation des fonctions attentionnelles et exécutives. Le stress intense dont la recourante avait souffert ces dernières années avait probablement exacerbé ces symptômes, ce qui pourrait expliquer une partie de ses plaintes actuelles.

- b. rapport du 8 octobre 2019 de la Dresse G_____. Ce médecin a indiqué ne pas être d'accord avec les conclusions du Dr C_____, dont elle a critiqué le travail routinier et superficiel par *check-list*. Elle se ralliait à l'avis du Dr B_____. La capacité de travail de la recourante était nulle. Elle n'avait jamais été totale, comme le révélait son parcours professionnel. La recourante n'était pas apte à se réinsérer dans le monde du travail, car elle n'arrivait pas à gérer correctement sa vie quotidienne. Une réinsertion professionnelle pourrait peut-être être envisagée dans le futur, au vu des progrès accomplis après des années de thérapie. Un bilan d'orientation serait utile car il faudrait trouver une activité adaptée, sans stress et sans trop de responsabilités, à un taux maximum de 50 %. Du fait de sa pathologie, la recourante ne pouvait répondre aux impératifs de rendement et ne l'avait jamais pu. L'absence de médication s'expliquait par les nombreuses intolérances et allergies médicamenteuses. La réticence à prendre des médicaments évoquée par le Dr C_____ ne pouvait ainsi être interprétée par un manque de compliance. L'homéopathie avait aidé la recourante, de même que les techniques de *self-control* dérivées de la sophrologie et de la programmation neuro-linguistique, qui portaient déjà quelques fruits. La recourante souffrait déjà d'un syndrome de stress post-traumatique lorsque la Dresse G_____ l'avait connue en 1997. Ce syndrome pourrait résulter de la maltraitance subie au sein de la famille. En effet, dans les PTSD (*post traumatic stress disorders*) chroniques, il existait des traumatismes multiples et répétés sur une longue période. Le traumatisme survenu à la suite de l'AVC de son ami en 2008 était un énième choc qui avait réactivé et exacerbé son PTSD et ses autres troubles. L'expert appelé à se prononcer devrait disposer de compétences dans le domaine du stress post-traumatique aussi bien aigu que chronique, ainsi qu'en systémique et thérapie familiale, si l'on voulait évaluer le chemin parcouru, déjà énorme, mais qui ne permettait

pas encore de réinsertion professionnelle. La Dresse G_____ appuyait la demande de rente entière de la recourante.

En annexe, la Dresse G_____ a résumé l'activité professionnelle de la recourante sur la base de ses notes de suivi depuis 1997. Après ses études secondaires et l'obtention de sa maturité, la recourante s'était inscrite à l'école de commerce, sans terminer son année. En automne 1997, elle avait eu un premier emploi dans une entreprise d'import-export mais avait été rapidement licenciée. En mars 1998, elle avait commencé un nouveau travail dans une agence de voyage. Elle était tombée malade très vite (sinusite/bronchite). En avril 1998, elle avait eu un accident de voiture avec une commotion cérébrale et un coup du lapin. Elle s'était sentie incapable de continuer dans l'ambiance de stress de l'agence de voyage et avait démissionné. Elle avait ensuite connu une période de chômage. En juin 2000, elle avait eu un emploi de réceptionniste et avait été licenciée pendant sa période d'essai, en raison d'un accident. Elle avait été assistante administrative en 2000 et avait pris un emploi au service après-vente d'un horloger en 2001. Elle n'avait pas réussi à suivre le rythme demandé et était tombée malade plusieurs fois, avec des problèmes ORL et pulmonaires. Elle avait été licenciée en mars 2003 pour avoir perdu une montre. Elle avait subi un arrêt de travail pour décompensation dépressivo-anxieuse réactionnelle de décembre 2002 à mars 2003. Elle avait ensuite eu une nouvelle période de chômage en 2003. En avril 2004, elle avait eu un nouvel accident de voiture, avec une petite commotion et un coup du lapin. Elle avait commencé sa formation d'infirmière en automne 2004 et avait subi un nouvel accident de voiture avec nouvelle commotion et nouveau coup du lapin en novembre 2004, conduisant à une incapacité à suivre les cours. Elle était retombée malade (poumons et ORL) en février 2005, avait repris les cours fin avril 2005 et avait subi une décompensation asthmatique le 8 mai 2005. Elle avait beaucoup de difficultés à suivre ses études. Tout allait trop vite, elle était submergée par la charge de travail et une très grande anxiété. En octobre 2005, elle avait subi une bronchopneumonie. Elle avait redoublé son année. Par la suite, la Dresse G_____ n'avait revu la recourante qu'en octobre 2012. Elle était alors en pleine crise de PTSD aigu, avec tous les symptômes liés à cette pathologie. Elle avait alors subi un arrêt de travail complet, qui se poursuivait depuis. C'était à cette époque que le suivi avec le Dr B_____ avait débuté.

- c. rapport du 14 octobre 2019 du Dr B_____, selon lequel la capacité de travail de la recourante était nulle depuis fin 2008. Cette dernière n'avait jamais travaillé de façon régulière, aussi bien dans ses activités scolaires que professionnelles, instables avec des licenciements plus ou moins rapides ou des arrêts-maladies pour des raisons somatiques, mais toujours dans un contexte de stress d'une certaine ampleur. La recourante avait eu beaucoup de difficultés à suivre ses études, ayant de gros problèmes à structurer et prioriser son travail, souvent submergée par sa charge avec une grande anxiété et par moments des crises de panique. Depuis 2012, elle était en pleine crise de stress post-

traumatique aigu. Sur le plan psychiatrique, la recourante avait toujours été en incapacité de travail totale. Néanmoins, elle avait réussi à stabiliser son état psychique, avec une grande amélioration de sa qualité de vie après son accouchement, mais pas sur le plan professionnel. La possibilité d'une réadaptation professionnelle avait été abordée sur le plan thérapeutique avec la recourante, raison pour laquelle un avis favorable avait été émis pour un éventuel projet de réinsertion professionnelle. Les limitations face à son activité professionnelle habituelle étaient en lien aussi bien avec le TDAH qu'avec le PTSD. Il était clair qu'un TDAH n'excluait pas une activité professionnelle, cependant, chaque individu réagissait différemment en fonction du contexte psychosocial. Le TDAH était un problème cognitif mais aussi émotionnel. Les individus en souffrant avaient un désaccord cognitivo-émotionnel plus ou moins sévère qui les empêchait parfois d'investir une activité ou des relations de façon adéquate. Dans ce sens, la recourante faisait preuve d'une grande émotivité et impulsivité avec des troubles anxiodépressifs, comme une manière dysfonctionnelle de gérer l'adaptation à son trouble. Elle n'était actuellement pas apte à se réinsérer dans le monde du travail. Si une activité de réinsertion était néanmoins tentée, elle devrait se dérouler dans un cadre adapté, sans stress. Un projet de réinsertion devrait être mené par une équipe spécialisée à un taux d'activité de 30 % au moins et 50 % au plus. Le pronostic quant à l'amélioration de la qualité de vie en tant que femme au foyer était très positif, mais la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à présent était définitivement nulle. Les traitements médicamenteux tentés n'avaient pas abouti, en raison d'effets secondaires importants. Au vu de ces éléments, l'octroi d'une rente d'invalidité semblait absolument nécessaire.

19. Par réponse du 13 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il s'est déterminé sur les griefs de la recourante en lien avec la violation de son droit d'être entendue, soutenant que celle-ci avait été informée que l'expertise serait réalisée par le Dr C_____ et avait pris connaissance du mandat. Il a en substance affirmé que l'expertise de ce psychiatre avait valeur probante. Il est revenu sur le statut retenu.

L'intimé a produit un avis du 12 novembre 2019 de la doctoresse H_____, médecin au SMR, qui s'est prononcée sur les rapports des Drs G_____ et B_____, affirmant qu'ils n'apportaient aucun élément médical nouveau.

20. Par réplique du 16 janvier 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a repris son argumentation quant à son droit d'être entendue et à la valeur probante de l'expertise. Dans ce cadre, elle a notamment allégué que l'examen de Mme E_____ avait été réalisé hors de toute demande de prestations. Il en résultait ainsi une totale neutralité. Le rapport de la Dresse G_____ avait en outre mis en évidence son parcours chaotique, qui démontrait son impossibilité à se plier aux impératifs du monde du travail. Pour le surplus, la recourante a longuement détaillé ses critiques quant à l'expertise.

21. La chambre de céans a entendu les parties le 9 mars 2020.

La recourante a exposé que son état s'était amélioré par rapport à la période où elle avait commencé à consulter le Dr B_____, mais elle ne se sentait toujours pas capable de travailler. Elle avait beaucoup d'angoisses et de stress. Son état de santé était fluctuant. Elle avait accompli sa formation d'infirmière en cinq ans et demi au lieu de quatre ans, bénéficiant d'un arrangement de la part de l'école en raison de problèmes de santé dus à un accident de voiture et à des problèmes psychiques à la suite de l'AVC de son ex-compagnon. Elle se rappelait avoir consulté un psychiatre alors qu'elle avait entre 23 et 25 ans.

Ses journées se déroulaient comme suit. Le matin, elle se levait avec son fils et restait à la maison avec lui. Elle l'amenait quatre après-midis par semaine à la crèche, ce qui lui donnait un cadre et l'aidait dans sa gestion du quotidien. Les médecins lui avaient conseillé de le placer à la garderie car cela était mieux pour lui d'avoir un autre cadre. Cela rassurait aussi son mari. Ce placement était aussi bénéfique pour elle, il lui permettait de survivre et de rester stable.

Elle avait de la peine à être à l'heure. Elle avait des troubles du sommeil et avait de la peine à se lever le matin. Elle faisait en grande partie les tâches ménagères, mais son mari l'aidait. Ils s'en sortaient, mais c'était chaotique. Elle ne faisait plus du tout d'activités sportives depuis la naissance de son enfant. Avant, elle faisait un peu de jogging, une activité individuelle car elle ne pouvait se consacrer à une activité en groupe en raison des contraintes horaires. Son médecin la poussait à faire du sport. A l'époque où elle était suivie par l'Hospice général, elle avait suivi un cours de céramique qui avait été très bénéfique. Elle avait des relations difficiles avec sa famille, qui était absente et ne la soutenait pas.

L'entretien avec le Dr C_____ avait duré presque trois heures et ne s'était pas très bien passé. Elle était très stressée. Il ne l'avait jamais regardée pendant l'entretien mais avait posé une liste de questions. Elle avait été bouleversée et avait eu l'impression que ce médecin ne comprenait pas sa maladie, soit une vie entière de souffrances et un parcours chaotique. Elle avait également eu l'impression qu'il niait toutes les thérapies effectuées et le soutien nécessaire. Le rapport de l'expert ne contenait pas tout ce qu'elle avait dit. L'examen avec Mme D_____ s'était bien passé, mais la recourante estimait que ces tests ne reflétaient pas la réalité, car elle pouvait tenir une performance sur une courte durée, comme c'était le cas avec ce test, dont le résultat aurait pu être très différent le lendemain. Elle ne se sentait pas capable de travailler, même à temps partiel, car elle n'arrivait pas à soutenir un rythme d'activité, elle avait de la peine à se concentrer, était très émotive, fragile et instable psychiquement. Elle avait de la peine à s'adapter. Elle ne pouvait pas gérer les priorités, les tâches complexes et les multitâches dans la durée. Elle avait aussi de la peine à achever ce qu'elle commençait. Le Dr C_____ lui avait posé une question sur son temps de travail, qu'elle n'avait pas très bien comprise. Il lui semblait avoir évoqué avec lui ce qui avait été discuté à l'époque où elle bénéficiait de l'assistance de l'Hospice général. Sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100

%. Sa formation lui avait demandé beaucoup d'efforts. Elle avait toujours eu beaucoup de difficultés dans l'apprentissage et dans la réalisation de tâches. Elle n'avait plus de contacts avec des amis. La maladie de son ex-compagnon, qui ne parlait plus, l'avait isolée socialement. Elle était membre du comité de l'association des parents de la garderie de son fils. Son médecin l'avait encouragée à faire cette activité, qui impliquait une séance de comité une fois par mois. Son époux gérait toute l'organisation administrative. Elle était complètement dépendante de lui financièrement. Il serait nécessaire qu'elle gagne sa vie, car son mari serait à la retraite dans cinq ans.

22. Le 4 mai 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a soumis la mission d'expertise. Elle leur a imparti un délai pour se déterminer sur l'expert pressenti et poser des questions complémentaires.
23. Par courrier du 12 mai 2020, la chambre de céans a invité la recourante à lui faire parvenir les rapports médicaux rassemblés par la Dresse G_____ et à lui transmettre le certificat de salaire de son époux.
24. L'OAI s'est déterminé le 12 mai 2020, indiquant n'avoir pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert. Il a transmis un avis du SMR « sur les questions complémentaires éventuelles à soumettre au Dr I_____ ».

Dans l'avis joint du 11 mai 2020, la Dresse H_____ a souligné que le SMR considérait que l'expertise du Dr C_____ était convaincante et ne voyait pas d'indication à une nouvelle expertise. Le SMR n'avait pas de questions complémentaires.

25. La recourante s'est à son tour déterminée par courrier du 14 mai 2020. Elle n'avait pas de question complémentaire ou de motif de récusation à l'encontre de l'expert. Elle a également transmis le certificat de salaire de son époux, indiquant un revenu de CHF 138'710.- en 2019, ainsi qu'un budget, qu'elle a commenté, affirmant que leurs finances étaient serrées. Elle a précisé que la Dresse G_____ avait sollicité un délai pour produire les rapports requis.
26. Le 15 mai 2020, la chambre de céans a imparti à la Dresse G_____ un délai au 5 juin 2020 pour communiquer tous les rapports médicaux en sa possession concernant le suivi psychiatrique de l'assurée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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, ATF 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les

références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

5. Dans un arrêt relativement 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. A 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. Dans un arrêt de principe rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés

lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

On soulignera du reste que ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, *Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP* 2016 p. 1214).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

8. Au sujet de l'expertise réalisée par le Dr C_____, sur laquelle l'intimé fonde le refus de prestations, la chambre de céans retient ce qui suit.

S'agissant de la violation du droit d'être entendue alléguée par la recourante, il paraît douteux que la manière dont l'intimé a mis en œuvre l'expertise satisfasse entièrement aux exigences rappelées ci-dessus. En effet, il n'a pas indiqué l'identité de l'expert appelé à examiner la recourante, qui n'a pris connaissance de son identité que par le courrier du CEML. Celle-ci n'a ainsi pas pu se prononcer sur le choix du Dr C_____, à tout le moins dans un premier temps.

En ce qui concerne l'expertise en tant que telle, les remarques suivantes s'imposent.

Au plan formel, l'intégration du volet neuropsychologique réalisée par Mme D_____ dans le corps du rapport de l'expert psychiatre rend sa lecture malaisée, dès lors qu'il est difficile de distinguer les appréciations de ces deux intervenants. Sur le fond, il n'est pas fait mention d'un *consilium* entre ces experts, et il est incompréhensible que le Dr C_____ n'ait pas exposé les raisons pour lesquelles il ne reprenait pas l'incapacité de travail de 20 % admise par Mme D_____ en raison des troubles neuropsychologiques. Ce seul point suscite des doutes trop importants pour admettre la valeur probante de cette expertise.

Pour le surplus, le Dr C_____ a pris connaissance du dossier de la recourante. Il a détaillé ses plaintes et son parcours personnel, et il a pris contact avec le psychiatre traitant. Ces volets de l'expertise ne prêtent ainsi pas flanc à la critique. Cependant, s'agissant du status, l'expert s'est contenté d'énumérer une liste de symptômes, sans guère décrire les constatations cliniques qui justifiaient de les retenir ou de les écarter. Sur ce point, son rapport est par trop bref et succinct pour satisfaire aux exigences de motivation d'une expertise psychiatrique. En effet, dès lors que le

processus diagnostique de troubles de ce registre se fonde généralement sur des observations médicales, et que l'existence ou l'absence de ces troubles ne peut en principe pas être confirmée de manière irréfutable par des tests paracliniques, il est particulièrement important dans le contexte d'une expertise de détailler les critères et les observations cliniques justifiant les atteintes retenues. En ce qui concerne en particulier les diagnostics, le Dr C_____ a retenu une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F 62.1). Il a évoqué dans ce cadre l'apparition de symptômes cliniques et une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Or, il n'a pas du tout exposé la nature de ces symptômes, ni en quoi l'altération consistait. Il paraît du reste contradictoire de retenir une telle altération, alors même que l'expert considère par ailleurs que les troubles n'entraînent pas de limitation du fonctionnement au quotidien, et qu'il décrit un bon entourage social et familial. Il aurait également été nécessaire de détailler et dater « la gêne clinique et la détérioration dans les domaines social et professionnel » induite par cette atteinte, et de décrire son évolution, dès lors que l'expert exclut désormais toute incidence sur la capacité de travail de la recourante. En ce qui concerne le TDAH, le Dr C_____ a ici aussi fait référence à « un ensemble de symptômes cliniques représentant plusieurs formes de désorganisation », sans non plus préciser quels étaient ces symptômes et comment ils ont évolué. Partant, son rapport, par trop vague, ne convainc pas.

S'agissant du bilan neuropsychologique réalisé par Mme D_____, il détaille les résultats des tests pratiqués et ses conclusions sont motivées. Cette spécialiste s'est en outre prononcée sur les divergences par rapport à l'appréciation de Mme E_____, et a exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles elle ne s'y ralliait pas. Il faut du reste souligner ici que Mme E_____ n'a pas formellement diagnostiqué un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH), puisqu'elle a évoqué une hypothèse. Partant, à ce stade de la procédure, il n'existe pas de motif de remettre en question les conclusions de Mme D_____.

Les autres rapports médicaux versés au dossier ne suffisent pas non plus à déterminer la capacité de gain de la recourante.

En ce qui concerne les rapports du Dr B_____, ils contiennent d'importantes contradictions quant à la capacité de travail de la recourante. Ce médecin retenait en effet une incapacité de travail totale en février 2018, tout en admettant la possibilité pour la recourante de travailler à mi-temps. Il est revenu sur cette appréciation en juin 2018, se fondant apparemment sur les informations fournies par la Dresse G_____. Son évaluation de la capacité de travail ne paraît ainsi pas dictée par ses propres observations cliniques. Cela semble également ressortir de ses critiques à l'encontre de l'expert, à qui il reproche de ne pas avoir tenu compte de ce que la recourante vit au quotidien. Or, de simples plaintes subjectives ne suffisent pas à fonder un diagnostic ou à justifier une incapacité de gain si elles ne sont pas corroborées par des éléments objectivement constatés. En outre, le psychiatre traitant fait remonter l'incapacité de travail totale de la recourante à

2008, soit à une période où il ne la suivait pas. Celle-ci a du reste travaillé jusqu'en 2010, ce qui tend également à infirmer l'appréciation du Dr B_____.

Quant au rapport de la Dresse G_____ du 8 octobre 2019, il ne peut pas non plus se voir reconnaître valeur probante, dès lors qu'il ne comprend pas tous les éléments formels nécessaires. On notera en outre que son appréciation diverge de celle du Dr B_____, en tant qu'elle admet un syndrome de stress post-traumatique dès 1997. Par ailleurs, la gravité des troubles rapportée par ce médecin contraste avec l'absence de suivi régulier, à tout le moins au plan psychique, jusqu'à 2012. Enfin, il faut relever que les difficultés et les arrêts de travail qu'elle relate ont en grande partie une origine somatique.

9. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des renseignements médicaux nécessaires pour trancher le fond du litige.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, elle sera confiée au Dr I_____, à l'encontre duquel les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation, étant en outre précisé que les parties n'ont pas requis l'ajout de questions.

Enfin, la chambre de céans transmettra à l'expert les rapports médicaux requis de la Dresse G_____ aussitôt reçus.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____ ;
- B. Commet à cette fin le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie ;
- C. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
1. prendre connaissance du dossier de la cause ;
 2. si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante;
 3. examiner et entendre la recourante, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 4. si nécessaire, ordonner d'autres examens, notamment un bilan neuropsychologique.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la recourante.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ?
 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la recourante).
 9. a) 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) ?

- b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. a) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
b) Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
c) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la recourante à reconnaître sa maladie ?
d) La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
e) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
11. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
12. a) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motivez votre position.
b) De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ?
c) Quel est le contexte social ? La recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
d) Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
13. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
a) dans l'activité habituelle,
b) dans une activité adaptée.
14. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent,
a) dans l'activité habituelle,
b) dans une activité adaptée.
15. Indiquer la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.
16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
17. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

19. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 20. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
 21. Formuler un pronostic global. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.
 22. Faire toute remarque utile.
- E. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le