RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4245/2021 **ATAS/337/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2023

Chambre 6

En la cause

A_____ recourante

Représentée par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, originaire de Bolivie, titulaire d'une autorisation d'établissement C, divorcée, aide-soignante jusqu'en 2010, a déposé le 7 avril 2015 une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant une fracture à la cheville et de l'arthrose au genou gauche.

b. Un rapport des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI) du 7 octobre 2014, suite à un stage de huit semaines, a conclu à l'impossibilité de réinsérer l'assurée dans le marché primaire de l'emploi en raison de difficultés physiques (au membre inférieur gauche) et psychologiques ainsi que de limitations d'apprentissage.

c. Le 26 août 2015, Monsieur B_____, psychologue-thérapeute FSP, a attesté suivre l'assurée à raison d'une séance chaque trois semaines depuis le 28 novembre 2014.

d. Le 23 mars 2016, le service médical régional AI (ci-après : SMR) a estimé que l'atteinte psychiatrique de l'assurée n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail (pas de traitement psychotrope, ni de suivi psychiatrique ou d'hospitalisation en milieu psychiatrique) et que, compte tenu de l'atteinte somatique, l'assurée ne pouvait plus exercer son ancienne activité mais était capable d'assumer une activité adaptée à 100% (pas de position debout prolongée, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position à genoux / accroupie, pas de montée des escaliers / escabeaux / échelles, pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de travaux impliquant de manœuvrer des pédales, privilégier une activité sédentaire ou semi-sédentaire avec alternance des positions et peu de déplacements).

B. **a.** Par décision du 9 janvier 2017, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité de la recourante était de 15%.

b. Le 26 avril 2017, la docteure C_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'une symptomatologie anxio-dépressive importante depuis 2008 ; l'assurée présentait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2010 (F32.2), anxiété généralisée depuis 2010 (F41.1), état de stress post-traumatique depuis 2010 (F43.1).

Elle suivait l'assurée depuis le 11 janvier 2017 et lui avait prescrit un traitement de Sertraline, Zoldorm et Lexotanil ; l'assurée ne pouvait pas travailler en raison de ses problèmes physiques et psychiques (grande labilité émotionnelle, elle est très anxieuse, irritable et peu de résistance au stress, affaiblissement des capacités cognitives [concentration et mémoire], fatigue).

c. Le 2 mai 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

d. Le 19 juillet 2017, le SMR a relevé que, dans le cadre de la demande actuelle, l'assurée amenait des éléments pour une aggravation sur le plan psychiatrique. La Dre C_____ attestait d'un épisode dépressif sans symptômes psychotiques depuis 2010, une anxiété généralisée depuis 2010, et un état de stress post-traumatique depuis 2010. La psychiatre, qui suivait l'assurée depuis le 11 janvier 2017, évoquait que les préoccupations sociales, économiques et professionnelles jouaient un rôle important dans la détresse psychique de l'assurée. Le traitement actuel était de Sertraline 50 mg/j, Zoldorm 10 mg/j, et Lexotanil 1.5 mg/j vers 19 h. La Dre C_____ rapportait les limitations fonctionnelles suivantes : labilité émotionnelle, anxiété, irritabilité, diminution de la résistance au stress, affaiblissement des capacités cognitives avec trouble de la concentration et de la mémoire et une fatigue. La Dre C_____ attestait une capacité de travail nulle dans toute activité en raison des atteintes psychiques. Au vu de ce qui précédait, la psychiatre de l'assurée ne décrivait pas de modification de l'état de santé intervenu depuis janvier 2017. Les atteintes évoquées étaient présentes depuis 2010 et étaient stables depuis lors. L'aggravation n'était donc pas rendue plausible.

e. Par projet de décision du 7 août 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.

f. Le 31 août 2017, l'assurée a écrit à l'OAI que son état de santé se dégradait ; elle avait débuté en janvier 2017 un suivi psychothérapeutique hebdomadaire chez Madame D_____ et mensuel chez la Dre C_____, avec prise d'un traitement médicamenteux ; sa psychiatre envisageait une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana ; elle avait des idées suicidaires depuis plusieurs mois.

g. Le 13 septembre 2017, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement.

h. Le 4 octobre 2017, la Dre C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était tellement détérioré qu'elle avait été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana du 18 au 28 septembre 2017.

i. Le 28 septembre 2017, la Clinique genevoise de Montana a attesté d'un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.

j. Le 8 janvier 2018, la lettre de sortie de la Clinique genevoise de Montana a attesté d'une péjoration de l'état dépressif, avec diminution de la thymie, depuis janvier 2017. A l'entrée dans la clinique, on pouvait objectiver une inappétence avec perte de poids, une anhédonie et des idées noires avec absence d'idées suicidaires et sans symptômes psychotiques. Le soutien médico-infirmier régulier, celui de la psychologue, et l'écoute active avaient contribué à diminuer ses angoisses et à améliorer sa thymie. Le travail avec la psychologue avait été axé sur des petits objectifs qui la mettaient face à la réussite. En fin de séjour, elle se montrait très satisfaite car le séjour lui avait permis de prendre conscience des choses positives qu'elle avait dans la vie. Elle repartait avec l'envie de continuer les activités après son retour à domicile. Elle se disait satisfaite, elle se sentait

ressourcée, le travail allait être continué après la sortie avec son psychologue avec lequel elle avait déjà pris rendez-vous.

k. Le 7 mars 2018, le SMR a rendu un avis selon lequel la lettre de sortie du 8 janvier 2018, suite au séjour du 18 au 28 septembre 2017 à la Clinique genevoise de Montana, avait permis de montrer une nette amélioration de la thymie de l'assurée puisque celle-ci n'était plus anhédonique, qu'elle se sentait ressourcée et qu'elle avait pris conscience des choses positives qu'elle avait dans la vie. Par ailleurs, les douleurs chroniques étaient stables et peu sévères puisque seul du Dafalgan était prescrit en réserve. Au vu de ce qui précédait, l'assurée avait présenté une aggravation temporaire de la thymie de janvier à fin septembre 2017 (incapacité de travail inférieure à une année, donc non durable). L'aggravation n'était pas rendue plausible de manière notable et durable.

l. Par décision du 9 mars 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante.

m. Le 3 mai 2018, la recourante, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, puis a retiré son recours le 4 juin 2018, en constatant qu'il était tardif.

n. Par arrêt du 11 juin 2018 la chambre de céans a rayé la cause du rôle.

o. Le 13 novembre 2018, la recourante a requis de l'OAI la réouverture de son dossier en joignant un rapport du 11 novembre 2018 de la Dre C_____, selon lequel elle avait requis une hospitalisation à la Clinique de Montana en raison d'idées suicidaires et d'un énorme mal-être.

p. Selon celui-ci, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré malgré le traitement ; elle était toujours très anxieuse et très déprimée, son état de santé s'était péjoré, cristallisé et chronicisé ; l'aggravation de janvier à septembre 2017 n'était pas seulement passagère mais constante ; ses affections étaient résistantes au traitement. Elle avait des problèmes de sommeil, elle était fatiguée, irritable, anxieuse, avait de la peine à s'alimenter car elle vomissait, elle pleurait souvent et cela depuis le début du suivi.

q. Le 14 février 2019, le SMR a estimé que le rapport de la Dre C_____ du 11 novembre 2018 n'apportait aucun élément médical concret et susceptible de modifier son point de vue. L'aggravation temporaire de janvier à septembre 2017 avait déjà été analysée lors de l'avis du SMR du 7 mars 2018. Après septembre 2017, il n'était pas constaté d'éléments médicaux nouveaux pouvant rendre plausible une péjoration de l'état de santé de l'assurée.

r. Par décision du 21 mars 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

s. Par arrêt du 9 septembre 2019 (ATAS/805/2019), la chambre de céans a admis le recours déposé par l'assurée à l'encontre de cette décision, a annulé celle-ci et

renvoyé le dossier à l'intimé pour instruire la demande de prestations, en considérant ce qui suit :

En l'occurrence, la dernière décision de refus de prestations de l'intimé date du 9 janvier 2017. Elle est fondée sur l'avis du SMR du 23 mars 2016, constatant notamment que l'atteinte psychiatrique de la recourante n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail (pas de traitement psychotrope, pas de suivi psychiatrique ni d'hospitalisation en milieu psychiatrique). Postérieurement à la décision de l'intimé du 9 janvier 2017, la Dre C_____ a attesté d'une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante, justifiant un traitement médicamenteux et psychothérapeutique ainsi qu'une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana du 18 au 28 septembre 2017 (rapports des 26 avril 2017 et 4 octobre 2017) et la Clinique genevoise de Montana a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (lettre de sortie du 8 janvier 2018). Le 7 mars 2018, le SMR a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante de janvier à septembre 2017, en considérant qu'elle n'était pas durable. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 13 novembre 2018, la recourante a produit un rapport de la Dre C_____ du 11 novembre 2018, selon lequel son état de santé ne s'était pas amélioré fin septembre 2017 mais que son affection, résistante aux traitements, s'était cristallisée et chronicisée. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante a rendu plausible que l'aggravation de son état de santé, d'ailleurs admise par le SMR le 7 mars 2018, n'a pas, au vu du rapport de la Dre C_____ du 11 novembre 2018, été seulement temporaire mais a perduré au-delà de septembre 2017, de sorte que l'intimé aurait dû entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Certes, le SMR relève le 14 février 2019 que l'aggravation temporaire de janvier à septembre 2017 a déjà été analysée le 7 mars 2018 mais il omet de se prononcer sur l'attestation de la psychiatre traitante relevant que cette aggravation a perduré.

C. **a.** Le 13 décembre 2019, le docteur E_____, FMH médecine interne, a indiqué une capacité de travail nulle de la recourante du 19 août 2014 au 1er octobre 2016 et dès le 16 novembre 2018. Elle présentait des gonalgies bilatérales, une lombalgie, de l'anxiété, de la tristesse et des insomnies.

b. Le 20 mars 2020, la Dre C_____ et les psychologues-psychothérapeutes FSP D_____ et F_____ ont attesté de diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, anxiété généralisée, état de stress post-traumatique et modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique. Les troubles anxio-dépressifs sévères étaient devenus chroniques avec le temps et aggravés par les douleurs chroniques relativement fortes au genou et à la cheville. Elle était capable de travailler depuis janvier 2020 à raison de 2h maximum par jour.

c. Le 16 avril 2020, le SMR a estimé que les pièces médicales ne relataient pas une aggravation de l'état de santé, mais une amélioration avec une capacité de travail dans une activité adaptée dès janvier 2020.

d. A la demande de l'OAI, le bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM) a rendu le 12 octobre 2020 un rapport d'expertise rhumatologique (Dr G_____, FMH médecine interne et rhumatologie) et psychiatrique (Dr H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie). Ils ont posé les diagnostics incapacitants de gonarthrose tri-compartimentale sévère, valgisante à gauche. Du point de vue psychique, l'assurée présentait des troubles mixtes de la personnalité et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. La capacité de travail était totale depuis toujours dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (sans port de charges supérieures à 10 kg, station debout, accroupie et marche prolongée, travail sur échelles).

e. Le 9 novembre 2020, le SMR a estimé que des éclaircissements devaient être demandés à l'expert psychiatre avant de conclure.

f. Le 17 décembre 2020, l'assurée a requis une nouvelle expertise, celle du Dr H_____ n'étant pas probante. Elle a communiqué un rapport du 11 décembre 2020 de la Dre C_____ et des psychologues-psychothérapeutes D_____ et F_____ critiquant l'expertise psychiatrique, jugée non probante.

g. Le 18 février 2021, le SMR a estimé que le rapport précité du 11 décembre 2020 devait être transmis à l'expert psychiatre.

h. Le 23 février 2021, le Dr H_____ a indiqué qu'un examen neuropsychologique pouvait être proposé ; l'assurée avait proféré des accusations mensongères à l'égard de son rapport qu'elle pouvait, à ce stade, retirer et la Dre C_____ émettait des accusations graves le concernant ; une autre expertise aboutirait à des conclusions similaires.

i. Le 14 mai 2021, Madame I_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a rendu un rapport suite à un bilan neuropsychologique de l'assurée, concluant à une exagération volontaire des troubles cognitifs qui ne pouvait être exclue.

j. Le 3 juin 2021, le Dr H_____ a confirmé ses conclusions.

k. Le 23 juillet 2021, le SMR a estimé que l'assurée présentait un déficit neurocognitif simulé et a confirmé son avis précédent.

l. Le 5 août 2021, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 17,69%.

m. Par projet de décision du 16 août 2021, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement.

n. Le 16 septembre 2021, l'assurée s'est opposée au projet de décision, en soulignant que l'expertise du Dr H_____ n'était pas probante.

o. Le 12 octobre 2021, le SMR a relevé que l'assurée exagérait ses troubles et présentait un trouble de la personnalité histrionique qui ne l'entravait pas dans sa vie quotidienne.

p. Par décision du 12 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

D. **a.** Le 16 décembre 2021, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2018 ; préalablement, elle demandait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, en faisant valoir le caractère superficiel et lacunaire de l'expertise du Dr H_____ et le lien non souhaitable de la neuropsychologue avec celui-ci ; le rapport neuropsychologique n'était pas probant. Elle a joint un rapport de la Dre C_____ et du psychologue-psychothérapeute F_____ du 30 novembre 2021, contestant la valeur probante du rapport suite au bilan neuropsychologique.

b. Le 10 janvier 2022, le SMR a estimé que le bilan neuropsychologique se basait sur des critères validés dans le domaine et a maintenu son précédent avis.

c. Le 2 février 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que tant l'expertise du Dr H_____ que le bilan neuropsychologique étaient probants.

d. Le 3 mars 2022, l'assurée a répliqué, en soulignant que l'OAI ne se déterminait sur aucune des critiques soulevées à l'égard de l'expertise du Dr H_____ et que son droit d'être entendue avait été violé lors de la mise en œuvre du bilan neuropsychologique.

e. Le 21 mars 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

f. Le 5 avril 2022, le SMR a exclu un diagnostic de stress post-traumatique et maintenu ses précédentes conclusions.

g. Le 6 avril 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions.

h. Le 5 septembre 2022, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire, confiée au docteur J_____, FHM psychiatrie et psychothérapie, en considérant ce qui suit : l'intimé s'est fondé sur l'expertise du BEM du 12 octobre 2020, complétée par un examen neuropsychologique du 14 mai 2021 et une détermination du Dr H_____ du 3 juin 2021, pour rejeter la demande de prestations de la recourante ; celle-ci conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique en faisant valoir l'avis de ses médecins traitants. A cet égard, il ressort du rapport circonstancié et convaincant de la psychiatre et du psychologue traitants de la recourante, du 11 décembre 2020, que le Dr H_____ n'a pas appréhendé le dossier de la recourante avec sérieux, laquelle avait été victime à de multiples reprises de maltraitance et traumatismes relationnels et qu'il a, en particulier, posé un diagnostic d'état dépressif léger sans syndrome somatique qui ne tenait absolument pas compte du caractère chronique des troubles anxio-dépressifs sévères. Au vu de ce rapport, on ne saurait considérer que l'expertise du Dr H_____ revêt une valeur probante, ce d'autant qu'elle ne tient pas suffisamment compte non plus de l'hospitalisation de la recourante à la Clinique genevoise de Montana en septembre 2017 pour un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, le Dr H_____ se contentant de

souligner que la recourante n'a jamais été hospitalisée « en milieu psychiatrique » (expertise du BEM, p. 44 et 50).

i. Le Dr J_____ a rendu son rapport le 18 janvier 2023. Il a posé les diagnostics (DSM-V et CIM-10) de trouble dépressif caractérisé, épisode récurrent, moyen F33.1 (296.32), trouble panique F41 (300.01), agoraphobie F40.00 (300.22), trouble de conversion avec symptômes associés F44.7 (300.11) et trouble de l'usage d'hypnotiques ou anxiolytiques, léger F13.10 (305.40). La capacité de travail de l'assuré était nulle depuis janvier 2017 dans toute activité. Il a pris en compte un examen neuropsychologique effectué par le Dr K_____ dont le rapport du 20 décembre 2022 a conclu à des troubles neuropsychologiques légers à moyens - correspondant à une difficulté à mobiliser les compétences cognitives sous l'effet des troubles psychiques anxieux - incapacitant à hauteur de 50%.

j. Le 14 février 2023, la recourante a observé que le rapport d'expertise judiciaire était probant et qu'il confirmait les lacunes, erreurs et incohérences du rapport du Dr H_____, lequel avait déjà fait l'objet de critiques similaires dans d'autres cas, et que la question du signalement de cet expert à la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales, voire d'une dénonciation pénale se posait. Elle concluait à l'admission du recours.

k. Le 6 avril 2023, l'OAI a conclu à l'absence de valeur probante de l'expertise judiciaire, le Dr J_____ ne présentant pas la neutralité et l'objectivité imposées à un expert.

l. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la

décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

6.

6.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

6.2 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

6.3 Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès

qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

6.4 L'art. 29bis RAI prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

7.

7.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

7.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations

d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

7.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

7.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.

9.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

9.2 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

9.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

9.4 On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet JACQUES MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que

FRANÇOIS PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, in L'expertise médicale, 2002, p. 11 ss et 133 ss ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010). En particulier, on ne saurait reprocher à des experts de prendre position sur les avis des médecins du SMR (arrêt du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011). En revanche, des tournures ironiques ou polémiques utilisées par un expert à l'égard des rapports du SMR peuvent être propres à susciter des doutes quant à l'objectivité et à l'impartialité dudit expert (arrêt 9C_603/2009 du 2 février 2010).

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

11. En l'occurrence, la chambre de céans, constatant que le rapport d'expertise du Dr H_____ n'était pas probant, a ordonné une expertise psychiatrique judiciaire.

Le rapport d'expertise du Dr J_____, fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et actuelle précise, des tests d'hétéro et auto-évaluation (ainsi que des questionnaires spécifiques), la description des plaintes de la recourante, un status clinique, un entretien avec la Dre C_____, des diagnostics clairs et étayés, un examen neuropsychologique récent et une motivation convaincante de l'incapacité de travail (après avoir analysé les indicateurs pertinents et mentionné les limitations fonctionnelles de la recourante) répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

11.1 La recourante considère que le rapport d'expertise est probant.

11.2 Quant à l'intimé, il n'apporte aucun élément concret démontrant que le rapport de l'expert judiciaire ne répondrait pas aux exigences jurisprudentielles pour lui reconnaitre une pleine valeur probante. La seule critique émise concerne les formules, jugées ironiques ou polémiques, utilisées par l'expert judiciaire à l'égard du rapport d'expertise du Dr H_____, propres, selon l'intimé, à susciter des doutes quant à l'objectivité et l'impartialité de l'expert.

11.2.1 A cet égard, on ne saurait, tout d'abord, reprocher à l'expert de s'être prononcé sur le rapport du Dr H_____, dès lors que cette analyse lui était précisément demandée dans le cadre de la mission d'expertise (cf. question 11.1) et que la prise de position sur d'autres avis médicaux permet en général d'étayer

les conclusions de l'expert (à cet égard arrêt précité du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011).

11.2.2 Ensuite, le fait que l'expert indique qu'il estime le rapport du Dr H_____ non-probant relève, certes, d'une analyse juridique, mais n'invalide pas ses constats, lesquels ont trait à l'analyse médicale à laquelle a procédé le Dr H_____, ce qui correspond bien à ce qui était requis de l'expert judiciaire.

11.2.3 Certes, l'expert judiciaire s'est exprimé de façon parfois abrupte sur le rapport d'expertise du Dr H_____, en mentionnant les phrases suivantes :

> « On se demande si l'évocation de traits histrioniques ne sert qu'à inventer une exagération visant à enlever toute importance aux nombreuses plaintes » … « Le décalage entre la description détaillée des limitations fonctionnelles figurant dans la présente expertise et le tableau clinique du BEM est trop flagrant pour être crédible »… « Le BEM est si convaincu de ses conclusions, qu'il ne juge même pas utile d'effectuer un consilium avec la psychiatre traitante qui connait peut-être mieux le cas qu'après 2h d'examen bâclé »… « Le rapport rendu à l'attention de l'OAI donne l'impression de tenter d'écarter toute information qui puisse faire admettre la gravité du tableau clinique et ses limitations, ainsi que reconnaitre un handicap ».

Cependant, contrairement à l'avis de l'intimé - qui estime que l'expert judiciaire prête au Dr H_____ l'intention délibérée de nier le caractère incapacitant des troubles constatés de manière purement subjective -, l'expert judiciaire se contente de souligner que le rapport du Dr H_____, au vu de ses lacunes et incohérences, peut laisser penser que son auteur a écarté les éléments de gravité et inventé une exagération des plaintes. Cette nuance est d'importance car elle démontre que l'expert judiciaire s'en est tenu aux faits, en confrontant le contenu de l'expertise du Dr H_____ avec sa propre expertise et que c'est cette analyse précise qui l'a amené à constater des divergences tellement importantes qu'une des explications possibles était celle d'une intention de l'expert H_____ de minimiser le tableau clinique de la recourante.

Contrairement au cas jurisprudentiel précité, dans lequel le rapport de l'expert a été jugé non probant (arrêt 9C_603/2009 précité), l'expert judiciaire a rendu en l'occurrence un rapport qui répond à l'exigence de rigueur scientifique et d'établissement de rapports d'expertise psychiatrique probants selon les critères jurisprudentiels précités (étude fouillée des points importants, examen complet, prise en compte des plaintes de la recourante, de toutes les pièces du dossier et conclusions claires et convaincantes). Dans ces conditions, les propos de l'expert judiciaire ne sauraient être qualifiés d'inappropriés au point de susciter des doutes quant à son objectivité et son impartialité. Cela est d'autant plus vrai que les critiques de fond émises par le Dr J_____ à l'endroit de l'expertise du Dr H_____ sont convaincantes.

11.2.3.1. Tout d'abord, l'expert judiciaire a relevé des divergences importantes entre ses constats et ceux du Dr H_____.

S'agissant de l'anamnèse, l'expert judiciaire relève que celle du Dr H_____ est déficiente, les épisodes dépressifs antérieurs étant manquants, tout comme les nombreuses décompensations thymiques de la recourante. Or, on ne peut que constater avec l'expert judiciaire que l'anamnèse effectuée par le Dr H_____ reste extrêmement superficielle au regard du parcours de vie de la recourante, ponctué de maltraitances et traumatismes relationnels, lesquels ne sont pas relevés de façon sérieuse par le Dr H_____. Plusieurs faits importants sont ignorés (le décès de la mère de la recourante, en couches, celui de la nièce en 2014, celui du premier mari, celui d'un frère en 2019 ; la connaissance par la recourante de son adoption à l'âge de 11 ans ; les troubles de l'humeur cycliques depuis l'adolescence et réactionnels aux événements douloureux comme la maltraitance dans la famille d'adoption et les décès de membres de sa famille ; les pics d'anxiété paroxystique débutant lors d'un incident avec une patiente en 2010 ; les circonstances du licenciement ; la symptomatologie d'un syndrome post-traumatique après avoir assisté, en 2008, à une défenestration ; le fait que la recourante cesse de fréquenter son église en 2015 ; un tentamen en 2016 ; les idées suicidaires ayant motivé l'hospitalisation à la clinique de Montana en 2017). Par ailleurs, le décès du père de la recourante est mentionné en 1997, alors que celui-ci est décédé à 83 ans en 2005.

En particulier, l'anamnèse ne relève pas l'aspect récurrent des états dépressifs, relevé par l'expert judiciaire mais aussi par les psychiatre-psychologue traitants, en particulier la Dre C_____, qui fait état de troubles de l'humeur cycliques depuis le début de l'adolescence, réactionnels à des événements et périodes de vie douloureux et des rechutes anxio-dépressives (rapport du 20 mars 2020).

Après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr H_____, la Dre C_____ note (rapport du 11 décembre 2020), dans le même sens, une certaine légèreté, notamment dans l'information rapportée, et souligne que l'expert H_____ ne tient absolument pas compte du caractère chronique des troubles anxio-dépressifs, au regard de tous les rapports AI des dernières années. De son avis, la recourante a un parcours de vie jalonné par des traumatismes physiques et relationnels répétés, avec du stress constant et important, récurrence qui n'a pas été évaluée par l'expert H_____.

11.2.3.2. Ensuite, le Dr H_____ exclut toute attaque de panique (expertise du Dr H_____ pp. 40 et 48).

Or, la recourante lui a mentionné être anxieuse (expertise du Dr H_____ p. 40) sans que cela ne soit investigué plus avant par le Dr H_____. Par ailleurs, la Dre C_____, dans son rapport à l'intimé du 26 avril 2017, avait d'emblée relevé que, dès son suivi en 2017, la recourante présentait des nausées, vomissements dus à son anxiété permanente, sous forme de crises avec tremblements, oppression

thoracique, tachycardie, fourmillements et bouffées de chaleur, et avait constaté une symptomatologie anxio-dépressive importante, signalée depuis 2008. La médecin a confirmé une anxiété généralisée et indiqué un état de stress post-traumatique le 20 mars 2020. Le Dr E_____ relevait aussi une anxiété le 13 décembre 2019. Enfin, l'expert judiciaire s'étonne de l'absence de diagnostic de trouble panique, lequel existe, selon lui, au moins depuis 2008 (expertise judiciaire, p. 82). L'expertise du Dr H_____ parait ainsi lacunaire et écarte, sans motivation, les constatations constantes et concordantes des médecins traitants.

11.2.3.3. Enfin, l'expert H_____ souligne d'emblée que la recourante est démonstrative (expertise du Dr H_____ p. 38) ce qu'il rappelle à plusieurs reprises, en ajoutant qu'elle présente des traits d'histrionisme, un trouble mixte de la personnalité constitué d'une dramatisation et d'un théâtralisme (expertise du Dr H_____ pp. 45, 48, 49 et 50) et qu'elle apparait fixée au sein d'une posture d'invalide (expertise du Dr H_____ p. 50). Or, le Dr H_____ se contente d'affirmations, sans aucune motivation. On ne comprend pas à quel moment ni en quoi la recourante aurait été démonstrative ou théâtrale, ni comment elle se serait fixée dans une posture d'invalide, ce que l'expert judiciaire relève également, en mentionnant que les traits histrioniques ne sont pas valablement argumentés (expertise judiciaire p. 82). Ces affirmations sont d'autant moins compréhensibles qu'elles sont contredites tant par l'expert judiciaire que par les médecins-traitants et le neuropsychologue.

En effet, l'expert judiciaire relève, au contraire, que la recourante est profondément authentique, sans attitude ostentatoire, ni dramatisation, exagération ou amplification symptomatique, qu'elle n'est pas du tout théâtrale et frappe par son authenticité ; l'expert judiciaire précise qu'il est au contraire souvent nécessaire d'insister pour que l'ensemble des plaintes soit rapporté ; la recourante frappe par son côté battant, travailleur, attachée à son ancien métier et effondrée par la perte de celui-ci. Il n'existe aucune attitude revendicatrice ou procédurière et certainement pas de sinistrose d'assurance (expertise judiciaire pp. 59, 60, 69 et 70). Quant à la Dre C_____, elle relève également (rapport du 11 décembre 2020), que l'expert H_____ ne précise pas en quoi les symptômes définissant les personnalités dépendante et histrionique s'appliquent à la recourante, sur la base d'exemples concrets issus de l'entretien, ni en quoi la recourante serait fixée dans une posture d'invalide. À cet égard, la Dre C_____ a relevé le 20 mars 2020, soit quelques mois seulement avant l'expertise du Dr H_____, que la recourante souhaitait retrouver une activité et était intéressée par des ateliers auprès de l'Armée du Salut. Elle présentait une certaine motivation à faire des efforts pour s'en sortir, ce qui ne correspond pas à une description d'une posture d'invalide. Enfin, le neuropsychologue K_____ relève que la recourante est un peu démonstrative, attitude qu'il impute, comme la Dre C_____ (rapport du 11 décembre 2020), à un facteur culturel et souligne qu'elle n'est ni revendicatrice, ni exagérément plaintive (rapport du Dr K_____ du 20 décembre 2022 p. 3)

11.3 La chambre de céans constate, dans le même sens que l'expert judiciaire et la Dre C_____, que, d'une façon générale, l'expertise du Dr H_____ manque de sérieux par les lacunes qu'elle présente mais aussi par son manque de motivation. L'expert H_____ s'est contenté de mentionner les réponses de la recourante à une liste de questions, sans tirer de conclusions des informations reçues, en particulier en lien avec les divers traumatismes allégués. Par ailleurs, il procède à une évaluation médicale et médico-assurantielle (expertise du Dr H_____ p. 49) qui ne repose pas sur des éléments concrets et compréhensibles, de sorte qu'elle ne convainc pas. C'est, d'une part, ce que l'expert judiciaire exprime lorsqu'il dit que les conclusions « médico-théoriques » du Dr H_____ sont en effet très théoriques, pour ne pas dire incohérentes (expertise judiciaire p. 84) et, d'autre part, ce que la Dre C_____ relève aussi lorsqu'elle indique que le texte du Dr H_____ constitue une suite de phrases affirmatives posées dans la plupart des cas sans introduction de connecteur logique entre les parties, pouvant laisser penser que l'expertise n'a été faite qu'en surface avec des informations recueillies de manière parcellaire, sans tentative de modélisation psychologique et psychopathologique parcimonieuse et argumentée et présentant des sauts logiques qui font apparaitre ses conclusions et constats comme étant absents d'une argumentation clinique et scientifique poussée et reposant sur une logique stéréotypée (rapport de la Dre C_____ du 11 décembre 2020).

11.4 Le SMR a d'ailleurs jugé utile de poser des questions complémentaires à l'expert H_____ (avis du SMR du 18 février 2021) en lui communiquant l'avis de la Dre C_____ et les remarques de l'avocat de la recourante du 17 décembre 2020.

Or, la réponse du Dr H_____ du 25 février 2021 n'est pas adéquate, dès lors que celui-ci estime, d'une part, qu'il est loisible à l'avocat de la recourante de « retirer ses accusations mensongères », d'autre part, que la Dre C_____ émet des « accusations grave me concernant » et qu'une autre expertise effectuée par un expert SIM « aboutira à des conclusions similaires ».

Ce faisant, le Dr H_____ ne répond pas à son obligation, en tant qu'expert, de répondre aux questions complémentaires du SMR, ce qui dénote un manque de sérieux dans sa manière de procéder.

12. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire, dont la valeur probante doit être admise, et de constater que la recourante présente, depuis janvier 2017, une capacité de travail nulle dans toute activité, de sorte qu'elle a droit, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, à une rente entière d'invalidité depuis le 1er mai 2019, la recourante ayant déposé sa demande de prestations le 13 novembre 2018.

À cet égard, la recourante ne peut prétendre, comme elle y a conclu, à un droit à la rente dès le 1er novembre 2018, dès lors qu'elle ne se trouve pas dans le cas d'un

accroissement du droit aux prestations (art. 88a al. 2 RAI) ni dans celui d'une reprise de l'invalidité après suppression de la rente (art. 29bis RAI).

13.

13.1 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparait peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entrainer la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

13.2 En l'occurrence, vu l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr H_____, il convient de mettre à la charge de l'intimé les frais de l'expertise judiciaire, en CHF 17'098.-, dont l'ordonnance a été nécessaire.

14. Le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2019.

Au vu du sort du recours, la recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité qui sera fixée à CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens

(art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émolument et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Pour le surplus, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 12 novembre 2021.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2019.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à charge de l'intimé.
6. Met les frais d'expertise judiciaire en CHF 17'098.- à charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
8. 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	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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