RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4251/2022 **ATAS/397/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 juin 2023

Chambre 9

En la cause

A_____,
représentée par Me Déborah GREAUME, avocate — recourante

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente ; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1969, de nationalité espagnole, est divorcée et mère de deux fils adultes nés en 1987 et 1996.

b. L'intéressée a travaillé à Genève en tant que vendeuse de janvier 2001 à juin 2004. Après avoir vécu en Espagne de mai 2006 à mai 2011, l'assurée est revenue s'établir à Genève où elle a repris son emploi de vendeuse d'août 2013 à novembre 2014.

c. Le 31 août 2017, l'assurée a terminé une formation d'auxiliaire de santé et a obtenu le certificat y relatif délivré par la Croix-Rouge suisse.

d. Elle a travaillé en tant qu'aide-soignante au sein d'un EMS du 2 janvier 2018 au 17 janvier 2020, date à partir de laquelle elle a été en arrêt maladie. Son contrat de travail a été résilié par son employeur pour le 30 août 2020 et elle n'a plus travaillé depuis lors.

B. **a.** À la fin du mois de janvier 2020, l'assurée a consulté les docteurs B_____, médecin généraliste, et C_____, spécialiste en médecine interne générale, qui ont établi des certificats médicaux d'arrêt de travail du 29 au 31 janvier 2020 et du 3 février au 11 février 2020, respectivement.

b. Le Dr C_____ a précisé, dans un rapport adressé à l'assureur perte de gain du 12 mars 2020, que l'affection de l'assurée s'était manifestée suite à une altercation sur le lieu de travail.

c. Depuis le 10 février 2020, l'assurée est suivie par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon les certificats médicaux établis par ce dernier, l'assurée est en incapacité totale de travailler depuis le mois de janvier 2020.

d. L'assureur perte de gain de l'employeur a d'abord pris en charge le cas et des indemnités journalières ont été versées à l'assurée du 1er mars 2020 au 24 janvier 2021. L'intéressée a ensuite bénéficié de prestations de l'Hospice général depuis le 1er mai 2021.

e. En date du 22 juillet 2020, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE).

C. **a.** Le 22 juillet 2020 également, l'assurée a déposé une première demande de prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

b. Invité par l'OAI à compléter un rapport, le Dr D_____ a confirmé, le 18 août 2020, le diagnostic d'épisode dépressif sévère (code F33.2 de la 10ème édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de 2008 [ci-après : CIM-10]) et d'épuisement physique et psychologique (code Z73.00 CIM-10). Suite à un état grippal survenu

au mois de janvier 2020, l'assurée avait présenté une symptomatologie dépressive grave avec une adynamie, une baisse de l'élan vital, ainsi qu'une aboulie et une anhédonie. Le spécialiste avait en outre constaté un faciès triste et un découragement, ainsi que des affects dépressifs. L'assurée était pessimiste, négative et inhibée. En raison de ces symptômes, elle n'avait que peu d'activités et ne faisait que le strict minimum, ayant beaucoup de peine à faire son ménage. Elle sortait très peu et se faisait aider par sa famille proche, ainsi que par quelques amis. Quant à l'évolution de son état de santé, le Dr D_____ avait constaté une légère amélioration de la symptomatologie dépressive mais pas de la capacité de travail qu'il estimait nulle depuis le 24 janvier 2020.

c. Dans son rapport du 25 novembre 2020, établi à la demande de l'assureur perte de gain, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était encore diminuée et que ses limitations fonctionnelles étaient liées à une diminution de l'élan vital, un déficit de dynamisme, une diminution de la confiance en soi, un discret ralentissement psychomoteur et une diminution de la résistance au stress. Il a toutefois ajouté qu'au vu du degré d'autonomie que l'assurée avait dans sa vie quotidienne (cette dernière effectuait les tâches ménagères et administratives, les courses, la préparation de repas, conduisait sa voiture, lisait et regardait la télévision, faisait des promenades, rencontrait des gens, prenait soin d'elle et avait voyagé à l'étranger), une incapacité totale de travail « ne pouvait certainement pas être considérée comme justifiée ». Selon le spécialiste, la capacité résiduelle de travail de l'assurée était d'au moins 50% au mois de novembre 2020 et « on [pouvait] s'attendre à une augmentation progressive de ce taux (25% par mois), étant donné que le traitement avec antidépresseur venait d'être instauré. Ainsi, l'assurée devait regagner une capacité de travail de 75% à partir du 24 décembre 2020 et une pleine capacité de travail à partir du 24 janvier 2021 ».

Le Dr E_____ a en outre relevé plusieurs incohérences à la lecture des pièces du dossier : en premier lieu, les limitations alléguées ne s'exprimaient pas de la même façon dans l'activité professionnelle d'une part (incapacité totale de travail selon le psychiatre traitant) et dans les autres domaines de la vie de l'assurée, d'autre part (description d'une journée-type). Deuxièmement, il était surprenant qu'au vu du diagnostic retenu (épisode dépressif sévère), le psychiatre traitant n'ait pas introduit un traitement antidépresseur mais se soit limité à un traitement à base de plantes, un tel traitement constituant une contre-indication pour traiter une dépression grave. De plus, malgré la stagnation sur le plan clinique et la persistance de symptômes dépressifs incapacitants, l'on pouvait s'étonner que la stratégie thérapeutique n'ait pas été adaptée pendant de longs mois. Enfin, il était incohérent que le taux de la capacité de travail n'ait jamais été ajusté malgré une amélioration de l'état de l'assurée reconnue par l'intéressée et par son psychiatre traitant.

Le pronostic du Dr E_____ était *a priori* favorable étant donné qu'il s'agissait d'un premier épisode dépressif qui évoluait favorablement chez une assurée sans antécédent psychiatrique, sans comorbidité somatique et avec un bon niveau de fonctionnement prémorbide.

d. Selon un certificat médical du 1er janvier 2021, le Dr D_____ a retenu une capacité de travail partielle (25%) dès le 1er janvier 2021.

e. Sur demande de l'OAI, le Dr D_____ a complété un rapport médical en date du 25 mai 2021. Se prononçant sur l'état de santé de l'assurée, le médecin a relevé une nette amélioration des symptômes mais une rechute au mois de janvier 2021 suite à l'inscription de l'intéressée au chômage et « face aux formalités et aux démarches complexes qu'elle [devait] affronter », ce qui démontrait sa fragilité psychique persistante. Compte tenu du tableau clinique et des symptômes, l'assurée était actuellement incapable de fonctionner professionnellement dans n'importe quelle activité, que ce soit dans son activité professionnelle habituelle ou dans une activité adaptée. L'assurée suivait un traitement constitué d'antidépresseurs.

f. Selon une note au dossier du 17 mai 2021, l'OAI a considéré que, sans atteinte, l'assurée aurait probablement continué son activité qu'elle exerçait depuis plusieurs années à 80%, relevant par ailleurs que celle-ci s'était inscrite auprès de l'OCE alors qu'elle soutenait se trouver en incapacité de travail totale.

g. Selon un rapport médical du 31 mai 2021 établi à la demande de l'OAI, le Dr D_____ a décrit l'emploi du temps quotidien de l'assurée : elle se levait vers 7h00, elle prenait son petit-déjeuner, elle faisait sa toilette, elle se douchait et assumait par la suite de petites tâches ménagères, mais était plus lente que dans son état normal. Ensuite, elle préparait son repas et déjeunait vers 14h00. Puis, elle surfait sur son ordinateur. L'après-midi, elle descendait faire ses courses au supermarché à pied. Une fois toutes les trois semaines, elle allait faire ses courses en France en voiture. C'est elle qui conduisait, mais plus lentement car elle se sentait insécure au volant. Elle était toutefois vite fatiguée suite à n'importe quelle activité qu'elle entreprenait. Elle cherchait pourtant à être active, elle s'occupait de sa fille de 8 ans [en réalité, la fille de son ex-mari] pendant deux heures. Le reste du temps, cette dernière était avec son père avec qui l'assurée avait gardé de bonnes relations.

h. Selon l'avis médical du 1er février 2022, le docteur F_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a indiqué qu'il ne pouvait suivre l'avis du Dr E_____ prévoyant une évolution très favorable de l'état dépressif avec une augmentation rapide de la capacité de travail après la mise en place du traitement antidépresseur. Le médecin du SMR a par ailleurs relevé que, dans son rapport du 25 mai 2021, le Dr D_____ avait, dans un premier temps, remarqué une amélioration mais également une rechute dépressive en janvier 2021, relatant une fragilité psychique face aux démarches de recherches d'emploi.

Dans ces circonstances, le SMR n'était pas en mesure de se positionner clairement sur la gravité de l'état dépressif de l'assurée, son évolution et la capacité de travail exigible qui devait être retenue. Il convenait donc de poursuivre l'instruction et de demander au psychiatre traitant de remplir un rapport médical intermédiaire.

i. Dans son rapport du 21 février 2022, le Dr D_____ a fait état d'un trouble de l'humeur grave et s'est limité à indiquer que l'évolution fluctuante de l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de reprendre son activité d'aide-soignante ou toute autre activité. Le traitement, la médication et le soutien psychique ne lui avaient pas permis de rétablir son état de santé, ni de travailler à nouveau.

j. Par avis médical du 9 mars 2022, le SMR a constaté que le rapport du Dr D_____ du 21 février 2022 n'apportait pas d'éléments nouveaux permettant de comprendre l'incapacité de travail totale dans toute activité pour un épisode dépressif survenu des suites d'un état grippal traité par antidépresseurs. Le SMR préconisait donc la réalisation d'une expertise psychiatrique indépendante.

k. Le docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assisté de Madame H_____, psychologue, a rendu un rapport d'expertise daté du 5 septembre 2022. Il a retenu que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis janvier 2020 et actuellement léger (codes F 32.11/F 32.0 CIM-10) sans répercussion sur la capacité de travail. Il relevait également une accentuation de certains traits de la personnalité (traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé) (code Z 73.1 CIM-10) qui n'avaient pas empêché l'assurée de gérer son quotidien sans limitations. Il a précisé que cette dernière ne prenait plus d'antidépresseurs depuis quelques mois mais qu'elle utilisait encore des traitements homéopathiques. L'expert a conclu à une capacité de travail de 100% depuis le mois de janvier 2020 « au présent ». Selon l'expert, la poursuite d'un suivi psychiatrique régulier et d'un traitement psychotrope n'était pas exigible, car la capacité de travail était conservée, mais celle-ci pouvait cependant améliorer le pronostic. Il recommandait par ailleurs une aide pour la réinsertion professionnelle et précisait que la situation n'était toutefois pas stabilisée et qu'elle devrait être réévaluée une année plus tard.

l. Dans son rapport du 26 septembre 2022, le SMR a recommandé de suivre les conclusions de l'expertise du Dr G_____, sans toutefois proposer de révision du cas au motif que l'atteinte à la santé n'était pas incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

m. Le 10 octobre 2022, l'OAI a adressé à l'assurée un préavis (projet) de décision, à teneur duquel il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. À l'issue de l'instruction médicale, il considérait que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité et que les conditions d'octroi de prestations au sens de cette loi n'étaient donc pas réunies.

n. Par courrier reçu par l'OAI en date du 9 novembre 2022, l'assurée a déclaré faire opposition au projet de décision du 10 octobre 2022, indiquant que, depuis quelques semaines, elle se sentait « très fatiguée, épuisée, incapable de décider et en état d'envisager quelque démarche professionnelle ». Elle avait en outre de la peine à se concentrer et à réaliser quelque projet que ce soit. Elle dormait mal, son appétit était en baisse et elle avait perdu du poids. Au vu de ces circonstances, elle persistait à demander une rente d'invalidité.

En annexe à ce courrier, l'intéressée a joint un certificat médical du Dr D_____ daté du 4 novembre 2022. Ce dernier indiquait qu'après avoir revu l'assurée, il avait constaté une nette aggravation de son état de santé tant psychique que physique. L'intéressée était triste, pleurait, se sentait désespérée et voyait l'avenir en noir. Elle se sentait « tout à fait inapte à imaginer une activité lucrative dans n'importe quel domaine que ce soit, tant son élan vital [était] au plus bas ».

o. Par courrier du 9 novembre 2022, l'OAI a informé l'assurée que, suite à son projet de décision du 10 octobre 2022, il ne procéderait à aucune instruction médicale complémentaire. Il appartenait donc à l'intéressée d'apporter les éléments médicaux susceptibles de modifier le point de vue de l'office, étant précisé que le certificat médical du Dr D_____ du 4 novembre 2022 n'était pas suffisant.

p. Par décision du 21 novembre 2022, l'OAI a dénié à l'intéressée le droit à une rente d'invalidité reprenant la motivation du projet de décision du 10 octobre 2022.

q. Par courrier du 9 décembre 2022 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée présentait depuis deux mois une nette détérioration de sa santé psychique, une nette baisse de l'élan vital, une aboulie, une anhédonie, des troubles du sommeil et des cauchemars. Son incapacité de travail était donc totale.

r. Le 15 décembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne prendrait pas en considération le courrier du Dr D_____ du 9 décembre 2022 dès lors qu'une décision avait été rendue en date du 21 novembre 2022. En cas de contestation, il lui appartenait de former recours contre cette décision.

D. **a.** Par acte du 14 décembre 2021, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre la décision du 21 novembre 2022. En substance, elle a affirmé être dans l'incapacité totale de pouvoir faire face à une activité professionnelle quelle qu'elle soit, malgré toute sa volonté. À l'appui de son recours, elle a produit le courrier du Dr D_____ du 9 décembre 2022 auquel elle renvoyait pour le surplus.

b. Dans sa réponse du 10 janvier 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

À l'appui de sa réponse, il a produit un avis rédigé le même jour par la docteure I_____, médecin auprès du SMR. Invitée à se prononcer sur le courrier du Dr

D_____ du 9 décembre 2022, la Dre I_____ relevait que ce spécialiste avait décrit la même symptomatologie dans son rapport du 25 mai 2021 et avait déjà estimé que l'incapacité de travail était totale. Or, il s'agissait de symptômes subjectifs qui se basaient sur les plaintes de la recourante et non sur des faits objectifs. La Dre I_____ rappelait en outre que, lors de l'expertise psychiatrique du 5 septembre 2022, le Dr G_____ avait aussi retenu des limitations uniquement subjectives et avait apprécié les indicateurs standards pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle. Le diagnostic retenu était évalué d'intensité légère et il n'avait pas été retenu de trouble de la personnalité décompensé. La recourante n'était plus sous traitement antidépresseur et voyait le psychiatre traitant une fois par mois, ce qui allait contre une atteinte sévère. La docteure ajoutait par ailleurs qu'aucune réadaptation n'avait été estimée nécessaire et que les activités quotidiennes n'étaient pas diminuées. Au vu de ces éléments, le SMR estimait que le courrier du Dr D_____ du 9 décembre 2022 n'amenait pas de nouvel élément médical objectif permettant de remettre en question son appréciation du cas.

c. La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision AC/338/2023 du 14 février 2023.

d. Par réplique du 15 mars 2023, la recourante, désormais représentée par un avocat, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 22 juillet 2020. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Préalablement, elle a requis la comparution personnelle des parties et l'audition de son psychiatre traitant. En substance, elle a contesté l'expertise psychiatrique du Dr G_____ du 5 septembre 2022 au motif que celle-ci présentait de nombreuses discordances. Elle a également produit un rapport médical du Dr D_____ daté du 2 mars 2023 à teneur duquel la « longue inactivité et le retrait social dû à la perte d'emploi et la non réalisation d'autres projets (vente) provoqu[aient] chez [la recourante] un marasme visible ». Sur le plan du status mental, le spécialiste avait constaté « une aggravation et baisse de son élan vital avec aboulie, adynamie et anhédonie, ce qui provo[quait] un appauvrissement de ses liens sociaux, une tendance à l'isolement ». Il avait introduit une médication psychotrope naturelle équivalente aux produits chimiques et le suivi psychiatrique s'effectuait désormais à raison d'une fois par semaine au lieu d'une fois par mois. Dès lors, la mise en place d'un nouveau traitement antidépresseur et d'un suivi psychiatrique hebdomadaire plaidaient en faveur de troubles psychiatriques incapacitants et de limitations fonctionnelles significatives.

e. Cette écriture a été transmise à l'intimé.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA, en particulier l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. L'objet du litige est le droit à une rente d'invalidité.

2.1 La recourante conteste l'expertise du Dr G_____, ce dernier ayant retenu à tort qu'il n'existait pas de limitations significatives et objectivables, en tenant compte de l'anamnèse, de l'examen clinique et du descriptif de la journée-type. Or, la recourante avait expliqué gérer son quotidien avec difficulté, ayant besoin d'une aide extérieure pour faire ses courses, préparer ses repas, faire le ménage, partir en vacances et gérer son administratif. Son trouble dépressif l'empêchait ainsi de gérer son quotidien sans limitation. Elle soutient en outre que l'expert n'aurait pas dû retenir un épisode dépressif léger, mais un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques dès lors qu'elle remplissait au moins trois symptômes typiques et plus de quatre « autres » symptômes, ce d'autant plus que le test de BECK avait également révélé une dépression sévère. La recourante a par ailleurs allégué une nette détérioration de sa santé psychique, constatée par son psychiatre traitant dans un certificat médical du 4 novembre 2022, qui aurait dû être prise en considération par l'intimé.

2.2 Selon l'intimé, l'expertise établie par le Dr G_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante dès lors qu'elle remplit tous les réquisits jurisprudentiels. En particulier, l'expert psychiatre a pris en compte et examiné les appréciations des médecins de la recourante et a exposé, de manière claire et motivée, les discordances retenues. L'intimé relève en particulier que l'expert a confronté les aspects subjectifs décrits par la recourante aux éléments objectifs du dossier pour établir un diagnostic psychiatrique. Il soutient au surplus que le certificat médical produit par la recourante à l'appui de son recours n'apporte aucun élément médical nouveau permettant de modifier son appréciation du cas d'espèce.

3. À titre préalable, la recourante a conclu à ce que la chambre de céans procède à l'audition des parties, ainsi qu'à celle de son psychiatre traitant, le Dr D_____.

3.1 Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé d'offrir des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il y soit donné suite (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Ce droit ne s'étend qu'aux éléments pertinents pour l'issue du litige et n'empêche pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 147 IV 534 consid. 2.5.1 ; 146 III 73 consid. 5.2.2 ; 140 I 285 consid. 6.3.1), étant rappelé que l'art. 29 al. 2 Cst. ne fonde pas de droit à être entendu oralement (ATF 140 I 68 consid. 9.6.1 ; 134 I 140 consid. 5.3).

3.2 En l'espèce, la recourante a pu faire valoir son point de vue dans ses écritures, de sorte que son audition n'est pas nécessaire. Quant à l'audition du psychiatre traitant, celle-ci s'avère également superflue, dès lors que son point de vue médical est connu de la chambre de céans, de par les nombreux certificats médicaux versés au dossier. L'audition de celui-ci ne pourrait donc qu'aboutir à une répétition orale des éléments y figurant. En tout état de cause, il s'avère que le cœur du litige relève de problématiques juridiques et est constitué de l'existence d'avis médicaux divergents présents au dossier de la procédure. Il apparait donc que les faits pertinents à la résolution du litige sont établis de manière suffisamment complète pour permettre à la chambre de céans de statuer sur le fond.

Par conséquent, il ne sera pas donné suite aux actes d'instruction sollicités par la recourante par appréciation anticipée des preuves, étant rappelé qu'elle ne dispose d'aucun droit à être entendue oralement.

4. 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 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, le droit éventuel à une rente est né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4.1 En vertu de l'art. 28 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail

(art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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 (al. 2).

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).

4.2 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.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 6.3).

Le fait qu'une personne souffre d'un trouble à la santé de nature psychique ne signifie cependant pas qu'elle soit totalement incapable de travailler dans tous les domaines ; son incapacité de gain doit donc être examinée concrètement, comme pour les autres troubles à la santé (ATF 143 V 409 consid. 4.2.1 ; 142 V 106 consid. 4.3). 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 et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (procédure d'évaluation structurée normative) (ATF 141 V 281 consid. 7.1 et 7.2). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 4.3 et 4.4 ; voir également : ATF 145 V 215 consid. 5.3.3).

4.3 Si un expert retient l'existence d'un ou plusieurs troubles médicaux de nature psychiatrique, il doit ainsi procéder à une évaluation de la capacité de travail du recourant en application de la procédure structurée normative. En principe, seul un trouble psychique grave est susceptible d'entrainer une incapacité de gain ; le cas échéant, il reviendra donc à l'expert de motiver de manière détaillée en quoi il existe des éléments qui permettent de conclure à une incapacité de travail de l'assuré en présence d'un trouble psychique de gravité moyenne ou légère

(ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 ; 143 V 40 consid. 4.5.2). Les indicateurs de la procédure structurée normative sont classés comme suit :

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.

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

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 ce diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

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

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 : arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3).

3. Comorbidités

Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Toute atteinte psychique à la santé différente de celle faisant l'objet de la procédure d'évaluation structurée de la capacité de travail et ayant un impact sur les ressources/capacités de l'assuré doit être prise en compte, y compris lorsqu'elle n'est pas invalidante en tant que telle (ATF 143 V 418 consid. 4.3.1.3 [réformant sur ce point l'ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3]).

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

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) (ATF 141 V 281 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 cependant toujours veiller ne pas indemniser par ce biais une situation sans lien avec l'impact de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). À l'inverse, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

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

niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

4.4 Il faut partir du principe qu'un assuré même partiellement incapable de travailler et souffrant de limitations fonctionnelles peut trouver un emploi sur le marché du travail équilibré au sens de l'art. 7 al. 1 LPGA ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il convient de retenir que celui-ci ne connait pratiquement aucune place pour une personne totalement ou partiellement capable de travailler avec des limitations fonctionnelles, ou uniquement à des conditions irréalistes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_366/2021 du 3 janvier 2022 consid. 4.2 ; 8C_369/2021 du 28 octobre 2021 consid. 6.1 ; 8C_143/2019 du 21 août 2019 consid. 5.2). Le concept de "marché" du travail équilibré qui sert de référence pour le calcul du salaire hypothétique d'invalide est une notion abstraite établie par le législateur fédéral selon lequel un type emploi est toujours disponible sur le marché du travail, indépendamment de l'état du marché du travail réel (ATF 148 V 174 consid. 9.1).

5. Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

5.1 Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapport médicaux, le principe général restant l'appréciation libre de ceux-ci par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu sur le contenu de celui-ci, à savoir s'il est complet (au regard du / des trouble(s) médical/aux potentiel(s) de l'assuré), s'il se

base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) auquel il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

5.2 Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative) et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, ou réalisés par un médecin sur demande de l'assuré (« expertise » de partie).

S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

Lorsque, 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).

5.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5.4 En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 351 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2).

5.5 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre selon la procédure d'évaluation structurée normative est en principe soumise à un contrôle libre des organes chargés de l'application du droit ; celles-ci doivent vérifier si l'expert a respecté les exigences posées par ladite procédure d'évaluation normative structurée, soit notamment si l'expert a explicité comment son diagnostic médical psychiatrique impacte les capacités fonctionnelles de l'assuré à l'aune de ressources personnelles et socio-familiales dont celui-ci dispose, et s'il a réalisé un contrôle de la plausibilité et de la cohérence (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361, consid. 4.3). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise a évalué la capacité de travail dans le respect de la procédure normative structurée et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves, les conclusions de ce rapport quant à la capacité de travail, respectivement de gain, doivent être suivies ; une appréciation juridique parallèle fondée sur la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3).

6.

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

clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

6.2 Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a rejeté le recours d'une assurée dont le droit aux prestations avait été refusé par l'office AI au motif que les troubles psychiques qu'elle faisait valoir (troubles de l'adaptation, code F43.2 CIM-10) étaient indissociablement liés aux événements survenus sur son lieu de travail (vécus par cette dernière comme une situation de *mobbing*). Notre Haute Cour a confirmé que l'incapacité de travail s'inscrivait essentiellement dans le conflit de travail et le licenciement qui s'en était suivi, soit des éléments psychosociaux qui étaient étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_436/2022 du 26 janvier 2023 consid. 3.2.2).

7. 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 135 V 39 consid. 6.1 ; ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8. En l'espèce, l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations sur la base de l'expertise indépendante confiée au Dr G_____ qui a abouti à la conclusion que la capacité de travail de cette dernière était totale, y compris dans sa dernière activité d'aide-soignante. Il convient donc d'examiner la question de la force probante de cette expertise et de la pertinence des griefs soulevés par l'intéressée à son encontre.

8.1 Dans son rapport d'expertise du 5 septembre 2022, le Dr G_____ a retenu que la recourante souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (code F32.11/F.32.00 CIM-10) depuis le mois de janvier 2020 et a qualifié celui-ci de léger au moment de l'expertise. L'expert a en outre retenu des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieux non décompensés lors de l'expertise (code F73.1 CIM-10), précisant que

ce trouble n'avait pas empêché la recourante de gérer son quotidien sans limitations. Selon l'expert, aucun de ces troubles n'avait d'effet sur la capacité de travail de la recourante.

L'expert a ensuite procédé à une analyse de l'impact de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique retenu sur la capacité de gain de la recourante en suivant le cadre de la procédure d'évaluation structurée. Le Dr G_____ retient des limitations fonctionnelles psychiatriques subjectives et sans impact sur le quotidien de la recourante au moment de l'expertise et depuis le mois de janvier 2020. Il ressortait en effet de la description de la journée-type de la recourante que cette dernière gérait son quotidien sans difficultés objectivables en dehors de l'administratif et des activités lourdes physiquement pour lesquelles elle était aidée de son ex-mari et de son fils. Ainsi, elle gérait les courses et la préparation des repas, elle faisait le ménage, elle se déplaçait en voiture ou en transports publics, elle allait se promener et faisait des lessives seule. À ce propos, l'expert a relevé que la recourante pouvait avoir des activités plaisantes et partir en vacances à l'étranger, précisant qu'elle était partie en vacances en Espagne pendant une semaine accompagnée de son fils. Dans ce contexte d'absences de limitations fonctionnelles objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée-type, l'indice du degré de gravité fonctionnelle était absent d'un point de vue psychiatrique depuis janvier 2020 « au présent ».

S'agissant du traitement (consid. 4.3.1.2), l'expert a objectivé une évolution globalement stationnaire des troubles retenus depuis janvier 2020, sans traitement psychotrope qui n'était d'ailleurs pas exigible vu l'absence de limitations fonctionnelles.

S'agissant des comorbidités (consid. 4.3.1.3), soit les traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, l'expert a estimé qu'ils n'entrainaient pas de limitations fonctionnelles significatives et objectivables, selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée-type.

S'agissant du contexte social (consid. 4.3.3), l'expert a indiqué que la recourante vivait avec son fils adulte et qu'elle avait des contacts réguliers avec son ex-mari (une à deux fois par semaine) et avec sa sœur (une ou deux fois par mois). L'expert a ainsi retenu qu'au moment de l'expertise, elle présentait un isolement social partiel mais pas total.

Sous l'angle de la cohérence (consid. 4.4), l'expert a mis en évidence une cohérence moyenne entre plusieurs plaintes subjectives et le constat objectif, mais sans exagération volontaire des plaintes. L'expert a ainsi relevé des discordances entre, d'une part, les activités possibles durant la journée-type de la recourante, sans limitations objectivables lors de l'examen clinique, et la demande de prestations d'assurance-invalidité pour des raisons psychiatriques. L'expert a en outre retenu des bénéfices secondaires pour la recourante qui avait du mal à trouver un emploi adapté à ses désirs et à son âge après une pause professionnelle

et un déconditionnement avec des limitations dans les activités lourdes physiquement.

S'agissant des ressources (consid. 4.3.2), l'expert a retenu que, selon l'anamnèse, la recourante présentait de longue date des comportements durables et stables disharmonieux, mais pas nettement disharmonieux, dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait de retenir la présence de traits de la personnalité, mais pas d'un trouble de la personnalité. Il a par ailleurs souligné que les traits de la personnalité ainsi retenus, présents depuis le début de l'âge adulte, n'avaient pas empêché la recourante de gérer son quotidien sans limitations par le passé, ni de se former et de travailler sans limitations, précisant que ce trouble n'était pas décompensé.

La chambre de céans observe que l'expert a pris connaissance du dossier complet de la recourante, étudié les rapports y figurant, présenté des anamnèses détaillées et retranscrit précisément les informations livrées par la recourante s'agissant de ses habitudes (description de la journée-type), des traitements suivis et de ses plaintes. Il a en outre argumenté les diagnostics retenus quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail.

En conclusion, l'expert a estimé que les indices jurisprudentiels de gravité pour les troubles diagnostiqués ne permettaient pas de conclure à une atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail dans une activité habituelle. Par conséquent, dès lors que les conclusions de l'expert sont cohérentes et motivées selon les indicateurs jurisprudentiels pertinents, il convient d'en reconnaître la valeur probante.

8.2 Dans un premier grief, la recourante soutient qu'au vu des troubles dépressifs avec symptômes typiques constatés (six symptômes « autres » et cinq symptômes somatiques) et du résultat du test de BECK (dépression sévère), l'expert n'aurait pas dû retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen, mais celui d'épisode dépressif sévère invalidant.

Dans son rapport d'expertise, le Dr G_____ a indiqué un score à l'échelle de BECK de 42, soit un score correspondant à une dépression sévère. Il ressort toutefois également dudit rapport que le résultat du test MADRS (échelle de dépression de Montgomery et Asberg) révèle un score de 15 correspondant à une dépression légère. À ce propos, le rapport précise que, dès lors qu'il existe une bonne corrélation scientifique entre les deux échelles, BECK et MADRS, une différence importante entre les deux valeurs peut signifier une incongruence entre la gravité subjective et la gravité objective observée des symptômes dépressifs. L'expert a d'ailleurs expliqué que, dans le cas d'espèce, les échelles étaient discordantes avec une exagération manifeste de la symptomatologie thymique subjective avec, selon la CIM-10, la présence d'un épisode affectif dépressif, d'intensité modérée dans le passé et actuellement légère (cf. rapport d'expertise du Dr G_____ du 5 septembre 2022, p. 34). La chambre de céans constate donc que

le résultat obtenu à l'échelle de BECK ne permet pas de retenir une dépression sévère invalidante. Il en va de même concernant les symptômes typiques constatés par l'expert dès lors que ce dernier a motivé de manière claire et complète l'absence de l'indice de gravité fonctionnelle (cf. supra consid. 8.1).

La chambre de céans relève par ailleurs qu'à teneur de l'ensemble des certificats médicaux du Dr D_____ versés au dossier, ce dernier qualifie certes les troubles psychiques qu'il retient selon la classification internationalement reconnue CIM-10 (épisode dépressif sévère [code F33.2 CIM-10] et épuisement physique et psychologique [code Z73.00 CIM-10]), mais n'examine pas la sévérité et l'incidence de ces troubles au moyen des indicateurs jurisprudentiels déterminants. En outre, tel que l'a relevé le SMR dans son avis médical du 10 janvier 2023, le psychiatre traitant s'est essentiellement limité à alléguer des symptômes subjectifs qui se basaient sur les plaintes de la recourante et non pas sur des faits objectifs. La chambre de céans relève à ce propos que les symptômes subjectifs retenus par le Dr D_____ contrastent avec la description de l'emploi du temps quotidien de la recourante effectuée par ce même spécialiste dans son rapport du 31 mai 2021 à teneur duquel l'intéressée se levait tôt (7h00 heures du matin), qu'elle préparait son repas et déjeunait à 14h00 (sans qu'il ne soit mentionné une quelconque aide de la part de son fils), qu'elle surfait ensuite sur son ordinateur puis faisait ses courses au supermarché à pied et que, toutes les trois semaines, elle conduisait elle-même sa voiture pour faire des courses plus importantes en France, étant précisé qu'il ne ressortait pas de ce rapport que son fils l'accompagnait lors de ces courses. Le Dr D_____ a en outre précisé que la recourante cherchait à être active et qu'elle s'occupait de sa fille de 8 ans (en réalité, la fille de son ex-mari) pendant deux heures par jour. Au vu de cette description de la journée-type de la recourante, la chambre de céans retiendra que le psychiatre traitant a lui-même fait état de l'absence de limitations fonctionnelles objectives dans la vie quotidienne de cette dernière.

Il ressort en outre du dossier certaines incohérences permettant de douter de la pleine force probante des certificats médicaux établis par le Dr D_____. Ainsi, ce dernier soutient d'une part que la recourante est en incapacité totale de travailler dans toute activité, alors même que cette dernière a expressément indiqué à l'expert qu'elle ne pourrait plus jamais retourner travailler dans un EMS, mais qu'elle souhaitait trouver une nouvelle activité lucrative à mi-temps plutôt dans le domaine manuel (cf. rapport d'expertise du Dr G_____ du 5 septembre 2022, pp. 20-21). Cette volonté de retrouver un emploi résulte manifestement également de son inscription au chômage en date du 22 juillet 2020. Quant au traitement médicamenteux prescrit à la recourante, la chambre de céans s'étonne qu'il n'ait pas évolué depuis janvier 2020 et qu'il n'ait pas été conforme au diagnostic de dépression sévère retenu par le psychiatre traitant. En effet, ce dernier a prescrit à la recourante des antidépresseurs à base de plantes (HYPERIPLANT et DEPRIVATA) qui sont certes indiqués en cas

d'épisodes dépressifs légers à moyens (codes F32.0 et F32.1 selon CIM-10), mais qui constituent en revanche une contre-indication en cas de diagnostic d'une dépression sévère (voir information professionnelle du Compendium Suisse des médicaments sur https://compendium.ch/fr/product/1147561-hyperiplant-rx-cpr-pell-600-mg/mpro [page internet concernant l'hyperiplant] et sur https://compendium.ch/product/1145264-deprivita-cpr-pell/mpro [page internet concernant le deprivata], consulté le 22 mai 2023 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 5.3). Au surplus, il est relevé que, par certificat médical du 1er janvier 2021, le Dr D_____ a retenu une capacité de travail à 25% depuis cette date, alors même qu'il a persisté à indiquer une incapacité de travail totale depuis janvier 2020 dans ses autres rapports médicaux, en particulier ceux datés du 25 mai 2021, du 21 février 2022, du 4 novembre 2022 et du 19 décembre 2022. La chambre de céans relève par ailleurs, qu'à teneur du rapport médical du 31 mai 2021, le Dr D_____ a indiqué que la recourante demeurait capable d'exercer de façon régulière des « travaux légers » et a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la recourante demeurait capable d'exercer de façon régulière un travail adapté (cf. rapport médical du Dr D_____ du 31 mai 2021, p. 11). À teneur de ce rapport, le Dr D_____ a également précisé, en particulier, que la recourante était capable de travailler « principalement à l'intérieur », « en alternant les postures de travail » et de manière réduite en supportant les contraintes liées à la charge de travail. Or, de manière contradictoire, ce spécialiste a également indiqué dans le rapport susvisé que l'intéressée n'était capable d'exercer aucune activité professionnelle de façon régulière, que ce soit « l'emploi exercé en dernier lieu » ou un autre emploi potentiel (cf. rapport médical du Dr D_____ du 31 mai 2021, p. 12). Le médecin du SMR a en outre relevé, dans son avis du 10 janvier 2023, qu'il ressortait du rapport d'expertise du Dr G_____ que la recourante n'était plus sous traitement antidépresseur depuis quelques mois et qu'elle ne voyait le psychiatre traitant qu'une fois par mois, ce qui n'était pas en adéquation avec le diagnostic de dépression sévère. Enfin, la docteure du SMR a ajouté qu'aucune réadaptation n'avait été estimée nécessaire, ce qui tendait à retenir l'absence d'une incapacité de travail.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle du Dr G_____, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra consid. 5.4).

Or, l'argumentation exposée par la recourante ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expert, notamment en ce qui concerne les limitations fonctionnelles subjectives constatées par celui-ci. En particulier, le fait que la

recourante soit partie en vacances accompagnée de son fils et non pas toute seule, qu'elle fasse uniquement des petites courses et que son fils l'aide un peu pour les courses plus importantes, qu'elle participe au ménage (sans toutefois faire le repassage, le nettoyage des vitres, ni utiliser l'aspirateur) ne suffit pas à retenir des limitations objectives. En tout état de cause, il apparaît que l'aide apportée par le fils de la recourante dans les activités quotidiennes ne dépasse pas ce qui peut être exigé de la part d'un membre de la famille en pareilles circonstances. Par ailleurs, les nombreuses contradictions contenues dans les rapports médicaux du Dr D_____ permettent de douter de la force probante de ceux-ci, étant rappelé que, conformément à la jurisprudence, il faut en outre tenir compte de la relation thérapeutique entre un médecin traitant et son patient dans l'appréciation des rapports médicaux.

Par conséquent, compte tenu de ce qui précède, les éléments avancés par la recourante ne sont pas de nature à mettre en doute le bien-fondé des conclusions du rapport d'expertise du Dr G_____ du 5 septembre 2022.

8.3 Dans un second moyen, la recourante fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis le mois d'octobre 2022 et que l'intimé aurait dû en tenir compte dans sa décision. Elle se fonde en cela sur les certificats médicaux du Dr D_____ du 4 novembre 2022, du 9 décembre 2022 et du 2 mars 2023.

Selon le rapport médical du 4 novembre 2022, le psychiatre traitant a constaté une nette aggravation de l'état de santé tant psychique que physique de la recourante, indiquant que cette dernière était triste, pleurait, se sentait désespérée et voyait l'avenir en noir. Elle se sentait ainsi « tout à fait inapte à imaginer une activité lucrative dans n'importe quel domaine que ce soit, tant son élan vital [était] au plus bas ».

À la lecture de ce rapport médical, force est de constater que le Dr D_____ ne détaille pas les troubles psychiques qu'il retient au moyen des critères diagnostiques d'une classification internationalement reconnue (telle que la CIM-10). Il n'examine pas davantage la sévérité et l'incidence des troubles au moyen des indicateurs jurisprudentiels déterminants. Enfin, il ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable et suffisamment important qui aurait été ignoré par l'expert psychiatre. Dans ces conditions, on ne saurait considérer comme établie une quelconque aggravation objective de l'état de santé psychique de la recourante entre la date de l'expertise psychiatrique et celle de la décision attaquée.

Par conséquent, la chambre de céans retiendra que l'allégation selon laquelle l'état de santé de la recourante se serait aggravé sur le plan psychique n'est pas démontrée par ce rapport médical.

Il reste à examiner les certificats médicaux établis par le Dr D_____ le 9 décembre 2022 et le 2 mars 2023.

Il sied, tout d'abord, de préciser que les pièces médicales en question sont postérieures à la décision attaquée. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Néanmoins, le Tribunal fédéral admet que les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

En l'occurrence, à teneur du certificat médical du 9 décembre 2022, le Dr D_____ indique que « depuis deux mois maintenant » (soit depuis le début du mois d'octobre 2022, et donc antérieurement à la décision attaquée), il a constaté une nette détérioration de la santé psychique de la recourante, à savoir une nette baisse de l'élan vital, une adynamie, une aboulie, une anhédonie, des troubles du sommeil et des cauchemars. Ce spécialiste fait ainsi uniquement état de symptômes subjectifs et ne précise pas les troubles psychiques qu'il retient, ni la sévérité et l'incidence de ceux-ci selon les indicateurs jurisprudentiels déterminants. Par conséquent, aucune aggravation objective de l'état de santé psychique de la recourante entre la date de l'expertise psychiatrique et celle de la décision attaquée ne saurait être retenue sur la base de ce certificat médical.

Quant au certificat médical du 2 mars 2023, il ressort de celui-ci qu'à la date de son établissement, le Dr D_____ voyait la recourante « depuis un mois », soit depuis le mois de février 2023. Il s'ensuit que cette appréciation médicale porte sur une période postérieure à la décision attaquée et qu'elle n'est donc pas de nature à influencer l'appréciation de l'intimée au moment où la décision attaquée a été rendue. Par conséquent, elle ne sera pas examinée par la chambre de céans.

Il ressort ainsi des certificats médicaux établis par le Dr D_____ postérieurement à l'expertise du Dr G_____ que ceux-ci ne permettent pas de démontrer une aggravation de l'état de santé de la recourante susceptible d'établir une incapacité de travail.

8.4 En définitive, compte tenu de ce qui précède, il convient de se rallier aux conclusions de l'expert quant à l'absence d'atteinte influençant la capacité de gain de la recourante. Il ressort du reste du rapport d'expertise du Dr G_____ que la recourante se considère à même de reprendre une activité lucrative, malgré les constatations contraires figurant dans les certificats médicaux établis par le psychiatre traitant. Force est ainsi de constater que l'absence d'activité lucrative de la recourante ne découle pas de facteurs médicaux, mais plutôt psychosociaux. En effet, celle-ci paraît bien plutôt relever de problèmes en lien avec le conflit survenu sur le dernier lieu de travail de la recourante et de la situation difficile à

laquelle celle-ci indique avoir a été confrontée. Il ressort en effet de l'expertise du Dr G_____ que la recourante a décrit une fragilisation progressive de son état psychique depuis le début de son contrat de travail d'aide-soignante en 2018, dans un contexte de surcharge et de tensions dans les relations avec ses collègues, ainsi qu'en raison d'une situation de mobbing (cf. rapport d'expertise du Dr G_____ du 5 septembre 2022, p. 10). Par ailleurs, malgré une amélioration de son état de santé, il ressort du dossier qu'une rechute est intervenue au mois de janvier 2021 suite à son inscription au chômage et en raison des démarches que la recourante devait effectuer dans le cadre de cette inscription (cf. rapport médical du Dr D_____ du 25 mai 2021). La chambre de céans retiendra donc, en application de la jurisprudence fédérale, que l'incapacité de travail alléguée par la recourante s'inscrit essentiellement dans le conflit vécu par cette dernière sur son dernier lieu de travail, soit un élément psychosocial étranger à l'invalidité. En effet, si l'on comprend bien que les difficultés de réinsertion professionnelle, en particulier le refus de la recourante de reprendre une activité d'auxiliaire de santé au sein d'un EMS, soient sources de préoccupation et entraînent une certaine anxiété chez cette dernière, cela ne suffit pas à considérer qu'il existe une incapacité de travail durable imputable à une atteinte à la santé et ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En conséquence, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle.

Le recours doit donc être rejeté.

9. Au vu de l'issue du litige, il y aurait en principe lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument selon l'art. 69 al. 1bis LAI. Celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient toutefois d'y renoncer selon l'art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] (ATAS/907/2022 du 14 octobre 2022 consid. 12 ; ATAS/596/2021 du 10 juin 2021 ; ATAS/291/2021 du 31 mars 2021 consid. 20 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 10 ad. art. 69 LAI).

Dès lors qu'elle succombe, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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