RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/435/2022 **ATAS/229/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 31 mars 2023

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA — recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1966, travaillait comme vendeuse en parfumerie, lorsqu'elle s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% pour des troubles psychiques dès le 22 septembre 2012. Elle a été opérée d'un prolapsus rectal attribué à un abus de laxatifs le 22 février 2012. Elle était connue depuis l'adolescence pour une anorexie mentale de faible gravité, qui lui a toutefois permis un fonctionnement pratiquement normal jusqu'à septembre 2012. Depuis lors, elle souffre d'un trouble panique et d'agoraphobie avec une amélioration favorable initialement par une thérapie cognitive comportementale.

B. **a.** L'assurée a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 16 juillet 2013.

b. Selon un rapport établi le 9 avril 2014 par la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée présentait un trouble des conduites alimentaires de type anorexie/boulimie, associé à des troubles anxieux sévères (trouble panique, phobie sociale et trouble anxieux généralisé) ainsi qu'un épisode dépressif majeur. Elle était célibataire et sans enfant. Elle avait travaillé comme employée en esthétique jusqu'au début de l'année 2013, puis avait dû interrompre cette activité en raison de l'aggravation de ses troubles psychiques. Elle était suivie depuis mai 2013 par la Dresse B_____. À cette époque, les troubles anxieux, notamment la phobie sociale et le trouble panique, étaient au premier plan et avaient nécessité une psychothérapie de type thérapie cognitive et comportementale (TCC), qui avait permis une nette amélioration du trouble. Malheureusement, au début de l'automne, son humeur s'était effondrée et l'assurée, alors qu'elle parlait de reprendre une activité professionnelle, avait présenté un épisode dépressif majeur ayant conduit à une hospitalisation de jour. Actuellement, son humeur était relativement stabilisée et l'épisode dépressif était en rémission partielle, sous traitement thérapeutique et avec un suivi par l'hôpital de jour et un suivi psychothérapeutique une fois par semaine. Sa capacité de travail actuelle était de 0%. L'assurée souhaitait reprendre une activité professionnelle, ce qui devrait se faire de façon progressive. Une orientation au titre de réadaptation professionnelle avait été évoquée avec elle. Son traitement médicamenteux actuel comportait un antidépresseur et un anxiolytique.

c. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a fait établir une expertise de l'assurée par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a conclu, dans son rapport du 5 mars 2015, qu'elle souffrait d'un trouble panique avec agoraphobie depuis septembre 2012 ainsi que d'un épisode dépressif moyen depuis octobre 2013 et qu'elle était totalement incapable de travailler dès le 21 septembre 2012.

d. Dans un rapport du 31 mars 2015, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise du Dr C_____, une incapacité de travail de l'assurée de 100 % depuis le

22 septembre 2012 dans toute activité. Au vu du faible potentiel d'amélioration, il proposait une révision dans trois ans.

e. Par décision du 21 octobre 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2014.

C. **a.** En avril 2017, l'OAI a entamé une procédure en révision du cas de l'assurée.

b. Le 10 avril 2017, celle-ci lui a indiqué être suivie actuellement par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapeute, ainsi que par un psychologue, à la Clinique Belmont.

c. Selon un rapport établi par le Dr D_____ le 24 avril 2017, l'assurée souffrait d'un trouble anxio-dépressif, d'un trouble alimentaire et d'un trouble de personnalité. Depuis l'octroi de la rente, le trouble anxio-dépressif était bien amélioré mais il restait fragile. Le trouble alimentaire était stabilisé. L'assurée était en hospitalisation de jour à la clinique Belmont depuis le 29 août 2016. Elle prenait du Zoloft, 200 mg par jour, du Lyrica, 150 mg par jour, et du Temesta, 1 mg en réserve. Le trouble anxio-dépressif entraînait chez elle une forte réactivité émotionnelle, avec des difficultés de concentration et d'attention, ainsi qu'une fatigue importante liée à l'anxiété. Du point de vue médical, l'activité exercée n'était pas exigible et le rendement était réduit.

d. Le 5 octobre 2017, le Dr D_____ a précisé que l'assurée était totalement incapable de travailler et que le stress professionnel était un facteur de risque d'aggravation important.

e. Dans un rapport du 3 juillet 2018, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié et que sa capacité de travail était toujours nulle dans toute activité.

f. Par décision du 5 juillet 2018, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.

D. **a.** Dans le courant du mois de mai 2020, l'OAI a procédé à une nouvelle révision du dossier de l'assurée et fait procéder à une expertise par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a conclu, le 4 mai 2021, que celle-ci avait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dans la parfumerie.

b. Le 26 juillet 2021, l'OAI a rendu un projet de suppression de rente.

c. Le 31 août 2021, l'assurée a formé opposition à ce projet.

d. Le 29 septembre 2021, elle a développé les raisons pour lesquelles la suppression de la rente était contestée et produit notamment des rapports établis les 17 et 27 août 2021 par la doctoresse F_____, psychiatre, et le 21 octobre 2019 par le Dr D_____.

e. Par avis du 8 novembre 2021, le SMR a maintenu sa position.

f. Par décision du 7 janvier 2022, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, précisant qu'un recours contre cette décision n'aurait pas d'effet suspensif. Des mesures professionnelles n'étaient pas adéquates dans sa situation. À la lecture des documents médicaux réunis dans le cadre de la révision du droit aux prestations, l'OAI était d'avis que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis la décision initiale et qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 100% dès le 1er janvier 2020 dans son activité habituelle de conseillère en parfumerie. Dès lors, elle ne présentait plus d'invalidité.

E. **a.** Le 7 février 2022, l'assurée, assistée d'un mandataire, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à la restitution de l'effet suspensif au recours, puis à l'annulation de la décision précitée et au maintien de sa rente entière d'invalidité, avec suite de dépens et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en place de mesures d'ordre professionnel et à ce qu'il soit dit que la rente d'invalidité entière devait être versée à tout le moins jusqu'à l'issue des mesures d'ordre professionnel.

b. Par ordonnance du 2 mars 2022, la chambre de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif (ATAS/187/2022).

c. Le 31 mars 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

d. La recourante a produit un rapport établi le 26 avril 2022 par la Dresse B_____, faisant état d'une aggravation de son état psychique au mois de mars précédent.

e. Elle a été entendue par la chambre de céans le 14 septembre 2022 et a encore produit deux rapports médicaux établis par la Dresse B_____ les 4 juillet et 9 septembre 2022.

f. Par courrier du 10 mars 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l**'expert** pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

g. Le 21 mars 2023, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire. Aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifiait pas. Si par impossible la chambre persistait dans son intention d'ordonner ladite expertise, il n'avait pas de motifs de récusation contre l'expert annoncé. Il proposait de joindre à la mission la question complémentaire suivante, selon l'avis SMR du 21 mars 2023 annexé :

- en cas de prise de traitement psychotrope, effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance.

h. Le 30 mars 2023, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à invoquer et sollicitait que l'expert se prononce sur l'évolution de son état de santé en prenant en compte le rapport d'expertise du Dr C_____.

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. 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 est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon les dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c).

En l'occurrence, la recourante était âgée de 55 ans au 1er janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé supprimant le droit de la recourante à une rente entière et lui niant le droit à des mesures d'ordre professionnel.

5.

5.1 L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le

1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5.2 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 en vigueur).

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

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

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

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.3

5.3.1 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de

critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. 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.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de

l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

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

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, 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 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.

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

5.3.3 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.4 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).

5.5 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette

date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5.6 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6. Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr E_____, sur la base de laquelle est fondée la décision querellée.

6.1

6.1.1 Il faut d'abord constater que si l'expert a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré sur le plan de la dépression, ce qui lui a été confirmé par la Dresse F_____ lors de son entretien téléphonique du 14 avril 2021, il n'a pas nuancé ses conclusions sur la capacité de travail retenue dans le domaine de la parfumerie à plein temps.

Il a retenu, comme seul diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, une anxiété généralisée et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité travail un trouble de la personnalité borderline, des troubles liés à la caféine non spécifiés, des troubles liés à des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques non spécifiés et une anorexie mentale.

L'expert n'a pas retenu de limitations dues à l'anorexie, considérant que l'assurée avait pu fonctionner avec ce trouble dans le passé et qu'elle restait stable dans son trouble alimentaire dans une forme de chronicité.

La recourante a déclaré à la chambre de céans que l'ensemble de sa situation rendait sa vie difficile, mais que son plus gros problème était les laxatifs. Elle a

précisé avoir dû être opérée d'un prolapsus 15 ans auparavant, à cause d'un usage abusif de laxatifs et que depuis lors, elle ne retenait plus ses selles et devait se protéger avec des serviettes. Pour venir à l'audience, elle avait dû prendre un Imodium et un Temesta. Cela lui compliquait sa vie quotidienne, car elle devait tout le temps aller aux toilettes. Elle pensait en outre ne plus pouvoir travailler en parfumerie, en raison de la rivalité avec les collègues et de la nécessité d'être mince, étant rappelé que c'était dans ce contexte qu'elle avait commencé à abuser des laxatifs, du Red Bull et du café.

Dans son rapport du 5 août 2020, le Dr D_____ faisait état d'une utilisation encore importante et invalidante de laxatifs par l'assurée.

Les déclarations de la recourante à la chambre de céans sur les conséquences de l'abus de laxatifs, avec fuites de selles sont ainsi confirmées, au moins partiellement par un rapport médical et ces conséquences paraissent peu compatibles avec une activité dans la vente en parfumerie à plein temps, sans compter l'importance accordée à l'apparence dans cette activité.

Ces éléments sont suffisants pour remettre en cause les conclusions de l'expert sur la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle.

6.1.2 Par ailleurs, il apparaît que l'expert a pu minimiser l'importance du trouble dépressif de la recourante, dans la mesure où il s'est contenté de constater que les critères de ce trouble n'étaient plus présents lors de son expertise, sans prendre en compte le risque d'aggravation en cas de reprise du travail à 100%, en particulier dans le domaine de la vente en parfumerie.

La recourante a relevé que l'expert l'avait vue dans une bonne période et si elle a confirmé que son état dépressif s'était amélioré, elle a précisé que cette amélioration n'avait pas duré, puisque son état s'était aggravé à nouveau entre la fin du mois de décembre 2021 et le début du mois janvier 2022 et qu'elle avait dû reprendre des antidépresseurs. Elle a également rappelé qu'en 2013, elle avait déjà décompensé dans le cadre d'une reprise d'activité professionnelle.

Il faut encore relever que si la recourante a pu progresser dans sa gestion de ses crises de panique et que son état dépressif s'est amélioré, c'était dans une période pendant laquelle elle ne travaillait pas, sortait peu de chez elle et avait peu d'interaction.

Dans son rapport du 24 avril 2017, le Dr D_____ a indiqué que si le trouble anxio-dépressif de l'assurée s'était amélioré, il restait fragile, et dans son rapport du 5 octobre 2017, que le stress professionnel était un facteur de risque d'aggravation important.

Dans son rapport du 17 août 2021, la Dresse F_____ a noté que la symptomatologie anxieuse restait au premier plan chez la recourante et qu'elle la fragilisait face aux événements de la vie, ce qui pouvait entraîner des rechutes

dépressives et un recours accru aux comportements compensatoires dans le cadre de son trouble alimentaire.

La recourante a eu plusieurs épisodes dépressifs dont le dernier, survenu en mars 2022, a été d'une intensité sévère, selon le rapport de la Dresse B_____ du 26 avril 2022, qui expliquait que l'anxiété majeure de l'assurée et ses difficultés dans les relations interpersonnelles aboutissaient à un épuisement psychique régulier et avaient participé pour une grande part à l'état dépressif inaugural, constaté lors de la première prise en charge.

Les appréciations précitées des psychiatres de la recourante attestent que l'expert aurait dû évaluer l'état dépressif de celle-ci sur le long terme, et pas seulement sur ses constats au jour de son expertise, et en tenant compte du risque d'aggravation.

6.1.3 L'analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral rend peu probable une capacité de travail de la recourante à plein temps en parfumerie. En effet, l'expert a retenu que celle-ci avait peu de ressources et que ses aptitudes relationnelles étaient extrêmement limitées. Il ressort du dossier qu'elle souffre de plusieurs diagnostics dont les effets peuvent se cumuler. Elle apparaît avoir été compliante à son traitement, qui est resté toutefois partiellement sans effet, puisqu'elle a continué à prendre des laxatifs de manière abusive.

Dans ce sens, la Dresse F_____ estimait, dans son rapport du 17 août 2021, que le trouble du comportement alimentaire et l'anxiété généralisée dont souffrait la recourante ne permettaient pas à celle-ci de reprendre une activité professionnelle à 100%. Selon elle, seule une reprise à un taux situé entre 20 et 50% au grand maximum et dans un cadre adapté était exigible.

Quant à la Dresse B_____, elle a considéré, le 26 avril 2022, que l'asthénie physique de la recourante due aux conséquences de son trouble alimentaire, son anxiété permanente, ses difficultés dans les relations interpersonnelles et son épuisement psychologique régulier conduisant à des états dépressifs ne lui permettaient pas de reprendre une activité professionnelle.

Au vu des considérations qui précèdent, on peut concevoir des doutes sérieux sur la capacité de la recourante à assumer un travail à 100% dans une activité dans la vente en parfumerie, qui demande des interactions avec des collègues et la clientèle, ce d'autant plus qu'elle n'a pas travaillé depuis 2012.

6.2 Les conclusions de l'expertise du Dr E_____ n'apparaissent ainsi pas probantes et il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique.

6.3 La question supplémentaire posée par l'intimé sera intégrée à la mission d'expertise. S'agissant de la demande de la recourante, il n'apparaît pas nécessaire d'ajouter une question, étant entendu que l'expert devra prendre connaissance de l'ensemble du dossier pour prendre ses conclusions, y compris le rapport d'expertise du Dr C_____.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

II. Commet à ces fins le docteur G_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Nyon.

III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

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

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 **L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré entre le 5 juillet 2018 (date de la dernière décision en force de l'OAI) et le 7 janvier 2022 (date de la décision querellée) ?**

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

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

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

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

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

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

7. Personnalité

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

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

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

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

8. Ressources

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

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

a) psychique

b) mental

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

9. Capacité de travail

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

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

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

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

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

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

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

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué entre le 5 juillet 2018 et le 7 janvier 2022 ?

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

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

10. Traitement

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

10.2 En cas de prise de traitement psychotrope, effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance.

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

10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

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

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

11.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du Dr E_____ du 4 mai 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et son estimation de la capacité de travail de l'assurée ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par la Dresse F_____ les 17 et 27 août 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail de l'assurée ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dresse B_____ du 26 avril 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail de l'assurée ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

La greffière La présidente

Isabelle CASTILLO Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties