RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/4379/2020** **ATAS/1219/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Ordonnance d'expertise du 30 novembre 2021

**5ème Chambre**

En la cause

**Madame A_____**, domiciliée c/o B_____, _____ [GE] recourante

contre

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

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président**

## EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante italienne et suisse, née en _____ 1967, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 18 décembre 2010, indiquant comme troubles de la santé « 23 ans de toxicomanie aux opiacés et benzodiazépines ».

b. En raison de la domiciliation de l'assurée en Italie, depuis 1995, l'instruction de la demande a été confiée à l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE).

B. a. À l'issue de l'instruction, l'OAIE a rendu une décision du 9 octobre 2013 de refus de prestations d'invalidité, en raison du fait que l'assurée souffrait d'une polytoxicomanie sévère, chronique et de longue date, mais sans présence de comorbidité psychiatrique. Dès lors, il n'y avait pas d'invalidité au sens des dispositions légales.

b. L'assurée a interjeté recours contre la décision du 9 octobre 2013 auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF), compétent pour les recours contre les décisions rendues par l'OAIE.

c. À partir du 3 mai 2014, l'assurée a installé sa résidence à Genève, selon l'attestation de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM) du 9 mai 2014.

d. En date du 22 février 2018, le TAF a rendu un arrêt dans lequel il a constaté que les pièces du dossier, pour autant qu'elles se prononçaient sur l'atteinte psychique étaient contradictoires et vagues sur ce point. Néanmoins, une dépression ou un trouble dépressif était mentionné dans plusieurs rapports médicaux : dans le rapport médical du 26 septembre 2012 de la doctoresse C_____, il était fait mention de « Disturbo depressivo maggiore cronico » et dans celui du 28 novembre 2012 établi par le docteur D_____, il était mentionné « depressione ». De plus, aussi bien le rapport du 6 novembre 2012 du docteur E_____ que celui du 26 septembre 2012 de la Dresse C_____ relevaient que l'état réactif anxiodépressif était traité par antidépresseurs et anxiolytiques. En se fondant sur ces éléments, le TAF considérait que contrairement à la position de l'OAIE, on ne pouvait pas partir du principe que l'assurée présentait exclusivement un trouble de dépendance et exclure d'emblée toute autre atteinte à la santé, étant précisé qu'en ce qui concernait l'état psychique, les rapports médicaux des SMR étaient contradictoires. En effet, dans sa prise de position du 24 février 2013, le docteur F_____ considérait que l'assurée présentait une thymie déprimée, une anxiété et une labilité émotionnelle, tout en précisant que le statut psychique était sans grande particularité et qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique. Par contre, le docteur G_____ attestait d'un « disturbo depressivo cronico » et d'une capacité de travail de 80% à cause de l'épuisement des ressources psychiques. De plus, le TAF relevait que l'assurée n'avait pas été examinée personnellement par les médecins du SMR, ce qui aurait dû être en

principe le cas, vu les doutes concernant les troubles psychiatriques, citant l'arrêt du Tribunal fédéral du 9C_410/2016 consid. 2.2.1. Compte tenu de ces éléments, le TAF constatait que le dossier, dans son état actuel, ne permettait pas de déterminer, respectivement, si la polytoxicomanie avait provoqué un dégât à la santé physique ou mentale qui atteindrait l'intensité d'une invalidité au sens de la loi et donc limiterait la capacité de gain de l'assurée de manière définitive ou pour une période durable, ou si on était confronté au diagnostic indépendant de maladie psychiatrique. Une expertise polydisciplinaire comprenant au moins un volet psychiatrique et un volet de médecine interne s'imposait, raison pour laquelle la décision du 9 octobre 2013 était annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

e. En date du 10 août 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, indiquant être suivie par la doctoresse H_____, psychiatre spécialisée en addictologie, à la consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique (ci-après : CAAP) de I_____, à Genève, depuis le 3 août 2015 en raison de sa dépendance aux opiacés. Le médecin traitant était, depuis 2014, le docteur J_____, généraliste.

f. À la demande de l'OAI, le Dr J_____ a complété un rapport médical en date du 25 septembre 2018. S'agissant des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, l'assurée était décrite comme une ancienne polytoxicomane ayant consommé de l'héroïne, de la cocaïne et des benzodiazépines depuis l'âge de 13 ans. Une rechute sous la forme d'héroïne fumée et injectée avait eu lieu en août 2015. Un traitement de substitution de méthadone 50mg/jour avait été mis en place, l'assurée était dépendante aux benzodiazépines, souffrait d'attaques de panique le soir et la nuit, souffrait d'un trouble dépressif modéré récurrent et d'un très probable trouble de la personnalité borderline sévère. Le médecin traitant la suivait depuis le 3 juin 2014 et les deux derniers contrôles avaient eu lieu le 29 août et le 13 septembre 2018. Il précisait que sa patiente avait interrompu complètement sa consommation d'héroïne depuis plusieurs années en Italie, mais avait repris une consommation de stupéfiants quelques mois après son arrivée à Genève et exprimé d'importantes difficultés à renouer des liens avec ses proches, à trouver une activité, un appartement, une occupation ; elle souffrait d'un sentiment d'abandon et de perte de confiance en elle, de colère et de découragement, d'idées noires et d'angoisse sévère. Les symptômes décrits par le médecin étaient que la patiente souffrait d'importantes difficultés quotidiennes à mettre en lien avec des difficultés de gestion de ses émotions, ayant beaucoup de difficultés à créer des liens avec des amis et sa famille. Sa souffrance émotionnelle l'engageait dans des comportements impulsifs avec des rechutes de sa consommation de stupéfiants. Le pronostic était décrit comme peu favorable. S'agissant du traitement, un suivi en addictologie auprès des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) était en place, de même qu'un soutien régulier prodigué par le médecin traitant. La médication actuelle comportait de l'Omeprax 40mg/jour, du Ritrovil 2mg 2xjour, de la

Quietapine 25mg /jour, du Sertralin 100mg/jour, de la Methadone 50mg/jour et du Macrogol en réserve. S'agissant de l'activité de l'assurée et des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, le Dr J_____ expliquait que la patiente était suivie par l'hospice général et avait beaucoup de difficultés à organiser ses journées et se mettait régulièrement en danger (accident, consommation, rencontre malheureuse, perte de son logement, perte de son argent, de son téléphone, conflit avec sa famille, avec ses amis) et se sentait rapidement trahie tout en souffrant d'un sentiment de rejet de ses proches. Elle se posait en victime d'un système et exprimait parfois sa colère, tout en montrant une impulsivité dans ses relations et ses comportements. Elle avait tendance à s'isoler chez elle pour ne pas « faire de mauvaises rencontres » et présentait des épisodes de découragement allant jusqu'à la détresse et parfois un comportement suicidaire. Elle souffrait d'angoisses sévères la nuit en particulier et consommait alors des benzodiazépines et parfois du THC ; il était notamment mentionné qu'elle avait des difficultés avec son père, exprimant un sentiment de rejet et ressentant un mélange d'amour et de colère envers ce dernier, qui aurait abusé d'elle lorsqu'elle était petite. Le médecin traitant concluait que l'assurée était en incapacité totale de travailler et que l'activité exercée auparavant n'était plus exigible. Le rendement était réduit, car actuellement, l'assurée n'était pas suffisamment stable émotionnellement et souffrait d'importants troubles attentionnels. S'agissant de possibles mesures de réadaptation, le médecin considérait que les restrictions énumérées pouvaient difficilement être réduites par des mesures médicales et notamment avec la prise en charge psychiatrique, car la patiente n'arriverait probablement pas à travailler à nouveau compte tenu de son parcours et de sa longue maladie qui risquait d'être très difficile à améliorer. Une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail n'était pas attendue ni une réadaptation professionnelle. Une éventuelle autre activité adaptée pouvait être envisagée, mais avec un nombre d'heures réduit par semaine. Sa capacité de concentration, d'adaptation et sa résistance étaient décrites comme limitées.

g. La Dresse H_____ a également rédigé un rapport médical en date du 11 octobre 2018. Elle a retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.3), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.2), de syndrome de dépendance aux opiacés, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22). Dans son anamnèse, la psychiatre avait noté le début du suivi en été 2015, l'assurée présentant un épisode dépressif moyen avec tristesse, perte de l'élan vital, isolement social, idées noires fluctuantes avec idées suicidaires non scénarisées. Elle avait bénéficié d'un traitement antidépresseur de Cipralex 20 mg par jour prescrit par le Dr J_____, ainsi que d'un suivi régulier médico-infirmier qui avait permis de stabiliser l'état thymique. Un nouvel épisode dépressif avait lieu début mars 2017 dans un contexte de conflits familiaux avec une baisse de la thymie, une anhédonie et un isolement social et ceci malgré le traitement antidépresseur de maintien. Pour l'épisode actuel, la patiente présentait un fléchissement thymique

important depuis mai 2018 avec un isolement social et une anhédonie dans un contexte de conflits familiaux. Après remplacement du Cipralex par la Sertraline (actuellement à 150 mg par jour), l'effet sur la thymie avait été très bon, avec disparition des idées noires, amélioration de l'humeur, diminution de l'isolement et amélioration de la dysphagie. Les diagnostics avec impact sur la capacité de travail étaient la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.3) et le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.2). La capacité de travail dans l'activité habituelle était estimée à zéro depuis, au moins, 2014. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la personnalité émotionnellement labile et entraînaient des difficultés de l'ordre relationnel, avec difficultés d'entrée en lien et/ou de mettre des limites, avec mouvement d'idéalisation/désidéalisation et schéma noir/blanc. Il était encore mentionné une labilité importante émotionnelle avec une baisse de la tolérance au stress et une impulsivité. En ce qui concernait le trouble dépressif récurrent, ce dernier entraînait un déficit cognitif (attentionnel, mnésique, planification et exécution des tâches) et un déficit de motivation (par exemple, difficultés à se mobiliser pour effectuer les tâches). Il était encore mentionné que la patiente souhaitait travailler à 30% dans une activité adaptée ; néanmoins, la psychiatre était réservée quant à cette possibilité et estimait sa capacité de travail dans une activité adaptée à 0% compte tenu des antécédents psychiatriques, des difficultés relationnelles et des faibles ressources. Depuis le début de la prise en charge, la médication avait été modifiée, la Sertraline passant progressivement de 50 mg par jour à 100 mg, puis à 150 mg par jour (dernière augmentation en septembre 2018). De même la Quietapine était passée de 25 mg à 150 mg par jour avec deux comprimés de 25 mg par jour au coucher pour permettre la substitution de l'effet somnifère du THC et aussi pour favoriser une meilleure thymo-régulation. Le rendez-vous psychiatrique et psychothérapeutique avait lieu toutes les deux semaines, en alternance avec des rendez-vous infirmiers toutes les deux semaines également. De plus, l'assurée passait tous les jours au CAAP de I_____ pour son traitement. L'introduction de l'antidépresseur et le suivi intensif avaient permis une nette amélioration thymique et des passages hebdomadaires au CAAP. Actuellement, le tableau addictologique était stable, la patiente poursuivant son programme de substitution aux opiacés. La Dresse H_____ considérait que la consommation des toxiques était plutôt secondaire à la problématique psychiatrique et les consommations par le passé avaient souvent été dues à un contexte de comportement auto-dommageable. La dépendance au toxique, maladie incapacitante, était exclue, dans la mesure où le trouble psychiatrique était compensé. Le rôle des consommations dans le tableau clinique actuel était plutôt secondaire, comme une tentative d'automédication et de soulagement du stress.

h. Par décision du 5 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement, mais que le droit à une rente était examiné. L'assurée n'a pas recouru contre ladite décision.

i. Par avis médical du 6 février 2019, le SMR, sous la plume du docteur K_____, a résumé les rapports médicaux reçus des médecins traitants et a recommandé la mise en place d'une expertise psychiatrique avec, en parallèle, la réalisation d'un bilan neuropsychologique avec tests de validation des symptômes, afin d'évaluer la présence éventuelle de troubles neuropsychologiques séquellaires à la consommation chronique des toxiques.

j. Par communication de l'OAI du 1er avril 2019, l'assurée a été informée qu'une évaluation médicale avait été confiée au docteur L_____ et a reçu une copie du mandat d'expertise.

k. L'expert L_____ a rendu un rapport d'expertise psychiatrique, daté du 14 novembre 2019, mentionnant un entretien de deux heures avec l'assurée, le 3 juillet 2019.

Reprenant l'anamnèse détaillée de l'assurée, l'expert a mentionné que cette dernière faisait des démarches sociales, voyait du monde, se promenait, faisait tout par elle-même et savait s'occuper. Elle comptait économiser de l'argent pour retourner s'établir en Italie, mais sans avoir un projet professionnel précis. L'assurée était décrite comme volubile, ayant parfois les larmes aux yeux, mais n'étant pas conflictuelle et quittant l'entretien plutôt souriante. L'expert ne retenait pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie ou d'une aboulie, ne notait pas de trouble patent de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation ; le jugement et le raisonnement étaient conservés. Sous la rubrique personnalité, l'assurée était décrite comme ayant eu un parcours de vie chaotique, étant assez isolée et ayant perdu son réseau social depuis son retour d'Italie en 2014 avec un sentiment marqué d'échec et de vide ; elle se montrait ambivalente à l'égard de son père, se décrivant comme une personne non conformiste, ayant une certaine intolérance à la frustration éventuelle, le tout orientant vers une personnalité dite état limite.

Sur l'échelle de la dépression de Hamilton, en hétéro-évaluation, le score était de 11-12, soit une dépression légère. Sur l'échelle de l'anxiété de Hamilton, le score était de 13-14, soit la limite supérieure de l'anxiété mineure.

Sur l'échelle de Beck 21, en auto-évaluation le score de l'expertisée était de 37, soit une dépression sévère.

Le symptom check-list SCL-90R faisait apparaître un ensemble fortement pathologique, y compris des traits paranoïaques et des traits psychotiques, alors que le dossier, selon l'expert, ne faisait jamais référence à une symptomatologie psychotique ni d'ailleurs l'examen clinique. L'expert concluait qu'il y avait une certaine dramatisation et amplification des plaintes qui pouvaient expliquer en partie, la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant « le plus souvent le postulat de sincérité de son patient ».

Le test de personnalité V.K.P. faisait apparaître une personnalité antisociale, probablement liée au trafic de drogue et histrionique, difficilement interprétable, peut-être un certain manque de maturité.

Le questionnaire des schémas de Young, présentait des valeurs élevées pour les schémas abus/méfiance, isolement social/exclusion, carence affective/abandon ; ce type de schéma rentrait dans le domaine de la séparation et du rejet. Les schémas vulnérabilité et relation fusionnelle élevés entraient dans le domaine du manque d'autonomie et de performance. Les schémas sacrifice de soi et assujettissement donnaient le sentiment d'un fonctionnement dit co-dépendant, indiquant un domaine d'orientation vers les autres. Enfin, le schéma exigence élevée paraissait objectivement en lien avec des ambitions professionnelles où tout était dû et un manque d'autocontrôle, soit l'état limite qui rentrait dans le domaine du manque de limites, autrement dit le manque de capacité à assumer des responsabilités envers autrui ou envers des projets.

Sur le plan des diagnostics, l'expert se distançait de l'appréciation du Dr J_____, décrit comme « un médecin assistant, autrement dit un médecin en formation, non FMH » et concluait à une symptomatologie dépressive tout au plus légère, mais en tout cas pas moyenne, évoquant même qu'il pouvait s'agir d'un simple trouble de l'adaptation, des suites de difficultés psychosociales économiques liées à l'arrivée en Suisse de l'assurée, dès lors qu'il n'y avait aucun antécédent annoncé de troubles psychiques avant 2014. La personnalité était décrite comme une personnalité dite état limite.

S'agissant de l'usage de l'héroïne et des benzodiazépines et THC, le médecin considérait que la toxicomanie était pour l'essentiel primaire et qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique avant l'arrivée de l'assurée en Suisse. L'expert ne voyait pas de relation de causalité univoque entre la personnalité état limite et la polytoxicomanie. En l'absence de graves troubles psychiques incapacitants, dépression, anxiété ou autre, ce qui - selon l'expert - n'avait pas été le cas, on ne pouvait pas parler d'une toxicomanie secondaire.

Selon l'expert, il n'existait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics qui n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail étaient les troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'opiacés (F11.22 et F11.26) ; les troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.25) ; les troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de sédatifs (F13.26) ; le trouble dépressif récurrent en rémission partielle (F33.41) et enfin une personnalité état limite non décompensée (F60.3).

La prise en charge était considérée par l'expert comme réalisée dans les règles de l'art, l'assurée s'adaptant au désir de prise en charge. L'évolution de la problématique dépressive avait été favorable, avec l'introduction d'un antidépresseur et l'assurée maîtrisait mieux sa consommation d'héroïne avec la Méthadone.

S'agissant du potentiel de réadaptation professionnelle, l'expert n'en voyait aucun, car l'assurée n'avait aucune demande en ce sens, n'avait pas véritablement de formation professionnelle qu'elle aurait valorisée et semblait se satisfaire de sa situation actuelle où elle bénéficiait du social et faisait quelques activités bénévoles.

S'agissant de la cohérence et de la plausibilité, l'assurée était décrite comme maintenant ses activités, notamment la lessive, le ménage et étant donc autonome, y compris pour les loisirs et théoriquement pour les activités sociales. Les symptômes ou les pertes de fonctionnalités dont se plaignait l'assurée étaient cohérents et plausibles, il y avait peu de discordance sur le diagnostic bien que, en lien avec le rapport médical du 11 mars 2018, l'expert considérait que la symptomatologie dépressive était en rémission, la description ressemblant plus à une symptomatologie dépressive légère plutôt que moyenne. La capacité de travail était jugée comme complète depuis le 3 juin 2014, mais en tenant compte pour l'essentiel de la toxicomanie dont l'expert disait avoir démontré qu'elle était primaire en majeure partie.

Le contexte psychosocial était décrit comme défavorable, avec un isolement, en raison de la perte du réseau social en Italie ; l'assurée trouvait néanmoins un certain soutien par l'environnement médical et pouvait s'intégrer à travers des activités bénévoles. L'assurée était décrite comme une femme d'intelligence tout à fait normale, mais ayant peu de disposition à coopérer, même si la personnalité n'était pas décompensée, car elle n'avait pas de motivation clairement formulée pour une réadaptation professionnelle et n'envisageait pas – n'avait d'ailleurs jamais pu – s'intégrer professionnellement sur le premier marché de l'emploi. Les causes médicales jouaient donc également un rôle, l'assurée n'ayant quasiment jamais travaillé, étant mentionné qu'il fallait tenir compte de son âge et d'un manque de motivation qui paraissaient avérés et qui jouaient un rôle défavorable.

Appliquant le Mini CIF-TAPP, l'expert retenait une limitation sévère de l'assurée : pour les relations familiales et intimes. Une limitation moyenne de l'assurée : pour s'adapter à des règles et des routines, pour sa flexibilité et sa capacité d'adaptation, pour l'application de ses compétences professionnelles et pour son évolution dans un groupe. Enfin, il retenait des limitations légères de l'assurée : pour la planification et structuration des tâches, la capacité de décision et de jugement et les contacts avec les tiers.

Enfin, l'expert répondait aux questions du mandant sur la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici qui était considérée comme nulle, notamment en raison d'un manque de motivation à reprendre une activité professionnelle et compte tenu de la désinsertion de longue date. Dans une activité adaptée correspondant aux aptitudes de l'assurée, l'expert considérait que l'assurée pouvait réaliser de petites activités où elle disposerait d'une certaine autonomie comme par exemple faire des ménages ou des nettoyages, mais n'avait aucune motivation en ce sens. Dans ce type d'activité, elle pouvait travailler huit heures par jour, sans baisse de la performance et disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée de

100%. Ladite capacité de travail était censée évoluer favorablement au fil du temps. Enfin, selon l'expert, en ce qui concernait les tâches du ménage, les atteintes à la santé n'avaient pas d'effets sur les activités suivantes : passer l'aspirateur, nettoyer à fond, soigner les plantes et le jardin et l'extérieur de la maison, nettoyer les animaux domestiques, raccommoder, repasser, nettoyer les chaussures et donner des soins aux enfants. En revanche, les effets des atteintes à la santé portaient sur les activités suivantes : préparer les repas, les servir, nettoyer la cuisine, faire les provisions, ranger, épousseter, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, sortir les déchets, effectuer des courses quotidiennes, s'occuper des aspects administratifs et laver, étendre et plier le linge. Il concluait que l'expertisée réalisait les tâches ménagères elle-même et sans limitation apparente bien qu'ayant renoncé à certaines tâches comme repasser, nettoyer les chaussures, ce qui ne relevait pas d'une pathologie ou d'un handicap, mais d'un choix personnel.

l. En date du 12 février 2020, le Dr K_____ du SMR a rendu un rapport final qui – rejoignant les conclusions de l'expert – considérait que l'assurée avait une incapacité de travail totale et médicalement justifiée en raison des épisodes dépressifs susnommés à partir d'août 2015, mais que sa capacité de travail était à nouveau entière, au plus tard à partir de juillet 2019, date de l'examen effectué par l'expert.

m. Une enquête économique sur le ménage, dans la chambre d'hôtel de l'assurée, a été effectuée, en date du 23 juin 2020 par une infirmière évaluatrice. Un empêchement pondéré de 13.50% a été retenu pour l'alimentation et la préparation des repas ; de 7.50% pour l'entretien du logement ; de 5% pour les achats et courses diverses ; de 6% pour la lessive l'entretien des vêtements et de 0% pour les soins et assistance aux enfants et aux proches, totalisant ainsi un empêchement pondéré avec et sans exigibilité de 32%.

n. En date du 14 août 2020, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente avec octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et un refus de mesures professionnelles. La capacité de gain était jugée entière à partir du 1er août 2016 (suite à l'échéance du délai d'un an), ouvrant le droit une rente entière dès cette date. Par la suite, l'OAI considérait que l'état de santé s'était amélioré et que l'assurée avait récupéré une capacité de travail entière dans toute activité dès juillet 2019. Cette amélioration ayant duré plus de trois mois, la rente entière était donc versée jusqu'au 30 septembre 2019, l'invalidité devant être considérée comme nulle à partir du 1er octobre 2019, date à laquelle l'assurée présentait une capacité entière de travail dans toute activité.

o. Par courrier du 24 août 2020, l'assurée s'est opposée au projet d'acceptation de rente du 14 août 2020, expliquant qu'elle n'avait absolument pas récupéré une capacité de travail entière dans toute activité et demandant qu'une nouvelle décision soit prise.

p. Par courrier du 29 septembre 2020, l'OAI a communiqué sa motivation à l'opposante, retenant comme statut d'assurée celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle et reprenant la motivation mentionnée dans le projet de décision.

q. L'assurée a transmis à l'OAI un courrier des HUG du CAAP Q_____, daté du 16 octobre 2020 et signé par le docteur M_____, spécialiste en médecine interne, concluant à ce que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était nulle compte tenu des antécédents psychiatriques, des difficultés relationnelles et de ses faibles ressources. Les diagnostics retenus étaient une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.3) ; un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.2) et un syndrome de dépendance aux opiacés, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22). Les limitations fonctionnelles liées à son diagnostic F60.3 étaient des difficultés de l'ordre relationnel avec difficultés d'entrée en lien, de mettre des limites, mouvements d'idéalisation des idéalisations et schéma noir et blanc, une labilité importante émotionnelle avec une baisse de la tolérance au stress. Lié à son diagnostic F33.2, un déficit cognitif attentionnel mnésique de planification et d'exécution des tâches et des déficits motivationnels, par exemple se mobiliser pour effectuer des tâches.

r. Appelé à se prononcer sur le courrier des HUG du 16 octobre 2020, le SMR de l'OAI, sous la plume du docteur N_____, a considéré, par avis médical du 19 octobre 2020, que l'assurée n'avait fourni aucun élément médical pour justifier les diagnostics retenus et la capacité de travail estimée, et qu'au vu du courrier du Dr M_____, on ne disposait d'aucun élément permettant de s'écarter des conclusions précédentes.

s. Par décision du 4 décembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, ainsi que la motivation qui l'accompagnait.

C. a. Par acte posté le 24 décembre 2020, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 4 décembre 2020, alléguant que sa santé ne s'était aucunement améliorée « depuis le mois d'octobre 2019 » et qu'elle poursuivait un suivi régulier chez son médecin généraliste, ainsi qu'un programme spécialisé pour les dépendances. Elle ajoutait que son état émotionnel ne s'améliorait pas, qu'elle souffrait depuis maintenant de nombreuses années, était restée fragile et que sa situation de santé restait un handicap majeur pour reprendre une activité professionnelle. Elle concluait à ce que l'on revienne sur la décision visée.

b. Par réponse du 27 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif que la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante avaient fait l'objet d'une expertise psychiatrique qui remplissait tous les réquisits jurisprudentiels et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c. Par courrier du 17 octobre 2021, la chambre de céans a informé les parties que le rapport d'expertise rendu par le Dr L_____ présentait un certain nombre de problèmes, notamment la présence d'incohérences quant au degré de sévérité de l'atteinte à la santé et qu'une expertise médicale judiciaire était envisagée.

d. La chambre de céans a ainsi soumis aux parties, en date du 5 novembre 2021, une proposition d'expert, soit la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de mandat d'expertise qui n'ont pas été contestés dans le délai accordé.

e. Par courrier du 18 novembre 2021 adressé à la chambre de céans, le Dr J_____ a appuyé la demande de nouvelle expertise, considérant notamment que l'intimé faisait « des raccourcis » et que le trouble de la personnalité dont souffrait l'assurée était un handicap majeur dans son quotidien.

## 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse la question de savoir si la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, cas échéant depuis quand.

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

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

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

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

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

b. Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est

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

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

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

   Ces indicateurs 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

   **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 le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

   L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie

d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

**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. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

**3.** Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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).

**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; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

**C.** Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, 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). A 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).

7. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

   Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

   Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7*b* al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

8. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

   Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en

effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

10. Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

c. Ainsi, en principe, 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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

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

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement

sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

h. 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

i. On ajoutera qu'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. A 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. 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).

13. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

    b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

    Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique

(avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. 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 est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une

appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

14. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

15. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

16. En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr L_____ écarte les résultats de l'auto-test Beck 21 et du SCL-90R effectués par l'assurée, alors même que ces derniers

évoquent une dépression sévère. Les conclusions des médecins traitants sur l'incapacité de travail de l'assurée ont été écartées sans grandes explications.

De même, au niveau des tâches ménagères, on peine à comprendre les distinguos effectués par l'expert quant à certaines tâches ménagères qui pourraient être effectuées, alors que d'autres ne pourraient pas l'être en raison des troubles de la santé de l'assurée. S'y ajoute le fait que l'assurée vivant à l'hôtel, la majorité des tâches de ménage sont dévolues au service d'entretien de l'hôtel.

On s'explique également mal ce qui a pu permettre à l'assurée de passer d'un état d'incapacité totale en 2016 à un état de capacité totale en 2019 au moment de l'expertise, sans que cette évolution soit expliquée en détail.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA ; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) et 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.

En particulier, lorsqu'il constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

17. Au vu de certaines incohérences relevées dans le rapport d'expertise du Dr L_____, la chambre de céans considère qu'il est nécessaire, en l'espèce, d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée à la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, _____ [GE]. 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, en particulier la doctoresse H_____, les docteurs J_____ et P_____, ainsi que le docteur L_____.
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 depuis respectivement en août 2015 et juillet 2019?

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'autre 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'activités 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 ? A 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 / régressé depuis août 2015 puis depuis juillet 2019 ?

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 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 ?

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

10.4 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 l'expertise du Dr L_____ du 14 novembre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport médical du Dr J_____ du 25 septembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% dans toute activité ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec le rapport médical de la Dresse H_____ (CAAP Q_____) du 11 octobre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% dans toute activité ? 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.

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

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

La greffière | Le président

Nathalie LOCHER | Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le _____