RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4382/2019 **ATAS/406/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 mai 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry ULMANN	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1983 en Roumanie, est retournée en Suisse, à Genève, en 2012, après y avoir séjourné une première fois de 2003 à 2009. Titulaire d'un bachelor en relations internationales obtenu à Genève, et d'un master en management du luxe obtenu à Florence, elle a travaillé en tant que consultante indépendante entre 2011 et 2016, avant d'être engagée, en novembre 2016, en tant que cheffe de projet marketing par l'entreprise B_____ Sàrl.

2. Dès le 24 juillet 2017, divers certificats d'arrêt de travail pour cause de maladie lui ont été prescrits par le docteur C_____, médecin généraliste.

3. L'assurée a été licenciée par B_____ Sàrl avec effet au 31 décembre 2017.

4. Le 3 mai 2018, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations d'invalidité, dans laquelle elle a invoqué une dépression sévère, suite à un épuisement physique et psychique.

5. L'assurance perte de gain a diligenté une première expertise auprès de la Clinique Corela. Dans son rapport du 19 janvier 2018, la doctoresse D_____, spécialiste en psychiatrie, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), en cours de rémission retardée. La Dresse D_____ a notamment exposé que l'assurée avait été confrontée, dès son embauche en novembre 2016, à un facteur de stress psychosocial, soit une surcharge de travail. Elle avait évoqué un surmenage, à l'origine d'une symptomatologie de la lignée anxieuse et dépressive, associant des troubles du sommeil et de l'appétit, une perte de motivation professionnelle et des difficultés pour la prise de décisions. Début janvier 2017, un nouveau facteur de stress s'était ajouté, à savoir un conflit avec l'employeur. La symptomatologie était alors devenue essentiellement anxieuse, l'assurée décrivant l'apparition de symptômes neurovégétatifs (tachycardie, sueurs, tremblements), des sensations de faiblesse pouvant occasionner des chutes, ainsi qu'une sensation de mort imminente. Ces symptômes étaient déclenchés par des circonstances spécifiques, dans des transports en commun, au milieu d'une foule et parfois, dans un véhicule particulier. Le caractère réactionnel des symptômes ne permettait pas d'évoquer une agoraphobie ou un autre trouble anxieux caractérisé. Au jour de l'expertise, cinq mois après le début de l'incapacité de travail, les troubles anxieux aigus étaient devenus hebdomadaires. Les seuls critères de la dépression encore présents étaient des troubles du sommeil et de l'appétit. L'assurée rapportait encore des troubles de la concentration et une asthénie, que l'experte disait ne pas avoir constaté. Une rémission partielle avait permis des reprises à temps partiel, lesquelles s'étaient

toutefois soldées par des échecs ; la rémission avait été retardée, notamment, par des échecs thérapeutiques, ainsi que par un retard dans la mise en place du suivi psychiatrique, en octobre 2017, puis dans l'augmentation de la posolgie de la venlafaxine, effectuée seulement deux semaines auparavant. Il y avait lieu de poursuivre ce traitement pour obtenir une rémission complète. La Dresse D_____ concluait à une capacité de travail nulle au jour de l'expertise, soit le 15 décembre 2017, mais entière, sans diminution de rendement, dès le 1er janvier 2018.

6. Dans un rapport adressé à l'OAI le 8 juin 2018, la doctoresse E_____, cheffe de clinique auprès du service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a retenu le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Âgée de 34 ans, l'assurée avait présenté une baisse de l'élan vital en janvier 2017, en lien avec un épuisement professionnel et l'installation progressive d'un burnout, nécessitant un arrêt de travail d'une semaine en juillet 2017. Après avoir tenté de reprendre le travail à 20 %, l'assurée s'était vue prescrire un arrêt de travail de longue durée. L'assurée avait été licenciée en septembre 2017 et jugeait son licenciement injustifié, ce qui avait contribué à une péjoration très importante de sa thymie. La mise en place d'un traitement antidépresseur n'ayant pas permis de juguler cette aggravation, l'assurée avait été adressée pour une prise en charge ambulatoire plus intensive auprès du Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrée des Eaux-Vives (ci-après : CAPPI), dès le 7 février 2018. Son évolution clinique, lentement favorable, mettait en évidence une amélioration de la thymie – qui restait modérément triste – ainsi que la persistance d'une anhédonie et d'une aboulie modérées. L'assurée bénéficiait d'une prise en charge multidisciplinaire intensive, avec des entretiens infirmiers hebdomadaires et diverses activités groupales (jusqu'à 6-7 activités thérapeutiques par semaine). Elle bénéficiait également d'un traitement psychotrope (Venlafaxine, Quetiapine, Tranxilium et Xanax). S'agissant des limitations, l'assurée présentait un léger ralentissement psychomoteur avec diminution de l'attention et de la concentration, une thymie triste, une aboulie importante, une anhédonie, une diminution de la résistance au stress et une capacité d'adaptation particulièrement restreinte, au vu d'un fonctionnement psychologique comportant certaines caractéristiques rigides, qui rendaient le changement et l'adaptation plus lents. L'assurée témoignait cependant d'une motivation pour se soigner et retrouver un équilibre, aussi bien au niveau de sa santé que de sa vie en général. Actuellement, l'assurée bénéficiait d'une prise en charge ambulatoire intensive et les activités nécessaires à l'entretien du ménage familial étaient effectuées moyennant un effort important et une fatigabilité accrue, ce qui rendait particulièrement difficile l'accomplissement d'autres activités. S'agissant des répercussions de l'atteinte dans les domaines courants de la vie, l'assurée fournissait des efforts importants afin d'effectuer ses tâches ménagères habituelles. En terme de loisirs, il existait une baisse de la

capacité à éprouver du plaisir et une restriction des domaines d'activités ressentis comme habituellement agréables. Les activités sociales étaient également limitées, dans la mesure où l'assurée devait être stimulée par les soignants ou par son mari. S'agissant des ressources disponibles, l'assurée bénéficiait d'un soutien très important de son mari, mais son réseau amical était relativement restreint. Cela étant, elle se montrait motivée et manifestait des aptitudes de communication, afin de nouer des liens avec d'autres personnes, y compris à travers des activités thérapeutiques en groupe. La capacité de travail était actuellement nulle, compte tenu du tableau dépressif, qui demeurait modéré à sévère. L'observance thérapeutique était jugée bonne. La poursuite du traitement actuel était préconisée, compte tenu de la majoration de la dose d'antidépresseurs et de l'évolution lentement favorable au plan clinique. Cependant, il existait des difficultés entravant une évolution plus importante et rapide, notamment certains traits de personnalité de la patiente, certains éléments anankastiques (obsessionnels) et, de manière générale, une certaine rigidité psychique.

La Dresse E_____ a joint un « résumé d'intervention ambulatoire » daté du 6 juin 2018, dont ressortait notamment l'extrait suivant : « […] [f]ace à un épisode dépressif très sévère avec des éléments de persécution (pas délirante de manière franche) et une hypervigilance, elle nous est adressée pour une prise en charge ambulatoire intensive. […] La patiente […] évoque des idées hétéroagressives d'une violence particulière, à savoir de capturer les enfants de son ancien chef, ainsi que lui et sa sœur, de tuer les enfants devant leur père […]. Elle critique ces pensées et dit que cela est lié à sa haine contre lui, elle évoque une rage à son encontre, trouvant que c'est à cause de lui qu'elle est en train de tout perdre (à savoir le licenciement). Elle dit ne pas avoir de projet concret de faire cela et que ce qui l'empêche de faire ça est qu'elle ne souhaiterait pas compromettre sa naturalisation […] ».

7. Dans un rapport adressé à l'assurance perte de gain le 16 juillet 2018, le docteur F_____, médecin auprès du CAPPI, a confirmé le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques et conclu à une capacité de travail demeurant nulle, depuis le 7 février 2018.

8. L'assurance perte de gain a diligenté une nouvelle expertise auprès du docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est entretenu avec l'assurée le 30 juillet 2018. Dans son rapport du 1er août 2018, le Dr G_____ a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et d'agoraphobie (F40.0). Il a également retenu le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, depuis le début de l'été 2018. Dans son appréciation, l'expert a notamment exposé

que l'assurée, arménienne née en Roumanie, avait émigré avec ses parents aux États-Unis à l'âge de 6 ans, avant que la famille ne retourne vivre en Roumanie, lorsqu'elle avait 9 ans. Jusqu'à la période de l'adolescence, l'assurée avait été battue, dénigrée et insultée par sa mère, et le couple parental avait connu des épisodes de violence. Malgré les conditions défavorables de l'enfance et de l'adolescence, l'assurée ne présentait pas de trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles : l'assurée ne décrivait pas de souffrance mentale continue depuis la fin de l'enfance ou de l'adolescence, et elle avait été capable d'accomplir une formation de niveau universitaire, dans une langue qui n'était pas la sienne (obtention en Italie, en 2011, d'un master en luxury management). Elle avait également été capable de s'intégrer dans le monde du travail, en travaillant régulièrement pendant ses études, même si elle n'en avait pas la nécessité sur le plan matériel. La biographie professionnelle témoignait d'une continuité après que l'assurée eut terminé ses études, à la fin de l'année 2011, et des problèmes relationnels ne s'étaient manifestés qu'à une seule reprise, dans le cadre du dernier poste occupé. L'assurée n'avait consommé de l'alcool que pendant la période de l'adolescence, pour faire face aux maltraitances de sa mère. Sur le plan sentimental, l'assurée entretenait une relation positive avec son mari depuis plus de cinq ans. Une dépression semblait avoir été diagnostiquée en 2003 par une psychiatre et été traitée au moyen d'un antidépresseur. L'épisode dépressif actuel s'était manifesté dans le contexte d'une surcharge professionnelle (horaires excessifs, multiplicités des tâches qualifiées et non qualifiées) et de problèmes relationnels avec la sœur de l'employeur. L'assurée avait été adressée par la Dresse H_____, psychiatre, au CAPPI, qui avait assuré le suivi entre février 2017 et janvier 2018, sous forme d'un traitement de crise, puis d'une prise en charge ambulatoire moins intense, sous l'égide notamment des Drs I_____ et F_____. Actuellement, l'humeur était discrètement déprimée, avec un discours à teinte négative, mais sans tristesse franche, perte d'élan vital, abattement ou idées de mort. Il n'y avait pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir), car l'assurée qualifiait d'agréable le shopping, la vie sociale, ou le fait de se maquiller, de se rendre à la salle de gymnastique ou encore de se faire les ongles. Il persistait en revanche des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit et une perte de la libido. Concernant des éléments potentiellement incapacitants liés à la dépression, l'expert relevait que, selon son examen clinique, il n'avait constaté aucune diminution de l'élan vital. Les journées étaient structurées et l'assurée participait activement aux tâches ménagères, même s'il avait été mis en évidence des variations importantes du rythme nycthéméral (rythme veille-sommeil), des siestes jusqu'à quatre heures et des périodes d'inactivité prolongée durant la journée. Globalement, la réduction de l'énergie devait être qualifiée de modérée. Il existait aussi une aboulie (perte de volonté partielle) partielle et de légers sentiments de

dévalorisation, mais pas de diminution de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. Durant l'examen, l'assurée avait pu répondre sans hésitations aux questions qui lui étaient posées, avec un discours clair, précis et informatif, et elle avait pu décrire précisément l'enchaînement chronologique des différentes étapes sociales et professionnelles. S'agissant de la capacité de travail, au regard des éléments de pronostic favorables (recherche de soins spécialisés, évolution favorable de la dépression, étayage socio-familial relativement préservé, absence d'hérédopathie significative) et défavorables (fragilité constitutionnelle psychique, antécédents psychiatriques et polypathologie psychiatrique), l'expert estimait que le pronostic était globalement favorable. L'épisode dépressif léger était à l'origine de limitations fonctionnelles résiduelles, notamment d'une réduction modérée de l'énergie, d'une aboulie partielle et d'une légère réduction de la confiance en soi. Quant à l'agoraphobie, elle interférait de manière restreinte avec l'aptitude au travail, dans la mesure où l'assurée, dans le contexte de son activité, pouvait être amenée à utiliser les transports publics aux heures d'affluence. S'agissant de l'absorption continue de benzodiazépines, elle ne diminuait pas l'aptitude au travail. La nature et l'ampleur des limitations étaient compatibles avec la reprise de l'activité professionnelle antérieure à mi-temps dès le 6 septembre 2018, puis à plein temps dès le 28 septembre 2018. Dans une activité adaptée, permettant d'éviter les déplacements aux heures d'affluence (travail à domicile), l'expert concluait à une capacité de travail de 50 % dès la mi-août 2018, et de 100 % dès le début du mois de septembre 2018. En conclusion, l'épisode dépressif léger et l'agoraphobie entraînaient une totale incapacité de travail dans l'immédiat, mais on pouvait s'attendre à ce que l'assurée recouvre une pleine capacité de travail dès le 27 septembre 2018.

9. Par pli du 24 août 2018, l'assurance perte de gain a mis fin au versement des indemnités journalières servies à l'assurée, avec effet au 26 septembre 2018.

10. À l'occasion d'un entretien téléphonique avec une collaboratrice de l'OAI, le 16 octobre 2018, l'assurée a indiqué que son mari était en fin de droit au chômage, qu'elle allait s'inscrire au chômage et qu'elle demandait du soutien pour ses recherches d'emploi.

11. Par avis du 24 octobre 2018, le docteur J_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'au regard du dossier et d'une bonne évolution, l'épisode dépressif était réactionnel à une situation professionnelle et privée difficile. En effet, l'expert avait relaté que l'épisode dépressif actuel s'était manifesté dans le contexte d'une surcharge professionnelle et de problèmes relationnels avec la sœur de l'employeur ; il avait expliqué que l'épisode dépressif était en voie de résolution et que l'agoraphobie était d'intensité limitée. De son côté, l'assurée avait récemment signalé qu'elle s'était inscrite au chômage.

12. Le 2 novembre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis de décision, au terme duquel il envisageait de lui refuser toute prestation.

13. Par pli du 30 novembre 2018, l'assurée s'est opposée au préavis de l'OAI et a invité l'office à se renseigner auprès du CAPPI, en vue d'obtenir son dossier médical et de confirmer son incapacité. Elle s'était parallèlement opposée à la décision de l'assurance perte de gain mettant fin au versement des indemnités journalières.

14. Dans un courrier adressé à l'OAI le 20 décembre 2018, la doctoresse K_____, médecin auprès du CAPPI, a indiqué qu'elle entendait « recourir » contre le refus de mesures de réinsertion en faveur de l'assurée. L'assurée avait dans un premier temps été suivie par le CAPPI dans le cadre du « Programme Crise », du 7 février au 25 mars 2018. Elle avait présenté une évolution clinique lentement favorable et un relais au Pôle Communautaire avait été organisé, avec une prise en charge médico-infirmière et groupale. L'assurée présentait une rigidité dans son fonctionnement habituel, qui avait été ébranlé lors de sa crise et des nombreuses pertes qu'elle avait subies durant les derniers mois. Grâce à la rémission partielle de son épisode dépressif, il avait été mis en évidence un trouble mixte de la personnalité sévère, avec des traits limites, dyssociaux et histrioniques, une forte intolérance à la frustration, une impulsivité et des difficultés dans les interactions sociales, malgré un traitement psychotrope conséquent (Venlafaxine, Quétiapine, Oxazépam et Clorazépate). Le fonctionnement rigidifié de l'assurée rendait très difficile son adaptation à la situation. Face à une demande de reprise rapide du travail à 100 %, en septembre 2017, l'assurée avait été confrontée à ses ressources limitées et à son incapacité à reprendre le travail, ce qui avait aggravé son état psychique. Son tableau clinique avait donc évolué de manière défavorable, depuis l'expertise réalisée par le Dr G_____ en juillet 2018. En conclusion de son rapport, la Dresse K_____ a indiqué qu'une mesure de réinsertion professionnelle progressive, dans un milieu adapté, lui paraissait indispensable afin d'éviter un nouvel échec et une chronicisation du trouble.

15. Dans un bref avis daté du 23 avril 2019, le Dr J_____ a indiqué que si la Dresse K_____ avait signalé une possible aggravation de l'état de santé psychique depuis l'expertise du Dr G_____, elle n'avait fourni aucun renseignement sur le tableau clinique, de sorte qu'il convenait de l'inviter à remplir une « lettre au spécialiste ».

16. Le 26 juin 2019, le CAPPI a informé l'OAI que l'assurée n'était plus suivie par le Dr K_____, mais consultait désormais le docteur L_____, psychiatre-psychothérapeute.

17. Répondant à un questionnaire de l'OAI, le Dr L_____, dans son rapport du 9 octobre 2019, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode

actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de personnalité narcissique (F60.8). L'assurée, d'origine arménienne par son père, née en Roumanie, séparée depuis mai 2019 et ayant engagé une procédure de divorce, avait bénéficié d'un premier suivi psychothérapeutique vers l'âge de 20 ans, dans le contexte de difficultés d'adaptation lorsqu'elle avait commencé ses études à l'Université de Genève. S'agissant de l'épisode actuel, l'assurée disait avoir présenté une baisse de l'élan vital en janvier 2017, en lien avec un épuisement professionnel et l'installation progressive d'un burn-out, ayant nécessité un arrêt maladie d'une semaine en juillet 2017. La péjoration ultérieure de la thymie était liée à son licenciement, en septembre 2017. Face à un épisode dépressif sévère avec des éléments de persécution et une hypervigilance, l'assurée avait bénéficié au CAPPI d'un suivi de crise pendant environ une année, puis d'un suivi en consultation jusqu'en janvier 2019. Le Dr L_____ indiquait avoir repris le suivi le 21 janvier 2019. S'agissant du status psychiatrique, le Dr L_____ a relevé qu'au début du suivi, l'assurée présentait un important ralentissement psychomoteur, qui s'était amélioré avec la diminution des benzodiazépines et de la Venlafaxine, ainsi que l'arrêt de la Quétiapine. Également au début de suivi, une diminution de l'attention et de la concentration avait été constatée, mais cette symptomatologie s'était subséquemment améliorée avec la diminution de la médication, et l'assurée parvenait à suivre la discussion, moyennant un certain effort. L'assurée se plaignait de troubles de la mémoire (notamment de fréquents oublis de rendez-vous). Le Dr L_____ avait relevé une thymie triste, une aboulie marquée, une anhédonie partielle, un manque d'énergie, une fatigue importante et une baisse de l'estime de soi, toutefois sans idées noires ou suicidaires. Les idées hétéro-agressives envers l'ancien employeur n'étaient plus présentes, mais le poids était fluctuant et le sommeil n'était pas reposant (endormissement vers 02h00-03h00 et réveil en début d'après-midi). Il existait une importante symptomatologie anxieuse, avec notamment des crises d'angoisse empêchant parfois l'assurée de sortir de chez elle. S'agissant des ressources, la patiente en avait très peu : depuis qu'elle s'était séparée de son mari, il lui restait quelques amies ainsi qu'un copain, qu'elle voyait sporadiquement. Ses parents, qui habitaient à Bucarest, étaient plutôt une source d'inquiétude, car elle était très sensible à leur état de santé. Elle restait cependant très motivée et mettait beaucoup d'espoirs dans une reprise d'activité professionnelle avec l'aide de l'assurance-invalidité, le travail étant pour elle la seule voie pour s'en sortir et retrouver « sa place dans la vie ». S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, on assistait à une chronicisation, ce qui rendait la patiente plus fragile au stress et à une rechute dépressive. Quant au trouble de la personnalité narcissique, il n'avait pas d'incidence directe sur la capacité de travail, mais constituait un facteur de risque majeur pour une rechute dépressive et méritait donc une attention particulière au niveau de la prise en

charge. En définitive, dans l'activité professionnelle antérieure, la capacité de travail était nulle depuis le 24 juillet 2017. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, le Dr L_____ concluait à une capacité de travail de 50 %, depuis le 1er octobre 2019. S'agissant enfin des limitations fonctionnelles, il retenait une diminution de l'énergie, une fatigabilité importante, un ralentissement psychomoteur, une sensibilité au stress, une diminution des performances cognitives, attentionnelles et de la mémoire de travail, ainsi que des difficultés interpersonnelles.

Le Dr L_____ a joint un rapport établi le 9 juillet 2019 par le docteur M_____, de l'Unité du trouble de la régulation émotionnelle des HUG (ci-après : TRE), dont il ressort que l'assurée a été évaluée en raison d'une suspicion de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et d'un trouble de personnalité de type borderline. Le Dr M_____ est parvenu à la conclusion que l'intéressée ne présentait pas de trouble de l'attention avec hyperactivité. En revanche, les importants dysfonctionnements constatés au niveau des relations interpersonnelles plaidaient en faveur d'une structure pathologique de la personnalité, de type état limite. L'évaluation ne mettait pas en évidence les critères permettant de diagnostiquer une personnalité émotionnellement labile de type borderline, mais l'évaluation du trouble de la personnalité narcissique était positive (six critères remplis sur neuf). Dans ce contexte, une psychothérapie spécialisée était recommandée. Les thérapies basées sur le transfert et la mentalisation étaient les plus reconnues pour la problématique de l'assurée, de sorte que cette dernière ne remplissait pas les critères pour suivre un programme spécialisé au TRE.

18. Dans un bref avis daté du 24 octobre 2019, le Dr J_____ a relevé que le Dr L_____, dans son rapport du 9 octobre 2019, avait décrit un tableau similaire à celui relaté par le Dr G_____, sans signe de gravité et notamment sans idées noires ou suicidaires. Le Dr L_____ n'avait pas signalé une aggravation, mais une amélioration de l'état psychique, permettant une reprise d'activité dès le 1er octobre 2019. Au vu de ce nouveau rapport et de l'amélioration en ressortant, le Dr J_____ persistait dans les conclusions qu'il avait prises en octobre 2018.

19. Par décision du 28 octobre 2019, l'OAI a refusé d'accorder à l'assurée toute prestation d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas, selon le SMR, d'atteinte invalidante au sens de la législation sur l'invalidité. S'agissant des rapports que l'assurée avait produits à l'appui de ses objections contre le préavis de décision, il n'en ressortait aucun fait nouveau, de sorte que les pièces produites ne permettaient pas de modifier l'appréciation de l'office.

20. L'assurée a divorcé le 12 novembre 2019, selon les données figurant dans le registre informatisé de l'office cantonal de la population et des migrations

(ci-après : OCPM). En outre, selon ce registre, le mari aurait quitté le domicile conjugal en juin 2019.

21. Le 28 novembre 2019, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation, à ce qu'il soit constaté qu'elle était partiellement invalide, à ce que lui soient accordées des mesures d'ordre professionnel ainsi que des mesures de réinsertion, et à ce que l'OAI prenne en charge une thérapie auprès de l'unité Karl Jaspers du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

    L'OAI avait constaté les faits de manière inexacte en retenant que son atteinte n'était pas invalidante, alors qu'elle l'était à hauteur de 50 %. En effet, selon les rapports établis par les HUG en juillet 2019, respectivement par le Dr L_____ en octobre 2019, elle n'était capable de travailler qu'à 50 % et seulement dans certaines professions. Elle en déduisait que des indemnités journalières de l'assurance-invalidité devaient lui être versées à un taux de 50 %.

    Par ailleurs, elle était en arrêt maladie depuis l'année 2017 et souffrait, entre autres, d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble spécifique de la personnalité. Au vu des rapports médicaux et de son incapacité partielle de travail, elle subissait une perte de gain et était donc partiellement invalide. Elle sollicitait l'octroi de mesures de réadaptation et de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation, relevant que le Dr L_____ avait relevé son envie de travailler et que de son côté, elle souhaitait simplement un « coup de main » afin qu'elle puisse atteindre cette objectif. Elle avait également besoin d'une aide de l'assurance-invalidité pour bénéficier d'une thérapie spécifique au CHUV, que le Dr L_____ avait préconisée.

    Enfin, l'OAI avait versé dans l'arbitraire en refusant de lui verser toute prestation, alors que plusieurs rapports attestaient de son incapacité de travail partielle et de ses symptômes, qui lui donnaient droit à une rente ou à tout le moins à des mesures de réadaptation. De son côté, l'OAI n'avait produit aucun rapport du SMR afin de motiver précisément son refus de prestation. Enfin, elle déplorait que l'OAI ait statué en octobre 2019, soit une année et demie après le dépôt de sa demande.

22. Dans sa réponse du 9 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise réalisée par le Dr G_____ en août 2018 satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il en ressortait que la recourante présentait un épisode dépressif léger (sans syndrome somatique) ainsi qu'une agoraphobie, dont l'intensité était limitée. Selon l'expert, la recourante avait recouvré dans son activité habituelle une capacité de travail de 50 % dès le 6 septembre 2018, puis de 100 % dès le 27 septembre 2018, tandis que dans une

activité adaptée, sa capacité de travail était de 50 % dès la mi-août 2018, puis de 100 % dès septembre 2018. L'office était donc fondé à retenir une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle depuis septembre 2018. La recourante ne présentait aucune atteinte se répercutant durablement sur sa capacité de travail et l'expert avait considéré que l'épisode dépressif était réactionnel à une situation difficile sous l'angle professionnel et privé, relevant que « l'épisode actuel s'[était] manifesté dans le contexte d'une surcharge professionnelle (horaires excessifs, multiplicité des tâches, qualifiées et non qualifiées et de problèmes relationnels avec la sœur de l'employeur ». Or, selon la jurisprudence, lorsqu'un expert aboutissait à des résultats qui s'expliquaient par des circonstances psychosociales et socioculturelles, il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante.

23. La recourante a répliqué le 12 mai 2020, persistant dans ses conclusions au fond, invitant par ailleurs la CJCAS à entendre les parties ainsi que le Dr L_____.

L'expertise du Dr G_____ avait été établie pratiquement deux ans auparavant et entrait en contradiction avec plusieurs rapports médicaux. Il était faux de prétendre, comme l'avait fait le médecin du SMR, que le tableau décrit par le Dr L_____ était similaire à celui détaillé par le Dr G_____ : d'une part, le Dr L_____ – à l'instar du Dr M_____ – avait décrit un trouble de la personnalité narcissique, qui n'avait pas été relevé par le Dr G_____. D'autre part, le Dr G_____ avait retenu une dépression légère, alors que les Drs L_____ et I_____ avaient évoqué une dépression sévère ; la Dresse K_____ avait également mis en évidence le caractère important de sa dépression. Par ailleurs, la conclusion du Dr G_____ selon laquelle elle aurait pu reprendre son activité professionnelle habituelle à 100 % dès le 27 septembre 2018 avait été contredite par les Drs L_____ et I_____. Plus particulièrement, le Dr L_____ avait jugé qu'une reprise d'une activité strictement adaptée n'était possible qu'à 50 % depuis le mois d'octobre 2019, ce qui lui donnait droit à une demi-rente. C'était à tort que le SMR avait conclu, sans justification, qu'une reprise d'activité à temps complet était exigible.

Par ailleurs, l'amélioration de l'état de santé retenue par le médecin du SMR était critiquable, dans la mesure où la Dresse K_____ avait au contraire attesté d'une évolution défavorable depuis l'expertise du Dr G_____. De son côté, le Dr L_____ avait fait état d'une amélioration lentement favorable, au prix d'une médication intensive, d'un suivi et d'une parfaite collaboration, mais tout en soulignant les risques majeurs de rechute qui subsistaient.

Enfin, la recourante sollicitait derechef l'octroi de mesures de réadaptation et réaffirmait qu'elle était motivée à travailler. Sa capacité de travail étant limitée à 50 % dans une activité strictement adaptée, il convenait de lui accorder des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle. Comme cela ressortait du rapport du Dr L_____, une incapacité de travail prolongée risquait de pérenniser

sa dépression et de la rendre entièrement dépendante de l'assurance-invalidité ; des mesures de réinsertion étaient propres à briser ce « cercle néfaste ». Enfin, il convenait de lui financer la thérapie spécifique, respectivement la psychothérapie spécialisée préconisée par les Drs L_____ et M_____.

La recourante a notamment joint un courrier adressé le 28 avril 2020 par le Dr L_____ au SMR : « [à] la demande de [l'assurée] et de son avocat […], je me permets de vous écrire au sujet de la décision de refus de toute prestation de l'assurance-invalidité et de mesures professionnelles concernant [la] patiente susnommé[e] […]. À la lecture du dossier et notamment de votre avis médical daté du 24 octobre 2019, je constate que mes rapports médicaux ont pu donner lieu à une interprétation erronée de la situation médicale de [l'assurée], raison pour laquelle je souhaite apporter quelques précisions. En effet, [l'assurée] a présenté une symptomatologie anxiodépressive importante, dans le contexte d'un épuisement professionnel dès le mois de janvier 2017, qui s'est péjoré progressivement et a nécessité un arrêt maladie de longue durée dès le mois de juillet 2017. À la suite de son licenciement au mois de septembre 2017, son état clinique se détériore, avec un développement d'une symptomatologie dépressive sévère, des symptômes de persécution et des idées hétéro-agressives à l'encontre de son ex-patron et de la famille de celui-ci. Dans ce contexte, elle est adressée en urgence pour un suivi de crise au CAPPI Eaux-Vives des HUG, en février 2018. […] [L]es collègues psychiatres retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. En raison de la symptomatologie sévère et face à la résistance au traitement médicamenteux, des doses de médicaments psychotropes très importantes sont mises en place […]. Progressivement, avec la prise en soin de crise intensive, ses symptômes les plus aigus s'atténuent, mais persistent cependant et par ailleurs, la patiente développe des effets secondaires importants tels un ralentissement psychomoteur, une importante diminution de la concentration et de la mémoire de travail et une importante prise de poids (15 kg), qui impacte de manière négative son image et son estime de soi. Durant le suivi [du] CAPPI, l'équipe soignante met en évidence d'importants traits de personnalité pathologique, sans pour autant se prononcer sur un diagnostic caractérisé de trouble de personnalité, mais tout en soulignant l'influence néfaste de cette structure de la personnalité sur une évolution favorable de la symptomatologie dépressive. Après le programme de crise, la patiente continue d'être suivie durant la deuxième moitié de l'année 2018 à la consultation HUG du secteur Eaux-Vives. Les collègues psychiatres décrivent une évolution fluctuante de la symptomatologie anxiodépressive, avec des phases de péjoration importantes, ce qui ne permet pas une diminution de son imposant traitement psychotrope. Je suis la patiente depuis le mois de janvier 2019, à une fréquence d'une fois par semaine. L'évolution de son état clinique a été lentement favorable et a permis une diminution de la médication psychotrope et une

récupération progressive d'une partie de ses capacités cognitives. Son estime de soi s'est améliorée et elle montre actuellement de la motivation pour une reprise progressive d'activité professionnelle. L'évaluation au programme TRE a […] permis de poser le diagnostic de trouble de personnalité narcissique caractérisé. En résumé, [l'assurée] remplit les critères pour un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle. Il s'agit d'un trouble psychique chronique, avec des épisodes de dépression d'intensité variable. Ce trouble est compliqué par la comorbidité de trouble de personnalité narcissique, qui représente un facteur de risque majeur pour la rechute dépressive et représente un facteur de risque important pour une chronicisation de la dépression et le développement d'une incapacité de travail durable, qui pourrait l'amener à terme à une éligibilité pour une rente d'assurance-invalidité (ci-après : AI). Le pronostic pourrait cependant être favorable, en raison de sa détermination et de sa motivation à reprendre une activité professionnelle, et à condition de [mettre] en place une thérapie spécifique pour le trouble de personnalité narcissique. Malheureusement, ce type de thérapie spécifique n'existe [pas] dans le canton de Genève, mais existe au CHUV, il s'agit de l'Unité Karl Jaspers – pôle ambulatoire, programme pour trouble de personnalité narcissique. De ce fait, j'appuie sans hésitation la demande de [l'assurée] de reconsidérer votre décision ».

24. Dans sa duplique du 24 juin 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. La recourante ne soulevait aucun élément objectif propre à démontrer une aggravation de l'état de santé postérieurement à l'expertise. En outre, selon la jurisprudence, l'écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffisait pas à remettre en cause la valeur probante d'un avis médical convaincant. S'agissant des rapports invoqués par la recourante, il convenait de faire preuve de réserve vis-à-vis de ceux-ci, compte tenu du rapport privilégié liant un patient à ses médecins traitants. Pour le reste, le Dr L_____ ne mettait en évidence aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été omis par le Dr G_____ et serait propre à remettre en cause son appréciation.

    À l'appui de sa réplique, l'intimé a produit un nouvel avis émis le 22 juin 2020 par la doctoresse N_____, du SMR : en août 2018, le Dr G_____ avait retenu un trouble dépressif d'intensité légère et les activités quotidiennes de l'assurée étaient en adéquation avec ce diagnostic. Actuellement, le Dr L_____ décrivait un trouble dépressif en rémission partielle, donc en amélioration par rapport à l'évaluation du Dr G_____. En revanche, le Dr G_____ avait écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, dans la mesure où il n'était pas prouvé que les symptômes dépressifs présents en 2003 remplissaient les critères d'un trouble dépressif. Le Dr G_____ avait également écarté un trouble de la personnalité, relevant que l'assurée ne décrivait pas de souffrances mentales répétitives depuis l'adolescence,

qu'elle avait pu effectuer à deux reprises (à Genève et en Italie) une formation universitaire dans une autre langue que la sienne, et qu'elle avait régulièrement eu des emplois durant ses études. Des problèmes relationnels n'avaient été décrits que lors de son dernier emploi. Une consommation excessive d'alcool ne s'était manifestée que durant la période de l'adolescence et les psychiatres précédents n'avaient pas retenu de trouble de la personnalité. Enfin, l'expert n'avait pas mis en évidence chez l'assurée de discours relevant d'une personnalité narcissique. En définitive, le rapport du Dr L_____ ne témoignait d'aucun élément susceptible de remettre en question les conclusions du Dr G_____ et l'appréciation du SMR.

25. Par écriture du 17 août 2020, la recourante a persisté derechef dans ses conclusions. Divers avis médicaux contredisaient les conclusions du Dr G_____ et, deux ans après l'expertise, elle se trouvait toujours dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle telle que décrite par le Dr G_____. L'argument selon lequel l'écoulement du temps ne suffisait pas à remettre en cause la validité d'une expertise était un non-sens et les réserves émises par l'intimé quant à l'appréciation du Dr L_____ ne reposaient sur aucun fondement. Les conclusions du Dr L_____ découlaient de son suivi avec elle, et l'amélioration de l'état de santé évoquée par ce médecin n'était pas contradictoire avec ses précédents rapports, dans la mesure où la pathologie se caractérisait par son aspect récurrent. Les réserves formulées par l'office quant à la force probante de certains rapports devraient s'appliquer également à l'égard des médecins qu'il mandatait. L'intimé, qui n'avait pas tenu compte de son divorce, préférait se fonder sur l'interprétation d'un rapport d'expertise remontant au mois d'août 2018, plutôt que de se prononcer sur son état de santé actuel.

26. Cette écriture a été transmise à l'intimé, pour information, ensuite de quoi la cause a été gardée à juger.

27. Par courrier du 25 mars 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise psychiatrique au docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai au 14 avril 2021 pour se prononcer sur une éventuelle récusation et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

28. Le 13 avril 2021, l'OAI a répondu qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, au motif qu'une expertise figurait déjà au dossier. Subsidiairement, il a annoncé qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert. Se fondant sur l'avis du SMR du 12 avril 2021, il a requis que l'expert procède à un dosage sanguin des psychotropes.

29. Par courrier du 14 avril 2021, l'assurée n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert, a requis l'ajout d'une question complémentaire et a annoncé

qu'elle transmettrait des rapports du stage de réinsertion qu'elle a suivi dès qu'elle les aurait reçus pour que l'expert en tienne compte dans le cadre de son expertise.

EN DROIT

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

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

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

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

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

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes

divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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 consid. 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).

e. 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).

7. 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. À 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 la 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). Étant 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). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un

indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

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. 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).

10. a. 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.

b. 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).

c. 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).

11. 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).

    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).

12. En l'occurrence, l'intimé, dans sa décision du 28 octobre 2019, a refusé d'accorder à la recourante toute prestation d'invalidité, en se fondant sur les conclusions de l'expert mandaté par l'assurance perte de gain, le Dr G_____, qui a conclu au recouvrement par l'intéressée d'une pleine capacité de travail dès le 27 septembre 2018 (cf. rapport d'expertise du 1er août 2018).

    La recourante conteste cette expertise et se prévaut des rapports établis par ses médecins, les Drs L_____ et I_____, dont elle déduit que l'exercice d'une profession adaptée n'aurait été envisageable qu'à 50 %, et seulement depuis le mois d'octobre 2019. Elle sollicite l'octroi d'une rente et de mesures de réinsertion, respectivement de mesures d'ordre professionnel.

13. La capacité résiduelle de travail et l'ampleur de celle-ci étant contestées, il convient d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.

    a. S'agissant tout d'abord de l'expertise confiée par l'assurance perte de gain à la Clinique Corela, on rappellera que la question de la force probante des expertises réalisées par cette clinique a donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 relatif au retrait de l'autorisation d'exploitation, puis à l'ATF 144 V 258. Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a relevé que les manquements constatés dans la procédure relative au retrait de l'autorisation d'exploitation soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées au sein de cet établissement et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. Les juges fédéraux en ont déduit qu'il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée à cet effet (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; arrêt 2C_32/2017 cité consid. 7.1).

    En conséquence, on ne saurait se fonder sur l'expertise de la Clinique Corela pour statuer sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

    b. En ce qui concerne ensuite l'expertise réalisée par le Dr G_____, en août 2018, force est d'admettre qu'elle ne permet pas d'apprécier la capacité de travail conformément aux indicateurs déterminants prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux atteintes psychiques (ATF 143 V 418 ; ATF 141 V 281). On cherche

notamment en vain dans cette expertise une évaluation des ressources personnelles de la recourante, ainsi que la détermination de l'expert sur une éventuelle limitation uniforme des niveaux d'activités dans tous les domaines comparables de la vie (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). On ignore, entre autres, si le niveau d'activité sociale a diminué depuis la survenance de l'atteinte à la santé. La question du contexte social, respectivement familial, et celle de savoir si ce contexte social est susceptible de fournir des ressources à la recourante (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3), n'a pas véritablement été abordée non plus par l'expert. À ce propos, on relèvera que si l'expert a qualifié de « positive » la relation que la recourante entretenait avec son mari, cet aspect relationnel semble s'être péjoré depuis la réalisation de l'expertise, puisque le mari aurait quitté le domicile conjugal en juin 2019 – soit quelques mois avant le prononcé de la décision attaquée – et que le couple aurait divorcé en novembre 2019, selon le registre informatisé de l'OCPM. S'agissant du critère du succès (ou de l'échec) du traitement, le rapport d'expertise ne renseigne pas non plus de manière complète sur la question, puisque l'expert a certes mentionné le traitement (anxiolytique et antidépresseur) prescrit à la recourante, mais sans préciser s'il avait permis d'améliorer son état de santé ou si au contraire, il s'était soldé par un échec (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Dans la mesure où l'expertise du Dr G_____ ne permet pas une appréciation concluante à l'aune des indicateurs déterminants, elle ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c. Quant aux rapports établis par les médecins traitants de la recourante, il en ressort des diagnostics et des conclusions divergentes par rapport à la pleine capacité de travail retenue par le Dr G_____, ce qui est propre à éveiller certains doutes sur le bien-fondé des conclusions de l'expert. En particulier, les Drs E_____ et F_____ ont conclu, en juin-juillet 2018, à un état dépressif sévère et à une capacité de travail nulle, tandis que le Dr L_____ a retenu, en octobre 2019, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, après avoir diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et une personnalité narcissique. Au vu de ces conclusions divergentes et du caractère incomplet de l'expertise du Dr G_____, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique.

******

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise judiciaire psychiatrique.

1. Commet à ces fins le docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 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 les docteurs L_____ et E_____.
   C. Effectuer un dosage sanguin des psychotropes.
   D. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
   E. 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 la classification internationale ;

         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 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré / détérioré depuis le mois de juillet 2017 (premiers certificats d'arrêt de travail établis par le Dr C_____) ? Qu'en est-il depuis le 30 juillet 2018 (date de l'examen du Dr G_____) ?

      5. Limitations fonctionnelles

      5.1. Indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles.

      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 ?

6.4 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? Veuillez comparer avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé.

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 ?

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 les plans :

a) psychique ;

b) mental ;

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

9. Capacité de travail

9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative antérieure (cheffe de projet marketing) ?

9.1.1 Si non, ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?

9.1.2 Depuis quelle date la capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

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

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

9.2.2 Si oui, à quel taux (en pourcent) et depuis quelle date une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle exigible ? Quel domaine d'activité serait adapté ?

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis juillet 2017 ?

9.5 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. Ce traitement a-t-il permis d'améliorer l'état de santé et la capacité de travail de la personne expertisée ?

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 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 les diagnostics et les conclusions formulées par le Dr G_____, en particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de 100 % dans toute profession dès le 27 septembre 2018 ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

11.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et les conclusions formulées par les Drs E_____ et F_____ (cf. rapport des 8 juin et

16 juillet 2018), en particulier avec l'estimation d'une capacité de travail nulle ? Indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

11.3 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et les conclusions formulées par le Dr L_____ (cf. rapports des 9 octobre 2019 et 28 avril 2020), en particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dès le 1er octobre 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Pouvez-vous vous déterminer sur la pertinence d'une thérapie auprès de l'Unité Karl Jaspers du CHUV ? Une telle mesure serait-elle appropriée et favoriserait-elle l'état de santé de la recourante ?

15. 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 — La présidente

Marie NIERMARÉCHAL — Marine WYSSENBACH

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties le