RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/447/2023 **ATAS/613/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 21 août 2023

Chambre 6

En la cause

Madame A_____	recourante
représentée par ASSUAS Association suisse des assurés	
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1979, de nationalité égyptienne, divorcée en 2021 et mère de deux enfants adultes, est entrée en Suisse en 2011.

b. Elle a exercé une activité d'aide-cuisinière dans l'établissement de son époux dès le 5 novembre 2011 et jusqu'au mois de décembre 2015, lorsque ce dernier a pris sa retraite. Le nouveau propriétaire ayant résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 janvier 2016, cette dernière n'a plus travaillé depuis lors et est aidée par l'Hospice général depuis le 1er novembre 2016.

c. Le 21 octobre 2016, l'intéressée a déposé une requête de mesures protectrices de l'union conjugale par-devant le Tribunal de première instance (ci-après : TPI) par laquelle elle a requis l'éloignement de son époux en raison de violences conjugales perpétrées par ce dernier. L'assurée avait alors dû se réfugier avec ses enfants dans plusieurs structures d'accueil. La violence de son époux avait justifié qu'une interdiction d'approcher l'intéressée et leurs enfants soit prononcée à l'encontre de ce dernier (cf. ATAS/611/2017 du 30 juin 2017 consid. 14, p. 15).

d. Le 25 janvier 2019, l'assurée a déposé une demande unilatérale de divorce par-devant le TPI qui a abouti au jugement de divorce rendu le 19 août 2021 attribuant l'autorité parentale exclusive et la garde des enfants en faveur de l'assurée (cf. JTPI/10538/2021 du 19 août 2021).

B. **a.** Le 11 septembre 2015, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité et a produit les documents suivants :

- un rapport du 22 septembre 2015 établi par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, à teneur duquel l'assurée présentait un traumatisme du coude dans l'enfance avec une raideur articulaire séquellaire fixée, un flexum du coude à 30° non réductible et une amytrophie des muscles de l'avant-bras droit. En raison de la raideur articulaire, l'activité habituelle de cuisinière n'était plus exigible. En revanche, l'intéressée conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée ne nécessitant pas de travail de force du membre supérieur droit.
- un rapport du 30 septembre 2015 de la docteure C_____, psychiatre et psychothérapeute traitante de l'assurée, retenant les diagnostics de réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22 CIM-10) et de trouble panique (F 41.0 CIM-10). L'intéressée était déprimée et angoissée, se plaignait de troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi que de troubles de l'appétit. Elle n'avait pas confiance en elle, ni en les autres, était tendue et faisait des crises de panique. Elle n'avait pas de plaisirs ni de loisirs.

b. Par décision du 2 juin 2016, fondée sur le rapport du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 24 février 2016, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que l'intéressée était en incapacité de travail totale et définitive dans son activité de cuisinière et bénéficiait d'une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations depuis le 1er octobre 2015, ce qui conduisait à une incapacité de gain équivalente à 2%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente. En outre, dès lors que la condition de perte de gain de 20% n'était pas remplie, le droit au reclassement professionnel ne lui était pas non plus ouvert. Cette décision n'a pas été contestée par l'assurée.

c. Une deuxième demande de prestations a été déposée le 23 juin 2016 sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 14 novembre 2016 au motif que l'assurée n'avait pas retourné sa demande de prestations signée dans le délai imparti et n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision précédente.

d. Une troisième demande de prestations a été déposée le 23 août 2018 qui a été rejetée par décision du 11 septembre 2019. L'OAI a estimé que l'assurée avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé depuis 2015.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment recueilli les éléments médicaux suivants :

- une attestation médicale de la Dre C_____ du 27 juin 2018 indiquant que l'assurée lui avait été adressée par le pédopsychiatre de son fils. Au début, l'intéressée était accompagnée par son mari. Le médecin avait proposé une hospitalisation à la Clinique K_____ suite à la dégradation de son état psychique, mais le mari de l'assurée avait refusé l'hospitalisation et avait demandé à la Dre C_____ « de la garder car il ne voulait plus d'elle ». L'assurée avait alors interrompu son suivi auprès de cette spécialiste du 30 septembre 2015 au 3 novembre 2016 au motif que « son mari [continuait à la maltraiter] et la menaçait de la renvoyer dans son pays d'origine ». Le 3 novembre 2016, l'intéressée avait repris le suivi médical en présentant toujours un stress post-traumatique. Selon ses dires, son mari l'avait frappée à la maison et à l'hôpital. Son fils avait aussi été victime d'une agression de la part de son père. L'assurée s'était séparée de son mari et avait la garde de ses enfants. Elle était déprimée et angoissée, se plaignait de troubles du sommeil avec des cauchemars (« *flash-backs* »), de troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que de troubles de l'appétit. Elle n'avait pas confiance en elle, ni en les autres. Elle se plaignait également de serrement dans la tête et dans la poitrine, de tachycardie et de fourmillements dans les mains. Elle pleurait pendant les entretiens et avait peur de son ex-mari, ainsi que de l'avenir, pour elle et pour ses enfants.

- un rapport du Dr B_____ du 28 août 2018 rédigé à l'attention du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) indiquant que l'assurée était revenue le consulter pour des douleurs épouvantables dans le coude droit et qu'elle se trouvait dans un état de quasi somnolence, « shootée » par les médicaments antalgiques qu'elle avait reçu.
- un rapport du 11 septembre 2018 du docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie. Ce spécialiste avait retenu, comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, une plexopathie obstétricale du membre supérieur droit. Le pronostic était chronique depuis l'enfance. Quant aux limitations fonctionnelle, le médecin a fait état d'une limitation de la mobilité du coude, une faiblesse proximale assez importante et des douleurs qui limitaient toute activité motrice du membre supérieur droit. Le port de charges modérément lourdes était limité, tout comme la répétition d'une activité. La capacité de travail dans une activité telle que la restauration était actuellement nulle et, si l'intéressée pouvait travailler partiellement, le déficit chronique du membre supérieur droit pouvait provoquer d'autres douleurs. Une activité adaptée était en revanche possible, sans que le Dr E_____ puisse toutefois se prononcer sur le pourcentage. Une reconversion professionnelle paraissait indiquée, avec une limitation assez importante de l'activité motrice du membre supérieur droit.
- un rapport de la Dre C_____ du 12 septembre 2018, établi à la demande de l'OAI, retenant que l'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique (F 43.1 CIM-10), de réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22 CIM-10) et de trouble panique (F 41.0 CIM-10). L'intéressée avait subi de la violence à l'âge de 18 ans (viol) et par la suite par son mari. Ce dernier l'avait torturée physiquement et psychiquement. Elle était déprimée, angoissée, tendue et irritable. Elle faisait des *« flash-backs »* de sa vie d'avant, se plaignait de troubles du sommeil avec des cauchemars, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'un manque d'appétit et ressentait un mal immense. Elle se dévalorisait et se culpabilisait, manquait de confiance en elle et n'avait pas confiance en les autres. Elle faisait des attaques de panique et avait peur de son mari et de l'avenir. Quant aux ressources, l'assurée n'avait pas de réseau social car elle ne faisait pas confiance aux autres. La psychiatre traitante retenait une capacité de travail nulle dans toute activité.
- un rapport du Dr B_____ du 30 octobre 2018, établi à la demande de l'OAI. L'assurée présentait des séquelles neurologiques d'une lésion du plexus brachial droit et un manque de rotation externe du membre supérieur droit avec un membre quasi inutilisable (main non dominante). Le spécialiste ne retenait pas d'activité adaptée possible en raison des douleurs et de la surcharge psychogène de l'intéressée dans un contexte émotionnel difficile.

e. Selon l'avis du docteur F_____, médecin du SMR, du 8 avril 2019, il semblait que l'atteinte psychique était liée à un contexte social (violence conjugale) très particulier et réactionnelle à des facteurs extra-médicaux. Le médecin a en outre relevé que les diagnostics psychiatriques F 41.0 CIM-10 et F 43.22 CIM-10 étaient déjà présents dans le cadre de la première demande de prestations et qu'ils n'avaient pas été retenus comme incapacitants dans le rapport final du SMR du 24 février 2016. Par ailleurs, le diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par la Dre C_____ paraissait exagéré par rapport au status clinique qui était décrit. Enfin, au niveau orthopédique, les rapports du neurologue et du chirurgien ne montraient pas d'aggravation de l'état de santé puisque l'atteinte à la santé était d'origine obstétricale et que, selon le Dr E_____, une activité adaptée était possible, sans que ce dernier n'indique un quelconque pourcentage que pourrait représenter une telle activité. Le Dr B_____ avait par ailleurs dépassé son domaine de compétence en se déterminant d'un point de vue psychiatrique, indiquant qu'une activité adaptée n'était pas envisageable en raison de l'atteinte psychogène. En conséquence, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et orthopédique.

f. À la demande de l'OAI, le bureau G_____(ci-après : G_____) a rendu un rapport d'expertise orthopédique (docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et psychiatrique (docteure I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie) le 15 juillet 2019. Sur le plan orthopédique, le Dr H_____ a posé les diagnostics incapacitants d'algies de l'épaule droite séquellaires d'une surcharge, flexum du coude droit séquellaire d'une mobilisation du membre supérieur droit à l'âge de 7 jours suite à une fracture de l'humérus droit, status après libération de deux médians dans le canal carpien en 2012, sans séquelles, troubles de la crase sur déficit du facteur V et seins polykystiques. Du point de vue psychiatrique, l'assurée ne présentait aucun élément ayant une incidence sur la capacité de travail. La capacité de travail était totale depuis toujours dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (restreindre l'activité en charge du membre supérieur droit, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire de l'épaule droite et pas de charge au niveau de la main).

g. Dans son avis du 24 juillet 2019, le Dr F_____ a proposé de se rallier aux conclusions des experts, qu'il estimait claires, motivées et cohérentes.

h. Le 25 juillet 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité.

i. Par décision du 11 septembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 juillet 2019. Cette décision n'a pas été contestée par l'assurée.

C. **a.** Une quatrième demande a été déposée le 15 octobre 2021 par laquelle l'assurée a fait valoir qu'elle souffrait de dépression et de douleurs polyarticulaires.

Ont été versés au dossier à l'appui de la demande susvisée :

- un rapport de la Dre C_____ du 3 novembre 2021 exposant les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2 CIM-10), borderline (F 60.31) et fibromyalgie. L'assurée présentait une instabilité d'humeur et se plaignait de troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que de troubles de l'appétit et du sommeil avec des cauchemars. Elle avait une mauvaise image d'elle-même et, par moments, un sentiment de grand vide, ainsi qu'une peur d'être abandonnée. L'intéressée avait par ailleurs tendance à s'engager dans des relations intenses et instables qui conduisaient à des crises émotionnelles. L'origine de ce problème était les souffrances subies pendant des années (violences physiques et psychiques, ainsi que des agressions sexuelles de la part du père de ses enfants), ainsi qu'une incapacité à faire face. La spécialiste indiquait en outre que l'incapacité de travail de l'assurée était également liée à son handicap physique de son bras droit. L'évolution était fluctuante et l'incapacité de travail était totale, à la fois dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.
- un questionnaire complété le 28 octobre 2021, à la demande de l'OAI, par le docteur J_____, FMH médecine générale et médecin traitant de l'assurée, indiquant plusieurs diagnostics somatiques, ainsi qu'une asthénie importante dans un contexte psychique compliqué. L'évolution de l'état de santé de l'intéressée était stationnaire avec une détérioration psychique.
- l'avis émis le 9 mars 2022 par le SMR concluant que les diagnostics somatiques retenus par le Dr J_____ étaient connus et avaient déjà fait l'objet d'une évaluation lors des demandes précédentes, ce spécialiste décrivant un état stationnaire. Quant à la Dre C_____, elle retenait désormais un trouble dépressif récurrent épisode sévère. Au vu de ces éléments, notamment sur le plan psychiatrique, l'aggravation de l'état de santé était rendue plausible.
- un questionnaire complété par la Dre C_____ au mois de mars 2022, à la demande de l'OAI, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2 CIM-10), personnalité émotionnellement labile (F 60.31) et état de stress post-traumatique (F 43.1 CIM-10). L'assurée était déprimée est angoissée, se plaignait de troubles du sommeil, de l'appétit, de la concentration et de la mémoire. Elle avait peur de l'avenir, ne supportait pas le bruit, était en retrait social, n'avait pas confiance en elle, ni en les autres et se repliait sur elle-même. Quant à la description de la journée-type, l'intéressée se réveillait à 5h00, puis se rendormait et se réveillait à nouveau à 11h00, n'ayant pas vraiment d'heure à laquelle se lever. Elle se sentait fatiguée et ne prenait pas de petit-déjeuner, ni de repas à midi. L'après-midi, elle ne faisait rien et mangeait le soir vers 21h00. Parfois, elle ne mangeait pas le soir. Elle se couchait entre 23h00 et minuit, voire 1h00 du matin. Elle ne faisait pas le ménage en raison de son handicap du bras droit et de son épuisement

psychique. Elle n'avait pas de loisirs ni d'activités sociales. En ce qui concernait les ressources, l'assurée n'avait pas de réseau social, ni d'aptitude à la communication (elle avait peur des autres) et n'avait pas de motivation. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, la spécialiste indiquant à ce propos que l'assurée était « incapable de faire quoi que ce soit lié à son état psychique et physique (handicap et autres à voir avec son médecin traitant) ». La Dre C_____ a par ailleurs précisé que l'évolution était fluctuante.

- la lettre de sortie de la Clinique K_____ du 29 mars 2022 où l'assurée avait séjourné du 6 au 23 septembre 2021. Les docteurs L_____, médecin adjoint, et , médecin interne, avaient posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère. L'intéressée avait été admise pour un soutien psychologique, un éloignement des facteurs de stress, renutrition, le traitement de troubles du comportement alimentaire, une prise en charge de la douleur suite à un traitement médical impossible en ambulatoire. À l'entrée dans la clinique, l'assurée présentait une thymie triste, des affects congruents et mobilisables, des troubles du sommeil avec hypersomnie et clinophilie, un appétit diminué, anhédonie, une aboulie, un élan vital diminué, une absence d'élément délirant ou de syndrome hallucinatoire, ainsi que des idées de mort passives sans idée suicidaire. Le travail avec les psychologues portait sur la verbalisation de son passé, notamment autours de violences familiales, et l'élaboration de stratégies pour la gestion des émotions. Le cadre structurant et rassurant, les séances de relaxation et l'écoute active contribuaient à une lente amélioration thymique. Son traitement psychotrope n'avait pas été modifié pendant son séjour. En fin de séjour, les médecins ont préconisé une reprise du suivi psychiatrique ambulatoire et la poursuite de la substitution vitaminique, ainsi que de la physiothérapie en ambulatoire.

b. Par avis du 2 mai 2022, le Dr F_____ a relevé que, concernant le traitement antidépresseur, un dosage biologique du 15 mars 2022 retrouvait un taux bien inférieur au seuil thérapeutique, ce qui laissait un doute quant à la bonne observance du traitement. Il soulignait par ailleurs que l'absence de motivation n'était pas une limitation à prendre en compte et que le psychiatre traitant avait pris en considération des limitations physiques dans son évaluation de la capacité de travail. Pour le reste, le Dr F_____ a indiqué ne pas être en mesure de suivre les conclusions des médecins traitants et a préconisé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire avec volet rhumatologique et volet psychiatrique.

c. À la demande de l'OAI, le N_____ (ci-après : N_____) a rendu une expertise bidisciplinaire (docteurs O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) le 30 août 2022. Ils ont posé, de manière consensuelle, les diagnostics de status post algie épaule droite séquellaire d'une surcharge sans tendinopathie, un flexum irréductible du coude droit séquellaire d'une immobilisation prolongée du membre supérieur droit à l'âge de 7

mois (sic!) suite à une fracture de l'humérus droit, un status post chirurgie tunnel carpien en 2012 à gauche, une ostéoporose sévère sous Prolia, de multiples traumatismes et un status post fracture au niveau du fémur et du tibia des deux genoux, ainsi qu'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00 CIM-10). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de cuisinière depuis 2015 et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques depuis 2016 (éviter de surcharger le membre supérieur droit et travailler avec le bras au-dessus de l'horizontale, pas de charge de plus de 2 kg avec le membre supérieur droit, ne pas surcharger le rachis et ne pas monter ou descendre des échafaudages).

d. Le 5 septembre 2022, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise précitée, une capacité de travail entière de l'assurée dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles somatiques indiquées par les experts.

e. Par projet de décision du 20 octobre 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le taux d'invalidité de l'assurée était nul (0%).

f. Le 3 novembre 2022, l'assurée a contesté le projet de décision du 20 octobre 2022.

g. Par décision du 9 janvier 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, l'assurée n'ayant produit aucune pièce médicale pour compléter sa contestation du 3 novembre 2022.

D. **a.** Le 9 février 2023, l'assurée, représentée par ASSUAS, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) à l'encontre de la décision précitée, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, notamment une rente de l'assurance-invalidité. Elle a préalablement conclu à l'octroi d'un délai pour compléter son recours.

b. Par décision du 1er mars 2023, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.

c. Le 13 mars 2023, la recourante a complété son recours. En particulier, elle a relevé que les avis médicaux du psychiatre traitant et de l'expert psychiatre étaient opposés concernant la qualification de son état dépressif et que la sévérité de celui-ci avait été confirmée par les médecins de la Clinique K_____ qui ne pouvaient être considérés comme des médecins traitants. Par ailleurs, l'expert semblait retenir que seuls les assurés âgés de plus de 50 ans étaient susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif récurrent. Enfin, l'expert psychiatre avait retenu que l'enfance et la scolarité de la recourante s'étaient déroulées sans accrocs, alors qu'il avait lui-même relevé des événements traumatiques s'étant déroulés pendant l'enfance de cette dernière. La recourante a confirmé ses conclusions et à en outre conclut à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique.

d. Le 4 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. En substance, il a fait valoir que l'expertise remplissait les exigences jurisprudentielles et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a relevé que, s'agissant des diagnostics des médecins traitants, l'expert avait pris position en retenant un épisode dépressif léger sans syndrome somatique sur la base de ses propres constatations (status et examen clinique) et des rapports versés au dossier. Par ailleurs, concernant un éventuel trouble de la personnalité, l'expert avait tenu compte des événements vécus par le passé par la recourante, mais n'avait relevé que des traits de la personnalité qui étaient insuffisants pour retenir un trouble constitué. Ces traits de la personnalité ne l'avaient d'ailleurs pas empêchée de fonctionner. L'intimé a en outre rappelé que les atteintes psychiatriques retenues par les médecins traitants n'avaient pas été considérées comme incapacitantes dans le cadre des précédentes demandes de prestations.

e. Le 27 avril 2023, la recourante a répliqué, en relevant que, selon un rapport médical de la Dre C_____ du 31 mars 2023, plusieurs éléments ayant une influence sur l'appréciation de l'expert n'avaient pas été rapportés par ce dernier, de sorte que ses conclusions ne reposaient pas sur une anamnèse exhaustive. En outre, les conclusions du psychiatre traitant et de l'expert psychiatre s'opposaient sur plusieurs points. Il existait ainsi à tout le moins un doute quant à la cohérence de l'expertise médicale qui ne permettait pas de la considérer comme probante.

f. Le 8 mai 2023, le SMR a considéré que le rapport médical de la Dre C_____ du 31 mars 2023 n'amenait pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux et a maintenu sa précédente appréciation du cas.

g. Le 17 mai 2023, l'intimé s'est rallié à l'avis du SMR précité et a persisté dans ses conclusions.

h. Le 30 mai 2023, à la demande de la chambre de céans, l'intimé a versé au dossier l'enregistrement de l'expertise du N_____ ayant eu lieu le 21 juillet 2022.

i. Le 7 août 2023, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise judiciaire psychiatrique au docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

j. Le 15 août 2023, la recourante a accepté la mission d'expertise.

k. Le 16 août 2023, l'OAI a proposé l'ajout d'une question à la mission d'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.

2.1 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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

2.2 Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

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

En l'occurrence, la décision querellée concerne un éventuel droit à une rente d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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 prévus par la loi, le recours est recevable.

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

5. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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

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

6. 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).

7.

7.1 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne

durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI).

7.2 Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (cf. art. 28 al. 1 LAI), n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

8.

8.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant

d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

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

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

8.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêts du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence et 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).

9. 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 ; 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 ; 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). 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). 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 reconnaitre 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).

10.

10.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

10.2 Selon l'art. 54*a* LAI, les services médicaux régionaux (ci-après : SMR) établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif, ad art. 49 al. 1bis, p. 60].

10.3 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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.

10.3.1 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.3.2 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

10.3.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à 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 ; 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).

10.3.4 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

11. 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 socio-culturels; 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).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14.

14.1 En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) établie par le N_____ le 30 août 2022 et sur le rapport du SMR du 5 septembre 2022 pour rendre la décision querellée refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante. Il a conclu que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle de cuisinière depuis le 1er janvier 2015 et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1er janvier 2016.

14.2 La recourante ne conteste pas les conclusions de l'intimé sur le plan somatique. Elle conteste en revanche l'évaluation de sa capacité de travail sur le plan psychiatrique et se réfère en particulier au rapport du 31 mars 2023 de la Dre C_____, sa psychiatre traitante. Il sied de relever que ce rapport, bien que postérieur à la décision litigieuse, doit être pris en considération dès lors qu'il est étroitement lié à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue.

14.3 La chambre de céans observe que le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 30 août 2022 émane d'un spécialiste en psychiatrie et a été rendu à l'issue de l'examen de la recourante d'une durée de 1h45. Toutefois, même si l'expert a certes procédé à un résumé des pièces du dossier et qu'il a discuté brièvement les diagnostics retenus par la psychiatre traitante, il appert que ce rapport est critiquable à de nombreux égards, tant au niveau du diagnostic que de l'appréciation de la capacité de travail.

14.3.1 En premier lieu, l'expert a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F 33.2) retenu par la psychiatre traitante au seul motif que « l'ICD – 10 nous rappelle que cette typologie diagnostique proche des troubles bipolaires débute durant la 5ème décennie » alors que la recourante était âgée de 41 ans.

Or, l'âge de survenance de cette pathologie psychique ne ressort pas de la définition du trouble dépressif récurrent prévu par la CIM-10 (cf. de la CIM-10-GM, Classification internationale des maladies – 10ème révision – German Modification, version 2021 ; disponible sur https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/15284911, p. 191, consulté en dernier lieu le 24 juillet 2022), de sorte que l'analyse du Dr P_____ sur ce point n'apparait pas probante.

Au surplus, la chambre de céans relève que la sévérité de l'atteinte psychique (diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère) ressort tant des rapports de la Dre C_____ établis au mois de mars 2022 et le 31 mars 2023, que du rapport rédigé le 29 mars 2022 par les docteurs L_____ et M_____, médecins auprès de la Clinique K_____ où la recourante a séjourné du 6 au 23 septembre 2021.

Or, l'expert psychiatre ne tient pas suffisamment compte de l'hospitalisation susmentionnée, se contentant de mentionner que la recourante n'a jamais été hospitalisée en milieux psychiatriques purs (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, p. 61).

14.3.2 En ce qui concerne le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité (F 60.3 CIM-10), également retenu par la Dre C_____, l'expert s'en est écarté car « l'assurée [a rapporté] un milieu d'origine au sein duquel le développement et la scolarité se sont déroulés sans accroc », alors que, selon l'ICD-10, les sujets qui en sont touchés présentent des troubles qui débutent dans l'enfance et l'adolescence et perdurent le long de l'existence (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, p. 56).

Une telle conclusion est en contradiction avec la mention, dans ce même rapport d'expertise, des traumatismes subis par la recourante pendant son enfance (agression sexuelle à l'âge de 6 ans) et son adolescence (agression en groupe et viol subis lorsqu'elle avait 19 ans) et de l'isolement qui s'en est suivi, soit une année pendant laquelle la recourante a indiqué avoir interrompu toute activité et ne pas être sortie de chez elle (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, pp. 53-54).

14.3.3 S'agissant des idées suicidaires exprimées par la recourante, cette dernière a indiqué, lors de l'examen d'expertise psychiatrique, que « parfois, j'ai comme des sensations d'envie de me jeter à travers la fenêtre » (cf. enregistrement de l'entretien d'expertise psychiatrique du 21 juillet 2022). Cette scénarisation ressort également du rapport de la Dre C_____ du 31 mars 2023 (« la patiente a des idées noires suicidaires (se jeter du balcon), mais selon ses dires elle ne passera pas à l'acte car elle est croyante. Toutefois, si elle est submergée par le stress, l'angoisse et la peur, elle pourra le faire, raison pour laquelle je la vois deux fois par semaine […] »). Il apparaît toutefois que cette scénarisation évoquée par la recourante n'a aucunement été investiguée plus avant par l'expert psychiatre qui s'est limité à indiquer que les idées suicidaires de la recourante étaient « ponctuelles, non scénarisées, chez une assurée qui a effectué trois surcharges médicamenteuses » (cf. expertise du SEM du 30 août 2022, p. 50).

14.3.4 Concernant le traitement prodigué et le suivi effectué à une fréquence élevée (bihebdomadaire) par la psychiatre traitante, l'expert soutient que celui-ci peut aisément être remis en cause « chez une assurée qui demeure fixée au sein d'une posture d'invalide » (cf. rapport d'expertise du SEM du 30 août 2022, p. 23), sans toutefois expliquer en quoi la recourante serait fixée dans une telle posture.

14.3.5 Quant à l'examen des ressources, il appert que les conclusions de l'expert psychiatre ne sont pas motivées ou le sont de manière incomplète.

À titre d'exemple, cet expert a indiqué que « la capacité d'endurance de cette assurée qui apparaît sthénique n'est pas amoindrie au motif psychiatrique. Madame est capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu […] » (cf. rapport d'expertise du SEM du 30 août 2022, p. 62). Il ressort toutefois de l'enregistrement de l'entretien d'expertise conduit par le Dr P_____ que la recourante rapporte être toujours fatiguée, qu'elle fait le ménage avec difficulté, qu'elle fait du rangement et la vaisselle parce qu'elle est obligée de le faire, mais qu'elle est alors exténuée et qu'elle a besoin d'une demi-journée pour récupérer. Concernant les courses, elle indique qu'elle les fait parfois, mais que la plupart du temps, elle donne de l'argent à ses enfants et ce sont eux qui s'en chargent (cf. enregistrement de l'entretien psychiatrique du 21 juillet 2022).

L'expert indique en outre dans son rapport que le réseau relationnel « est essentiellement constitué du voisinage avec lequel l'assurée nourrit des relations simples » (cf. rapport d'expertise du N_____ du 30 août 2022, p. 54), alors qu'il ressort de l'enregistrement que la recourante se limite à saluer certains voisins lorsqu'elle les croise dans le quartier (cf. enregistrement de l'expertise psychiatrique du Dr P_____ du 21 juillet 2022). L'expert a par ailleurs relevé dans son rapport que l'intéressée vit uniquement avec sa fille et que son fils vit avec son ex-époux et ne la visite que lors des vacances (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, p. 54). Une telle absence de réseau social a par ailleurs

été observée par la Dre C_____, cette spécialiste ayant rapporté que la recourante n'avait pas de réseau social, ni d'aptitude à la communication, qu'elle avait peur des autres, qu'elle souffrait de solitude, qu'elle n'avait pas d'amies, qu'elle se repliait sur elle-même et qu'elle se trouvait en retrait social (cf. rapports de la Dre C_____ de mars 2022 et du 31 mars 2023, p. 2).

La recourante a par ailleurs exprimé un sentiment de peur à plusieurs reprises lors de l'entretien d'expertise psychiatrique qui n'a pas non plus été pris en considération par l'expert. Ainsi, la recourante a dit « j'ai peur de tout », « pour être tranquille, j'essaye d'éviter les gens. Les gens m'ont fait du mal, c'est pour ça que j'essaye de les éviter ». Par ailleurs, à la question de l'expert « êtes-vous quelqu'un qui accepte les invitations ? », la recourante a répondu « non, je n'ai aucune confiance en autrui et je ne sors pas ». Lorsque l'expert lui demande de quoi elle a peur, la recourante répond « j'ai peur de la violence, que quelqu'un me violente, que quelqu'un me touche, que quelqu'un me tape. Si j'entends un hurlement, ça me fait peur. Si quelqu'un me parle très fortement, après cela, à cause du choc, je n'arrive pas à faire pipi pendant 2 à 3 jours. J'ai toujours peur que quelqu'un m'attaque ». En outre, à la question « qu'est-ce que vous évitez ? », la recourante a indiqué « j'ai peur lorsqu'il y a beaucoup de gens, de la foule. J'ai peur que cette foule vienne vers moi. J'ai été victime de viol. Il y a cinq personnes qui m'ont prise et j'ai été violée. Suite à ça, ils m'ont tabassée. J'ai eu des fractures et j'ai été soignée pendant une année » (cf. enregistrement de l'entretien d'expertise psychiatrique du 21 juillet 2022).

La chambre de céans constate que les propos ainsi tenu par la recourante sont en contradiction totale avec les conclusions de l'expert selon lesquelles elle serait capable d'évoluer au sein d'un groupe, d'en intégrer un, d'en discerner les règles et de s'y adapter (cf. rapport d'expertise du N_____ du 31 août 2022, p. 66).

La description des ressources telle que retenue par le Dr P_____ ne paraît ainsi aucunement probante.

14.4 Par ailleurs, s'agissant des rapports de la Dre C_____, ils ne comprennent pas d'analyse suivant les principes jurisprudentiels applicables. La chambre de céans retiendra donc que les rapports de la Dre C_____ ne permettent pas de trancher le litige.

15. Au vu de ce qui précède, en particulier des avis totalement divergents de l'expert P_____ et de la Dre C_____, il n'est en l'état pas possible de retenir de diagnostics fiables, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiatriques.

Il se justifie donc d'instruire médicalement le cas en ordonnant une expertise judiciaire psychiatrique qui sera confiée au Dr Q_____.

Enfin, la question proposée par l'intimée sera ajoutée à la mission d'expertise (point 10.2).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, c/o R_____, 14, ruelle_____, à S_____. 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 thérapeutes ayant traité la personne expertisée, en particulier la Dre C_____, le Dr J_____, le Dr L_____ et le Dr M_____.

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 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 pathogenèse)

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 septembre 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 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué du point de vue psychiatrique depuis septembre 2019 (date de la dernière décision de l'OAI) ?

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 depuis septembre 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 Effectuer un dosage sanguin des psychotropes, afin d'évaluer la compliance.

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

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

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

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

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr P_____ du 30 août 2022 ? En particulier avec le diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et l'estimation d'une capacité de travail entière de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre C_____ du 31 mars 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une incapacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? 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**, un 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

Adriana MALANGA | Valérie MONTANI

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