

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/447/2023

ATAS/21/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 janvier 2024**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Michael RUDERMANN, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,  
juges assesseurs.**

---

**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 1<sup>er</sup> novembre 2016.
- c.** Le 21 octobre 2016, l'assurée 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'assurée 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 amyotrophie 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'assurée 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'assurée 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'assurée 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 1<sup>er</sup> 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'assurée était accompagnée par son mari. Le médecin avait proposé une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana 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'assurée 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 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 reçus.
- 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 fonctionnelles, 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'assurée 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'assurée 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 psychologiquement. 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, indiquant que 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'assurée 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 (violences conjugales) 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 15 septembre 2019 le G\_\_\_\_\_ (ci-après : G\_\_\_\_\_ ) a rendu un rapport d'expertise orthopédique (docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et psychiatrique (docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), à la suite d'un examen du 5 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'assurée 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\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en 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'assurée 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 et 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'assurée 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 genevoise de Montana du 29 mars 2022 où l'assurée avait séjourné du 6 au 23 septembre 2021. Les docteurs K\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et L\_\_\_\_\_, médecin interne, avaient posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère. L'assurée 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 idées suicidaires. Le travail avec les psychologues portait sur la verbalisation de son passé, notamment autour 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 M\_\_\_\_\_ (ci-après : M\_\_\_\_\_) a rendu une expertise bidisciplinaire (docteurs N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et O\_\_\_\_\_, 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 son conseil, 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 1<sup>er</sup> 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 genevoise de Montana 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 accroc, 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 a en outre conclu 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 M\_\_\_\_\_ ayant eu lieu le 21 juillet 2022.

**i.** Par ordonnance du 21 août 2023, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire psychiatrique au docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**j.** Le 14 novembre 2023, l'expert P\_\_\_\_\_ a rendu son rapport, lequel concluait à une incapacité de travail totale de la recourante depuis 2015.

**k.** Le 19 décembre 2023, le SMR a estimé que l'expertise judiciaire était probante, que celle du Dr O\_\_\_\_\_ ne l'était pas, mais que l'expert n'expliquait pas pourquoi il s'écartait de l'avis de la Dre I\_\_\_\_\_, de sorte qu'il manquait une motivation concernant le début de l'incapacité de travail de la recourante.

**l.** Le 20 décembre 2023, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2022.

**m.** Le 20 décembre 2023, l'OAI a estimé que l'expertise judiciaire était probante, mais qu'il convenait d'élucider le début de l'incapacité de travail fixé à 2019 (sic), lequel était, en l'état, incohérent avec les pièces du dossier.

### **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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

**2.2** Le 1<sup>er</sup> 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 la question d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 11 septembre 2019.

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).

**5.1** 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 1<sup>er</sup> 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).

**5.2** 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).

**5.3** 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.

**6.1** 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).

**6.2** 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. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**6.3** Selon l'art. 28b al. 3 LAI, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

## 7.

**7.1** 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 malade, 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 émanant 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).

**7.2** 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).

**7.3** 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).

**7.4** Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des

contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**8.**

**8.1** 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).

**8.2** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

**9.** En l'espèce, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire psychiatrique était nécessaire, en relevant ce qui suit :

L'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) établie par le M\_\_\_\_\_ 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 1<sup>er</sup> janvier 2015 et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. 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.

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. 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 5<sup>ème</sup> 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. CIM-10-GM, Classification internationale des maladies – 10<sup>ème</sup> 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 O\_\_\_\_\_ sur ce point n'apparaît 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 K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, médecins auprès de la clinique genevoise de Montana 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 M\_\_\_\_\_ du 31 août 2022, p. 61). 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 M\_\_\_\_\_ 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 viols 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 M\_\_\_\_\_ du 31 août 2022, pp. 53-54).

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 M\_\_\_\_\_ du 30 août 2022, p. 50).

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'invalidé » (cf. rapport d'expertise du M\_\_\_\_\_ du 30 août 2022, p. 23), sans toutefois expliquer en quoi la recourante serait fixée dans une telle posture.

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 M\_\_\_\_\_ du 30 août 2022, p. 62). Il ressort toutefois de l'enregistrement de l'entretien d'expertise conduit par le Dr O\_\_\_\_\_ 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 M\_\_\_\_\_ 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 O\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2022). L'expert a par ailleurs relevé

dans son rapport que l'assurée 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 M\_\_\_\_\_ 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 tenus 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 M\_\_\_\_\_ du 31 août 2022, p. 66).

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

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.

## 10.

**10.1** Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse détaillée, la description des plaintes de la recourante, la réalisation de tests d'hétéro et auto-évaluation, une analyse du traitement médicamenteux, un *status* clinique complet, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs ainsi que des conclusions (retenant une incapacité de travail totale) convaincantes et étayées, le rapport

d'expertise psychiatrique judiciaire répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

**10.2** Les parties reconnaissent la valeur probante de cette expertise, sous réserve, pour l'intimé, de la motivation par l'expert de la date de survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante. En particulier, l'intimé a indiqué que vu les précisions apportées par le Dr P\_\_\_\_\_, l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ ne pouvait plus être retenue comme probante.

**10.3** L'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif caractérisé, épisode récurrent, moyen, de trouble à symptomatologie somatique, avec douleur prédominante, chronique, de trouble panique, d'agoraphobie, de phobie sociale, de trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques léger, de trouble de l'usage de l'alcool, en rémission partielle, de trouble de l'usage du tabac léger et de trouble de la personnalité borderline, décompensé.

Il conclut à la présence d'une incapacité de travail totale de la recourante dans toute activité depuis 2015.

**10.4** L'intimé, suivant l'avis du SMR du 19 décembre 2023, estime que la question de la date de la survenance de l'incapacité de travail totale doit être investiguée, en particulier au regard de l'expertise psychiatrique de la Dre I\_\_\_\_\_, laquelle ne retenait, en juillet 2019, aucune atteinte psychiatrique incapacitante.

**10.4.1** À cet égard, la question de savoir pour quel motif l'expert P\_\_\_\_\_ s'est écarté des conclusions de la Dre I\_\_\_\_\_ de 2019 n'est pas déterminante. En effet, la dernière demande de prestations ayant été déposée par la recourante le 15 octobre 2021, la période pertinente pour prendre en compte une incapacité de travail de la recourante est celle débutant au plus tôt le 1<sup>er</sup> avril 2021.

Or, il ressort de l'expertise judiciaire que la recourante a présenté une décompensation du trouble de la personnalité borderline, laquelle aurait débuté en 2014, et probablement déjà à petits pas dès 2012 et qui persistait à ce jour (expertise judiciaire, p. 75). La fragilisation de la personnalité aurait progressivement évolué vers une véritable décompensation de la personnalité et un épuisement des ressources adaptatives (expertise judiciaire, p. 76). Quant à l'état dépressif récurrent, il était probablement déjà présent vers 2012 et avait connu des aggravations par phases, comme en 2018 et en 2021. L'état psychique de la recourante était déjà bien atteint en septembre 2019 et s'était probablement encore aggravé par phases depuis lors ; l'état dépressif était sévère en novembre 2021 et mars 2022 (selon les psychiatres traitants), avec au moins trois hospitalisations en raison de la pathologie psychique (expertise judiciaire, p. 92), dont une hospitalisation en avril 2020 à l'hôpital de la Tour (expertise judiciaire, p. 78, et rapport de la Dre C\_\_\_\_\_ du 31 mars 2023).

**10.4.2** Au vu de ce qui précède, il appert que l'état de santé psychique de la recourante, déjà atteint depuis 2012, s'est progressivement aggravé, de telle sorte

qu'en novembre 2021 l'état dépressif est jugé sévère et le trouble de la personnalité décompensé. Par ailleurs, une hospitalisation a eu lieu à l'hôpital de la Tour en avril 2020 ordonnée par le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale - le suivi par la Dre C\_\_\_\_\_ ayant été suspendu le 20 décembre 2019 sur ordre de l'époux de la recourante en raison d'une demande d'hospitalisation de cette médecin - (expertise judiciaire, p. 78, et rapport de la Dre C\_\_\_\_\_ du 31 mars 2023) ainsi qu'une autre hospitalisation à la clinique de Montana en septembre 2021.

**10.4.3** Partant, l'incapacité de travail totale doit être considérée comme établie dès avril 2020, date de l'hospitalisation ordonnée par le Dr Q\_\_\_\_\_ qui est postérieure à l'examen clinique de la Dre I\_\_\_\_\_, du 5 juillet 2019, plutôt que dès 2015, comme estimé par l'expert judiciaire. À cet égard, il existe certaines constellations comme c'est le cas en l'espèce, dans lesquelles il convient de s'écarter de l'incapacité de travail déterminée par une expertise médicale, sans que celle-ci n'en perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_316/2017 du 5 octobre 2017). Vu l'avis de la Dre C\_\_\_\_\_, qui a considéré en décembre 2019 qu'une hospitalisation de la recourante à la clinique de Montana était nécessaire, se pose encore la question de savoir si l'incapacité totale de travail de cette dernière n'était pas déjà présente en décembre 2019. Cette question peut cependant rester ouverte dès lors qu'elle n'a pas d'incidence sur l'issue du litige, la période déterminante, s'agissant de l'incapacité de travail et comme exposé ci-avant, débutant en avril 2021.

En conséquence, il convient de retenir que dès le 1<sup>er</sup> avril 2020, la recourante présentait une incapacité de travail totale.

**10.4.4** Par appréciation anticipée des preuves, il sera dès lors renoncé à l'ordonnance d'un complément d'expertise auprès de l'expert P\_\_\_\_\_.

- 11.** Au demeurant, vu l'incapacité de travail totale de la recourante depuis avril 2020, l'état de santé de celle-ci s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 11 septembre 2019. À l'issue du délai de carence, au 1<sup>er</sup> avril 2021, la recourante présentait un degré d'invalidité de 100%.

Cependant, vu le dépôt de sa demande de prestations en octobre 2021, elle a droit, dès le 1<sup>er</sup> avril 2022, à une rente entière d'invalidité.

**12.**

**12.1** Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2022.

**12.2** Au vu du sort du recours, la recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Pour le surplus, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

Enfin, les frais d'expertise judiciaire, en CHF 16'500.-, selon note d'honoraires du Dr P\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2023, seront mis à la charge de l'intimé, l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ étant jugée non probante (ATF 143 V 269 ; 139 V 225 ; 139 V 496).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 janvier 2023.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2022.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à charge de l'intimé.
6. Met les frais d'expertise judiciaire, en CHF 16'500.-, à charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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