RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/651/2022 **ATAS/8/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 16 janvier 2023

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CONFIGNON, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1971, mariée et mère de deux enfants, nés les _____ 1999 et _____ 2005.

B. **a.** Elle a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 17 décembre 2015 à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir qu'elle était atteinte depuis sa naissance d'un trouble de l'attention sans hyperactivité (ci-après TDAH) et de dépression.

b. Dans un rapport du 20 janvier 2016, la doctoresse B_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de TDAH (2009) et d'état dépressif moyen existant (2007). L'assurée travaillait comme assistante de direction. Dans l'activité exercée à ce jour, elle manquait de rigueur dans son travail, avait une distractibilité, des oublis fréquents et une inattention. Cela se manifestait au travail par des erreurs mineures qui devenaient de plus en plus ingérables. Du point de vue médical, l'activité exercée était exigible au maximum à 30-50%. La concentration était bonne dans les heures qui suivaient la prise de médicaments. Une activité adaptée serait possible dès qu'une activité serait identifiée et les moyens pour l'exercer mis en place. On pouvait s'attendre à la reprise de l'activité professionnelle à 80-90% à partir du moment où la formation nécessaire pour le nouveau travail serait accomplie.

c. Dans un rapport établi le 3 juin 2016, la Dresse B_____ a estimé la capacité de travail actuelle de l'assurée à 60% dans une activité structurée, à caractère répétitif et avec peu de contacts humains.

d. Le 14 décembre 2016, la Dresse B_____ a indiqué que sa patiente était apte à une reprise professionnelle et qu'elle pouvait assurer une activité régulière à 50%, avec la possibilité d'augmenter ce pourcentage dans les mois à venir.

e. Dans un rapport d'expertise établi par la doctoresse C_____, médecin psychiatre-psychothérapeute (médecin expert AI), le 24 octobre 2017, celle-ci a indiqué que la symptomatologie attentionnelle de l'assurée était mineure et n'occupait pas le devant du tableau. Les difficultés exécutives à la planification mentale fine ne ressortaient en tout cas pas entièrement de l'éventuelle composante TDAH mais étaient à replacer dans le contexte de l'efficience intellectuelle. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendaient du tableau clinique de l'assurée. Il fallait tenir compte du diagnostic hyperkineptique posé en 2009 pour les difficultés de concentration et de la symptomatologie dépressive de l'expertisée depuis 2007. Le caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation était fondé. Le diagnostic de dépression que l'assurée présentait était invalidant. Une capacité de travail à 100% devrait être atteinte graduellement dans le délai de six mois.

f. Le 14 novembre 2017, la Dresse C_____ a précisé à l'OAI s'être fondée sur un examen neuropsychologique fait quatre ans auparavant, lequel lui semblait suffisant pour l'expertise de l'assurée. Malgré tout, un examen neuropsychologique avait été effectué le 9 novembre 2017 dont elle transmettait une copie à l'OAI.

g. Selon le rapport établi le 14 novembre 2017 par Madame D_____, psychologue FSP, neuropsychologue spécialiste ASNP, sur le plan psychométrique, l'examen avait montré une atteinte attentionnelle sévère et dans une moindre mesure exécutive. Ce tableau était probablement en lien avec le TDAH connu et exacerbé par la fatigue. Toutefois, l'ampleur de cette atteinte aux épreuves informatisées, bien que réalisées en fin d'examen, contrastait avec le comportement de la patiente et la normalité aux épreuves réalisées précédemment durant l'examen. Ses difficultés attentionnelles étaient apparues sous Concerta pris avant l'examen.

h. Dans un rapport final établi le 21 novembre 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que l'expertise était convaincante.

i. Le 16 mars 2018, la Dresse B_____ a indiqué à l'OAI que l'examen neuropsychologique de l'assurée effectué le 14 novembre 2017 mettait en cause le diagnostic de l'expertise effectuée en mai 2017.

j. Le 17 octobre 2018, la Dresse C_____ a rédigé un complément d'expertise suite à un entretien avec l'expertisée. Les seules limitations fonctionnelles étaient liées, à ce jour, au diagnostic de TDAH. La capacité cognitive de l'expertisée restait efficiente avec le traitement de Concerta et le respect des horaires de travail et des temps de pauses. Si le traitement de Concerta n'était pas pris, ou mal pris, l'expertisée allait très vite développer des difficultés d'attention qui allaient l'épuiser et elle allait manifester des symptômes d'anxiété et surtout une désorganisation, et au final un épuisement. L'expertisée avait une bonne capacité d'analyse et une bonne compréhension de la problématique qu'elle gérait bien toute seule. Elle avait confiance en elle quand elle occupait une activité plaisante, qui lui donnait confiance et la valorisait, sans oublier qu'elle était mono-tâche.

k. Dans un rapport final établi le 27 novembre 2018, le SMR a retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 0% dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée dès le 24 octobre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient : perte d'intérêt, réduction de l'énergie, manque de motivation, perte de confiance, sentiment injustifié de culpabilité, idées noires et de mort, difficultés de concentration, impulsivité avec perte de performance et impossibilité d'effectuer des tâches multiples et de suivre plusieurs consignes. Le Concerta était raisonnablement exigible pour une longue durée. La révision du cas était proposée dans deux ans.

l. Un mandat de réadaptation a été établi le 14 février 2019 pour évaluer si des mesures d'ordre professionnel étaient indiquées.

m. Dans une note de travail du 10 avril 2019, le gestionnaire du dossier a indiqué que la date du 24 octobre 2017 avait été retenue par l'experte comme début de l'incapacité de travail alors que les médecins traitants de l'assurée retenaient une capacité de travail déjà en 2016. En outre, dans l'avis SMR du 21 novembre 2017, il était reconnu une capacité de travail de 50% dès le 1er janvier 2008, puis de 100% dès le 1er décembre 2017 dans toute activité. En plus de la problématique des dates qui apparaissaient incohérentes, on pouvait s'interroger sur la nature incapacitante l'atteinte à la santé et sur le degré d'activité exigible dans une activité adaptée. Le dossier allait être revu par le SMR.

n. Le 29 avril 2019, le SMR a estimé nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

o. L'OAI a confié l'expertise au docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

p. Dans son rapport du 14 novembre 2019, le Dr E_____ a retenu un trouble dépressif récurrent en rémission ou rémission partielle et un TDAH mineur, car celui-ci n'avait pas été à l'origine d'un dysfonctionnement précoce, l'assurée ayant pu maintenir une relation conjugale et travailler jusqu'à ce qu'elle se consacre à son rôle de mère au foyer. L'expert a encore retenu des traits de personnalité limites, type faux-self (anxieux), qui ne pouvaient pas être assimilés à une atteinte à la santé mentale. Selon lui, l'assurée était totalement capable de travailler dans toute activité.

q. Dans un avis médical du 4 décembre 2019, le SMR a considéré l'expertise du Dr E_____ convaincante, mais souhaité que celui-ci se détermine sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée de janvier 2008 à janvier 2016, en précisant sur quelles bases il s'appuyait.

r. Le 13 décembre 2019, le Dr E_____ a indiqué n'avoir aucune raison de s'écarter de l'avis de la Dresse B_____, qui retenait une activité à 50% dans l'activité habituelle avec augmentation à 90% rapidement. Dans les faits, ce « rapidement » devait être interprété comme une capacité de travail quasiment entière dans une activité adaptée. Il n'y avait pas d'argument très clair pour justifier un 50% dans le secrétariat. Il fallait considérer que la capacité de travail médico-théorique de l'assurée était de 50% en janvier 2016 sans justification outre un TDAH et donc déjà à 100% dans son ancienne activité à ce moment-là et non dès le 18 mai 2017. Il fallait comprendre le 18 mai 2016 avec un petit laps de temps qu'il avait laissé pour le passage de 50% à 100%, comme le suggérait la Dresse B_____, en raison du déconditionnement face au monde du travail.

s. Dans son avis du 17 février 2019, le SMR a retenu une incapacité de travail de l'assurée de 50% dès janvier 2016 et de 0% dès le 18 mai 2016 dans toute activité.

t. Par projet de décision du 20 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée du 17 décembre 2015. Après consultation de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, il apparaissait qu'une atteinte à la santé invalidante ne pouvait être retenue. Hormis pour quelques périodes d'interruption momentanées, sa capacité de travail raisonnablement exigible dans les activités professionnelles habituelles demeurait complète sans baisse de rendement.

u. Le 28 février 2020, la Dresse B_____ a indiqué à l'OAI que la demande d'assurance-invalidité avait été déposée dans l'objectif d'aider l'assurée à se réinsérer professionnellement, car le secteur bancaire où elle avait travaillé précédemment était trop difficile actuellement. L'expertise de la Dresse C_____ ne mentionnait pas les difficultés professionnelles de l'assurée en lien avec un TDAH, ne mettant son incapacité de travail que sur le compte de sa symptomatologie dépressive.

L'expertise du Dr E_____ retenait que sans traitement, l'assurée pouvait travailler à 100% dans le marché libre sans tenir compte du fait que celle-ci ne travaillait actuellement qu'à 60% pour Trajets.

Le 18 février 2020, la responsable du suivi des collaborateurs de cette institution, pour laquelle l'assurée travaillait depuis trois ans, avait indiqué à la Dresse B_____ que la capacité de travail de celle-ci était de 50% au maximum.

v. Le 16 mars 2020, le SMR a considéré que le rapport de la psychiatre de l'assurée n'apportait aucun nouvel élément médical et que les conclusions de celle-ci relevaient d'une évaluation différente de celle du Dr E_____ d'un même état de faits. En conséquence, le SMR ne modifiait pas son avis du 17 février 2020.

w. Par décision du 17 mars 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée.

C. **a.** Le 4 juin 2020, l'assurée a informé la chambre des assurances sociales (ci-après : la CJCAS) qu'elle lui avait envoyé un recours le 6 avril 2020 et qu'elle n'avait pas reçu de réponse. Elle supposait que son recours n'avait pas été reçu.

Elle a produit un courrier adressé le 6 avril 2020 à la CJCAS dans lequel elle indiquait vouloir faire recours contre la décision du 17 mars 2020.

b. Par arrêt du 24 août 2020, la CJCAS a déclaré le recours de l'assurée irrecevable pour cause de tardiveté.

D. **a.** L'assurée a déposé une nouvelle demande à l'assurance-invalidité le 5 février 2021 en raison d'angoisses, d'anxiété, de perte de repères face aux consignes, d'agoraphobie, de troubles de la personnalité, d'impulsivité, de phases dépressives régulières, d'une incontinence et d'une difficulté à gérer les émotions, depuis 2007.

Elle a produit un rapport établi le 31 décembre 2020 par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel celui-ci attestait que

la situation de l'assurée s'était aggravée dans le contexte d'un TDAH et d'un trouble dépressif récurrent. Il avait constaté cette année un épisode de rechute qui avait nécessité le changement du traitement antidépresseur vers une autre molécule, la Duloxétine, avec encore la persistance de signes inhabituels d'instabilité affective et de fatigabilité cognitive.

b. Le 25 février 2021, l'OAI a informé l'assurée que les pièces produites l'autorisaient à entrer en matière sur sa nouvelle demande et qu'il procédait à son instruction.

c. Dans un rapport établi le 2 mars 2021, le Dr F_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, qui avait un impact sur sa capacité de travail, et d'un TDAH, sans impact sur sa capacité de travail. Elle avait besoin d'un accompagnement pour l'évolution du poste adapté en terme de responsabilités ou pour la réinsertion vers l'économie libre.

d. Dans un avis du 26 mai 2021, le SMR a estimé qu'au vu des documents reçus, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait été que très temporaire et que la description de la situation médicale par le Dr F_____ était comparable à celle faite lors de la précédente demande.

e. Par projet de décision du 4 juin 2021, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de l'assurée, faute d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

f. Dans un rapport établi le 16 juin 2021, le Dr F_____ a posé les diagnostics d'agoraphobie et de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger. Il avait constaté depuis le mois de mars, en raison du stress lié à l'incertitude de l'avenir, une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. Elle avait une anxiété au moment de quitter le domicile, gérée par une médication anxiolytique, due à la peur de la foule et des transports en commun, avec des attaques de panique (anxiété paroxystique avec oppression thoracique, tachycardie et hypersudation). Il retrouvait aussi des symptômes phobiques sociotypiques (préoccupation du regard des autres, sentiment d'être bizarre à leurs yeux) ainsi qu'une décompensation sur le plan de l'humeur (agitation inhabituelle, humeur de nouveau déprimée la plupart du temps, hypohédonie large, distractibilité inhabituelle, troubles dans l'endormissement allongée de 30 minutes, augmentation de l'appétit, idées suicidaires non concrètes avec des gestes auto-dommageables parasuicidaires) depuis un mois, en dépit du traitement antidépresseur de prévention. Cela faisait évoquer une récidive du trouble dépressif récurrent et craindre une évolution vers un état dépressif plus intense. L'impact sur la capacité de travail concernait la distractibilité plus grande sur le terrain de vulnérabilité dû au TDAH avec une aggravation imputable au trouble anxieux et aux signes dépressifs ainsi que des conduites d'évitement impérieuses conditionnées par l'anxiété paroxystique et la baisse de motivation dépressive.

g. Dans un avis du 25 juin 2021, le SMR a retenu que l'assurée présentait une aggravation d'allure réactionnelle anxio-dépressive récente et qu'il y avait lieu de réévaluer la situation psychiatrique auprès du psychiatre dans trois mois.

h. Dans un rapport établi le 1er novembre 2021, la doctoresse G_____, FMH en médecine interne générale, a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur les conséquences de l'atteinte psychique à la santé de l'assurée.

i. Le 29 novembre 2021, le Dr F_____ a indiqué avoir revu l'assurée les 16 juin et 6 septembre 2021. L'humeur était restée globalement stable avec un épisode d'intensité légère dernièrement. L'assurée avait une appréhension anxieuse essentiellement. Il n'y avait aucune restriction de travail dans le poste adapté qu'elle occupait. Il existait probablement une capacité de travail dans un poste non adapté qu'elle envisageait elle-même, mais il n'avait aucune base objective pour l'estimer. Il faudrait pour cela une mise en situation. L'assurée prenait du Duloxétine 90 mg pour le traitement et la prévention du trouble dépressif récurrent et du Concerta 50 mg pour le TDAH. Il proposait à l'OAI d'accompagner l'assurée dans son projet de réinsertion progressive dans l'économie libre.

j. Par décision du 24 janvier 2022, l'OAI a retenu, sur la base d'un avis du SMR du 20 janvier 2022, qu'à l'issue de l'instruction complémentaire du cas, l'état de santé de l'assurée était superposable à celui de 2019 sans aggravation manifeste et durable. En conséquence, la demande était rejetée.

E. **a.** L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la CJCAS le 24 février 2022, concluant à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique indépendante soit ordonnée, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Le Dr F_____ ne la suivait plus et il n'avait pas pu changer de position quant à son dernier rapport médical transmis à l'OAI le 29 novembre 2021. Dans celui-ci, il confirmait qu'il existait potentiellement une capacité de travail dans une activité adaptée à définir par l'OAI et recommandait que ce dernier la définisse, car il n'avait aucune base pour le faire.

b. Le 5 mai 2022, elle a fait valoir qu'elle avait eu une nouvelle crise avec des idées noires en raison de laquelle elle avait dû être hospitalisée pendant les vacances pascales. Depuis lors, elle était suivie au CAPPI de la Jonction, par la doctoresse H_____, médecin interne du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève.

c. Le 31 mai 2022, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport établi par la Dresse H_____ le 20 mai 2022, dont il ressortait que sa capacité de travail était de 60% dans un milieu protégé tel que son travail pour Trajets. Cette activité comportait clairement une part sociale et se distinguait d'une activité du marché économique normal. Contrairement à ce qu'avait retenu les experts, sa capacité de travail n'était pas adaptée dans ce marché. C'était à tort, vu les diagnostics évoqués par ses médecins traitants, qu'aucune investigation

complémentaire n'avait été demandée pour compléter l'instruction de son état de santé après les expertises.

Selon le rapport établi par la Dresse H_____ le 20 mai 2022, l'assurée était suivie au sein du CAPPI de la Jonction depuis le 19 janvier 2022. Elle bénéficiait d'un suivi au programme de consultation avec des entretiens médicaux mensuels. Les diagnostics étaient un trouble dépressif récurrent, un trouble anxieux, une personnalité émotionnellement labile et un TDAH. Sa capacité de travail était de 60% dans une activité adaptée.

d. Le 20 juin 2022, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR qui considérait dans un avis du 14 juin 2022 que le rapport de la Dresse H_____ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif par rapport aux précédents rapports médicaux du Dr F_____. Le SMR ne comprenait pas pourquoi la recourante ne pourrait travailler uniquement à temps partiel en atelier protégé. Sa précédente appréciation demeurait valable.

F. **a.** Par courrier du 15 décembre 2022, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

b. Par écriture du 9 janvier 2023, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire. Aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifiait pas. Si la chambre persistait dans son intention, il n'avait pas de motifs de récusation contre l'expert annoncé. Il proposait de joindre à la mission la question complémentaire suivante, selon l'avis SMR du 20 décembre 2022 annexé : « effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes que l'assurée utilise ».

c. Le 11 janvier 2023, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert ni de questions supplémentaires à lui adresser.

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.

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 porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est potentiellement né antérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimé.

5.

5.1 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références; ATF 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; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015

consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

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

6.

6.1

6.1.1 La recourante conteste la valeur probante des deux rapports d'expertise sur lesquelles la décision querellée était fondée et fait valoir que le Dr F_____ avait attesté le 15 janvier 2020 (recte 31 décembre 2020) que sa situation s'était aggravée, ce qui justifiait la poursuite des mesures de réadaptation pour l'accompagner dans sa réinsertion professionnelle. Il ressortait du rapport établi le 16 juin 2021 par le Dr F_____ que l'aggravation portait sur des nouvelles atteintes non présentes lors des expertises médicales ni lors de la première demande.

Elle n'avait jamais pu travailler dans un autre emploi que celui qu'elle occupait à 60% dans un atelier protégé et présentait des atteintes à la santé durables qui

l'empêchaient de retrouver une capacité de travail dans un marché économique normal.

Le dossier devait être soumis à un nouvel expert indépendant, car les nouveaux éléments médicaux apportés lors de l'examen de la seconde demande de prestation démontraient que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité.

6.1.2 L'intimé estime que le dossier a été instruit à satisfaction et qu'aucune instruction complémentaire ne se justifie. La recourante avait présenté une aggravation d'allure réactionnelle antidépressive qui avait motivé une prise en charge limitée dans le temps par un psychiatre traitant, lequel ne retenait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. L'état de santé de la recourante était superposable à celui de 2019, sans aggravation manifeste et durable de son état de santé.

6.2 En l'espèce, par décision du 17 mars 2020 entrée en force de chose jugée, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. La CJCAS n'a pas à se prononcer sur le bien-fondé de cette décision, mais doit seulement examiner si un changement notable des circonstances s'est produit depuis lors, justifiant l'octroi des prestations de l'intimé.

L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante, considérant que celle-ci avait rendu plausible une aggravation de son état de santé par la production du rapport du Dr F_____ du 31 décembre 2020, selon l'avis du SMR du 24 février 2021. L'intimé s'est ensuite fondé sur un avis du SMR du 26 mai 2021 pour rejeter la nouvelle demande, considérant que le rapport établi le 2 mars 2021 par le Dr F_____ décrivait une situation médicale comparable à celle faite lors de la précédente demande.

Si dans ce dernier rapport, le Dr F_____ indiquait que le trouble dépressif de la recourante était actuellement en rémission, il estimait toutefois que celui-ci était incapacitant et que la recourante avait besoin d'un accompagnement pour l'évolution d'un poste adapté en terme de responsabilité ou la réinsertion vers l'économie libre. Son appréciation de la capacité de travail de l'assurée n'est ainsi pas la même que celle du Dr E_____, qui avait considéré qu'elle était totale dans toute activité. Le rapport du Dr F_____ n'est pas assez motivé pour affirmer que la situation qu'il décrivait était en tout point comparable à celle qui avait conduit à la précédente décision du 17 mars 2020. Il n'apparaît pas exclu que la situation ait pu changer, en raison de l'aggravation de l'état dépressif dont a fait état le Dr F_____ le 31 décembre 2020.

De plus, dans son rapport du 16 juin 2021, le Dr F_____ a posé les diagnostics d'agoraphobie et de trouble dépressif récurrent avec épisode léger, soit des diagnostics différents de ceux retenus par le Dr E_____, lesquels sont susceptibles d'avoir un impact sur la capacité de travail de la recourante.

Le rapport établi le 31 mai 2022, dans le cadre d'une conduite aux urgences de la recourante, mentionne les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de trouble anxieux, de personnalité émotionnellement labile et d'un TDAH. Bien que postérieur à la décision querellée, ce rapport rend vraisemblable que l'état de santé de la recourante a pu s'aggraver depuis la dernière décision entrée en force avec de nouveaux diagnostics.

Dans son rapport du 29 novembre 2021, le Dr F_____ a indiqué avoir revu la recourante le 6 septembre 2021, qu'il n'y avait aucune restriction de travail dans le poste adapté qu'elle occupait, qu'il existait probablement une capacité de travail dans un poste non adapté et qu'elle prenait du Duloxétine 90 mg pour le traitement et la prévention du trouble dépressif récurrent. Ce rapport confirme qu'il est possible que l'état de la recourante ait pu s'aggraver, dans la mesure où ce médecin se limite à dire que la recourante n'a pas de restriction de travail dans son poste qu'elle occupe à 60%. Cela laisse ouvert la question de sa capacité de travail à un taux de travail plus élevé, étant rappelé que la décision du 17 mars 2020 retenait une capacité de travail entière dans toute une activité sur le marché libre, sur la base de l'expertise du Dr E_____.

Il résulte des rapports précités des doutes sur la question de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit depuis la décision du 17 mars 2020 pouvant avoir un effet sur le droit aux prestations de la recourante. Dans ces circonstances, l'intimé aurait dû instruire davantage le cas. La chambre de céans ordonnera en conséquence une expertise psychiatrique.

La question complémentaire requise par l'intimé sera intégrée à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

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

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

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

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

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 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) ?

4.5 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 Effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes que l'assurée utilise.

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

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

6.4 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) ?

6.5 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 ?

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

7. Personnalité

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

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

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

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

8. Ressources

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

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

a) psychique

b) mental

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

9. **Capacité de travail**

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

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

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

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

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

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

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

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué **depuis le 17 mars 2020** ?

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

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

10. **Traitement**

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

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

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

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

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier (il n'y a pas lieu de procéder à une appréciation des rapports du Dr E_____ et de la Dresse C_____, qui ont fondé la décision de l'OAI du 17 mars 2020, qui est entrée en force).**

11.1 Êtes-vous d'accord avec les rapports établis par le Dr F_____ les 31 décembre 2020, 2 mars, 16 juin et 29 novembre 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport établi par la Dresse H_____ du 20 mai 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec les avis établis par le SMR les 24 février, 26 mai, 25 juin 2021, 20 janvier et 20 mai 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 17 mars 2020, date de la dernière décision entrée en force ?

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 (soit jusqu'au 17 mars 2020) et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (du 24 janvier 2022). 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 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).

15. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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