RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/894/2019 **ATAS/2/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 6 janvier 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1973, a fait parvenir par l'intermédiaire de son médecin traitant, la doctoresse B_____, psychiatre auprès du service des spécialités psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), un formulaire pour une demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en vue d'une rente ou de mesures professionnelles. Les données sur l'atteinte à la santé figurant dans le formulaire de demande AI faisaient état d'une dépression et d'une obésité morbide.

2. Après avoir subi une opération chirurgicale en vue de l'implantation d'un by-pass, l'assurée a convenu avec l'OAI d'un plan de réadaptation professionnelle ; un contrat d'objectifs a été passé avec elle en date du 29 août 2014 en vue d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

3. L'assurée a suivi un stage de serveuse à 50% du 12 janvier au 6 février 2015 au café C_____ qui a été jugé positif par le responsable de la fondation Intégration Pour Tous, Monsieur D_____. Ce dernier a considéré que l'assurée n'avait eu aucune difficulté durant son stage et qu'elle pouvait tout à fait travailler dans un établissement de petite taille sans restauration. Le rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI daté du 17 avril 2015 indiquait la fin des mesures et concluait que l'assurée avait les capacités pour travailler à 50% dans une activité de type petite restauration ou cafétéria, et que d'un point de vue professionnel, il n'y avait aucun élément suggérant que l'assurée ne pouvait pas exercer ce type d'activité à 100%.

4. Sur proposition du service médical régional (SMR), l'OAI a demandé un rapport médical intermédiaire au docteur E_____, qui a répondu le 22 août 2015, en indiquant que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, mais qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. L'évolution était jugée comme plus ou moins bonne, et le pronostic était bon et se fondait sur la date du dernier examen médical, soit le 18 août 2015.

5. Un rapport médical intermédiaire a également été demandé au psychiatre qui avait succédé à la Dresse B_____, soit la doctoresse F_____ toujours auprès du service des spécialités psychiatriques des HUG. Ce dernier a rendu le 19 novembre 2015 un rapport indiquant que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, mais que les diagnostics n'avaient pas changé, soit un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, une personnalité émotionnellement labile, ainsi qu'une phobie sociale. Le psychiatre indiquait qu'une reprise du travail à 50% pouvait être envisagée à moyen terme, mais qu'actuellement la patiente présentait des problèmes gynécologiques et qu'une hystérectomie subtotale était programmée pour fin 2015. Il fallait donc

attendre que l'assurée ait récupéré de cette opération gynécologique avant d'envisager une reprise du travail.

6. Dans un rapport médical intermédiaire du 8 février 2016, effectué après l'intervention chirurgicale gynécologique, la Dresse F_____ a mentionné que l'état de santé était resté stationnaire avec une grosse dépression et une évolution jugée défavorable.

7. Le rapport de sortie établi par les HUG, en date du 30 mai 2016, soit après l'opération gynécologique, a confirmé qu'une hystérectomie subtotale avait été pratiquée et que l'assurée serait en arrêt de travail à 100% jusqu'au 26 juin 2016.

8. Le rapport médical intermédiaire du 15 septembre 2016 rédigé par la Dresse F_____ confirmait que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire avec une évolution jugée plus ou moins favorable.

9. Le 22 novembre 2016, la doctoresse G_____ du SMR relevait à la lecture des rapports médicaux des incohérences. Alors que l'assurée avait prouvé ses capacités à travailler à 50% dans une activité de petite restauration en avril 2015 et que selon le rapport de la Dresse F_____ du 3 novembre 2015, l'état de santé s'était amélioré avec un épisode dépressif léger, le même médecin attestait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité. Il en était de même, depuis août 2016 où la capacité de travail de l'assurée demeurait nulle. La Dresse G_____ considérait qu'il y avait des incohérences et qu'il était indispensable de déterminer si l'assurée présentait une pathologie psychiatrique incapacitante et depuis quand, ainsi que sa capacité de travail dans l'activité avec handicap et dans une activité appropriée. Pour cette raison, elle recommandait d'effectuer une expertise psychiatrique.

10. Une première expertise psychiatrique a eu lieu et a abouti à un rapport d'expertise du 8 janvier 2017, signé par les docteurs H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, des HUG. En substance, les experts concluaient à une capacité de travail nulle aussi bien dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée. Les limitations psychiques et mentales de l'expertisée privaient cette dernière de toute capacité de travail. Il était encore indiqué que l'expertisée souffrait d'un trouble de la personnalité sévère et d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen se manifestant par une anxiété, une tristesse, une anhédonie, un sentiment de dévalorisation, une difficulté à se projeter dans l'avenir et une irritabilité. Elle vivait un sentiment envahissant et persistant de tension permanente l'amenant à s'isoler socialement et professionnellement.

11. Le docteur J_____ du SMR a relevé dans son rapport de retour d'expertise du 10 avril 2018 plusieurs contradictions :

- la conclusion des experts selon laquelle l'assurée ne s'était jamais remise de son licenciement en raison de sa grossesse en 2005 et était depuis lors incapable de trouver un emploi se heurtait à la constatation qu'elle avait été occupée postérieurement à cette date comme remplaçante gérante chez K_____ pendant cinq ans. Selon le SMR, on ne pouvait pas retenir que l'assurée n'avait jamais pu fonctionner à long terme dans un travail, au vu de cette expérience positive qui avait duré cinq ans ;
- s'agissant des relations affectives de l'assurée qualifiées d'instables par les experts, le SMR constatait que l'assurée avait de bonnes relations suivies avec ses enfants aînés, ce qui contredisait les conclusions des experts ;
- en ce qui concernait l'avis des experts selon lequel l'assurée était incapable d'honorer ses rendez-vous, le SMR constatait également qu'elle s'était présentée ponctuellement aux cinq rendez-vous fixés par les experts ;
- de surcroît, il n'y avait aucun constat clinique concernant les troubles cognitifs et aucun bilan neuropsychologique n'avait été fait, ce qui rendait surprenante la conclusion des experts selon laquelle en raison de ses troubles, l'assurée ne pouvait pas exercer une activité lucrative ;
- enfin la symptomatologie dépressive était décrite en partie de manière subjective au status.

12. Au vu des contradictions internes et des incohérences, le SMR a dès lors recommandé une nouvelle expertise psychiatrique, qui a été confiée par l'OAI au docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
13. En date du 29 novembre 2018, le Dr L_____ a rendu l'expertise psychiatrique concernant l'assurée avec les diagnostics suivants :
    - trouble dépressif : d'un point de vue psychopathologique, il avait examiné les troubles dépressifs et avait conclu à une évolution favorable, soit un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. La recherche de phase maniaque et hypomaniaque n'avait pas été contributive ; il en avait conclu que l'assurée suivait une évolution vers une dysthymie.
    - personnalité : l'expert considérait que l'assurée était une femme marquée par d'importantes carences affectives qui avaient contribué à une atteinte de l'identité souvent un peu floue et confuse. Elle était marquée par un sentiment de vide affectif, ce qui déclenchait une dépendance du registre anaclitique de type sauvetage, mais elle se désinvestissait rapidement en

vertu d'une intolérance marquée à la frustration et des difficultés au rapprochement. Toutefois, l'assurée avait fait preuve de bonnes capacités de résilience face à différentes séparations, car elle avait pu retrouver chaque fois un nouveau compagnon et avait pu assumer l'éducation de ses enfants qui avaient pu acquérir une formation et vivaient de manière indépendante. Le tout orientait vers une personnalité borderline, actuellement non décompensée.

- les autres pathologies psychiatriques étaient : le « Binge eating disorder » qui avait nécessité la pose d'un by-pass en 2014, une phobie sociale qui ne pouvait pas être identifiée comme un diagnostic autonome, car c'étaient les difficultés qui alimentaient les racines des difficultés relationnelles vécues en situation de stress avec un sentiment d'hostilité diffuse. Bien que l'assurée récusât toute dépendance éthylique, il était néanmoins probable que lors de rupture sentimentale, elle avait compensé des sentiments de vide, d'ennui et d'anxiété par quelques abus d'alcool.

En ce qui concernait l'appréciation des capacités, ressources et des difficultés, l'expert les appréciait de la manière suivante :

- l'assurée avait toujours fait preuve d'étonnantes ressources pour se relancer sentimentalement, gérer ses enfants, conserver de bonnes relations avec ses ex-maris et compagnons et nouer de nouvelles relations sociales ; elle était en partie disposée à coopérer, car semblait se satisfaire de sa situation actuelle. Le trouble de la personnalité engendrait une certaine fragilité face aux séparations et aux conflits, mais ne représentait pas un handicap majeur et définitif, dès lors qu'elle avait pu travailler au moins cinq ans chez K_____, et sa vie affective et son réseau social ne plaidaient pas pour des combinaisons d'handicaps majeurs.

En conclusion, les réponses du Dr L_____ aux questions faisant l'objet du mandat d'expertise étaient les suivantes :

a) Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici.

Combien d'heures de présence l'assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

Incapacités de travail : 50% du 01.11 au 30.11.2009 ; du 01.01 au 31.01.2010 et du 01.02 au 28.02.2010 ; à 100% du 01.04 au 30.04.2010 ; du 01.05 au 31.05.2010 ; du 01.06 au 30.06.2010 ; du 01.12 au 31.12.2012 ; du 01.01.2013 au 31.01.2013 ; du 01.02 au 28.02.2013 ; du 01.03 au 31.03.2013 ; du 01.05 au 31.05.2013 ; du 01.06 au 30,06.2013 ; du 01.07 au 31.07.2013 ; du 01.08 au 31.08.2013 ; du 01.09 au 30.09.2013 ; du 01.10 au 31.10.2013 ; du 01.11 au

30.11.2013 ; du 01.12 au 31.12.2013 ; du 01.01 au 31.01.2014 ; du 01.02 au 28.02.2014 ; 0% du 01.03.2014 jusqu'au 01.08.2016 (suicide de son compagnon) ou 30.10.2017.

Capacité de travail à temps complet dès le 01.11.2017.

Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non

À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assurée dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ?

100%.

Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Si l'assurée peut maintenir une relation stable, essentielle, et le lien avec sa fille, qui paraît légèrement parentifiée, il n'y a pas d'indication à ce qu'elle puisse évoluer très défavorablement. L'aggravation est liée à une relation sentimentale pathologique avec le suicide en juin 2016 de son compagnon. La poursuite du suivi psychiatrique est indispensable.

b) Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée ?

Toute activité adaptée à ses compétences, vendeuse en magasin, activité de service, nettoyeuse.

Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

8 h/jour.

La performance de l'assurée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non.

À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assurée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100% ?

100%.

Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Dépend de l'adéquation de son environnement, mais a priori l'assurée a toujours fait preuve de bonnes capacités de résilience.

c) Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail.

D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

La prise en charge est réalisée dans les règles de l'art.

Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

d) Questions spécifiques de l'OAI se rapportant au cas précis

La dépendance à l'alcool et aux autres substances psychoactives est-elle primaire ou secondaire au sens assécurologique ?

Dépendance à l'alcool et abus d'alcool occasionnels, mais on ne peut pas parler d'une dépendance.

Depuis quelle date précisément notre assurée présente-t-elle une incapacité de travail durable dans son activité habituelle ? .

Sans objet.

Quelle a été l'évolution de l'incapacité dans l'activité habituelle depuis lors ?

Sans objet.

Si une capacité de travail peut raisonnablement être exigée de notre assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis quelle date précisément et à quel taux ?

100% dès le 01.11.2017.

Quelle a été l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis lors ?

100%.

e) Empêchements ménagers / travaux habituels

L'assurée peut réaliser l'ensemble de ses tâches domestiques sans grandes limitations. Elle partage celles-ci en partie avec sa fille.

14. Dans son rapport final du 6 décembre 2018, le Dr J_____ a commenté le retour d'expertise du Dr L_____. Il a conclu que les limitations fonctionnelles et la capacité de décision de l'assurée n'étaient pas significatives dans sa vie quotidienne. Il a rappelé que l'expert attestait que l'assurée était parfaitement fonctionnelle depuis au moins août 2014 et que sa capacité de travail était pleine depuis lors sans incapacité durable. Selon le SMR, l'assurée ne présentait pas

d'atteinte à la santé durable et incapacitante au vu de l'expertise qu'il recommandait de suivre dès lors que les conclusions étaient claires et étayées.

15. Dans son projet de décision du 14 décembre 2018, l'OAI a proposé un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, en se fondant sur l'avis du SMR qui estimait que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durable et incapacitante.

16. Par courrier non daté mais portant le timbre de réception du 15 février 2019 auprès de l'OAI, l'assurée s'est opposée à la décision du 14 décembre 2018 qu'elle indiquait avoir reçue le 27 décembre. L'OAI a répondu par courrier du 15 février 2019 que l'opposition était faite hors délai et que l'assurée devait donc faire recours contre la décision rendue le 8 février 2019 directement auprès de la chambre de céans

17. Dans l'intervalle, en date du 8 février 2019, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, rappelant que la demande de prestations est instruite depuis le mois de mars 2014, qu'en septembre 2014 l'assurée a bénéficié d'une mesure d'aide au placement, mais qu'à l'issue de l'instruction médicale, le SMR a indiqué que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durable et incapacitante au sens de l'AI.

18. Par courrier du 5 mars 2019, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 8 février 2019 et demandé qu'on lui accorde des mesures de réadaptation professionnelle. Elle fait valoir en substance qu'elle a un nouveau psychiatre et psychologue et joint la documentation sous la forme d'un rapport d'évaluation psychotechnique effectuée à l'institut médical de Champel en date du 2 mars 2019 par Monsieur M_____, psychologue. Le rapport est constitué d'un questionnaire auto évaluatif global sur des troubles psycho pathologiques, ainsi qu'une batterie de tests cognitifs, d'un questionnaire d'auto évaluation de l'impulsivité, d'un questionnaire relatif au trouble de la personnalité, de tests liés à l'anxiété et la dépression. En substance, M. M_____ considère que la patiente souffre de troubles de la personnalité marqués, d'une anxiété moyenne et d'une dépression sévère.

19. L'intimé a répondu en date du 2 avril 2019, concluant au rejet du recours et rappelant les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr L_____ et du SMR. Selon l'OAI, la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé qui soit durablement incapacitante.

20. La chambre de céans a invité la recourante, par courrier du 4 avril 2019, à répliquer dans un délai fixé au 30 avril 2019. Elle a notamment attiré l'attention de la recourante sur le fait que la pièce produite par cette dernière émanait d'un

psychologue dont l'appréciation n'était pas suffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expert et du SMR. La recourante n'a pas répliqué.

21. Par courrier du 18 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique à la doctoresse N_____, psychiatre, et leur a fixé un délai au 22 janvier 2020 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte.

22. Les parties n'ont pas fait valoir de motifs de récusation

23. Un projet de mission d'expertise été communiquée aux parties avec un délai au 14 août 2020 pour faire leurs remarques. Celles-ci n'ont pas fait de propositions de modifications.

EN DROIT

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

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

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

   Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

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

la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

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

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

Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il

maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7*b* al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

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

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

7. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

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

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

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

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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

f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

12. En l'espèce, dans son rapport final du 6 décembre 2018, le Dr J_____ s'est entièrement fondé sur l'expertise du Dr L_____. Il a conclu que les limitations fonctionnelles et la capacité de décision de l'assurée n'étaient pas significatives dans sa vie quotidienne. Il a rappelé que l'expert attestait que l'assurée était parfaitement fonctionnelle depuis au moins août 2014 et que sa capacité de travail était pleine depuis lors sans incapacité durable. Selon le SMR, l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durable et incapacitante au vu de l'expertise qu'il recommandait de suivre dès lors que les conclusions étaient claires et étayées.

    Ces conclusions sont toutefois opposées à celles du rapport d'expertise du 8 janvier 2017 effectué par les Drs H_____ et I_____, psychiatres aux HUG. Les experts concluaient à une capacité de travail nulle aussi bien dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée. Les limitations psychiques et mentales de l'expertisée privaient cette dernière de toute capacité de travail. Il était encore

indiqué que l'expertisée souffrait d'un trouble de la personnalité sévère et d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen se manifestant par une anxiété, une tristesse, une anhédonie, une clinophilie, un sentiment de dévalorisation, une difficulté à se projeter dans l'avenir et une irritabilité. Elle vivait un sentiment envahissant et persistant de tension permanente l'amenant à s'isoler socialement et professionnellement.

13. S'agissant du rapport établi par le psychologue de la recourante, rédigé postérieurement à la décision querellée, en date du 2 mars 2019, il n'indique pas à partir de quand ses constatations sont valables et laisse planer des doutes sur la persistance d'éventuels symptômes dépressifs.

    Compte tenu des conclusions contradictoires des deux expertises de janvier 2017 et décembre 2018, la chambre de céans n'est pas en mesure de se déterminer et se voit dans l'obligation d'ordonner une expertise médicale judiciaire qui sera confiée à la Doctoresse N_____, psychiatre.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.

B. La confie à la Dresse N_____, psychiatre et psychothérapeute, rue _____,_____ Genève.

C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :

- Prendre connaissance du dossier médical de l'expertisée.
- Examiner personnellement l'expertisée.
- Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier du médecin traitant, la Dresse F_____ ayant rédigé le rapport médical intermédiaire du 19 novembre 2015 et du médecin ayant réalisé l'expertise psychiatrique du 29 novembre 2018, le Dr L_____.
- S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
- Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
2. Les atteintes psychiques ont-elles changé en intensité depuis l'expertise réalisée en novembre 2018 et, dans l'affirmative, de quelle manière ?
3. Le rapport d'évaluation psychotechnique de l'expertisée du 2 mars 2019, vous semble-t-il cohérent ? Partagez-vous les conclusions dudit rapport, notamment en ce qui concerne les indications d'une dépression sévère ?
4. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisée sur le plan psychiatrique ?
5. Quelle est sa capacité de travail sur le plan psychiatrique, dans son activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques ?
6. Comment a évolué la capacité de travail depuis 2015, respectivement depuis 2018 ?
7. Cas échéant, depuis quelle période (mois, année) estimez-vous que la capacité de travail est complète, réduite, voire nulle ?

8. Au regard de l'intensité des troubles psychiatriques, le diagnostic de capacité de travail à 100% depuis 2014 parait-il cohérent ?
9. Y a-t-il une exagération des symptômes, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?
10. Y a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique ?
11. La gravité des atteintes psychiatriques est-elle rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogénèse ?
12. Quel est le contexte social (quotidien et environnement) de l'expertisée ?
13. Y a-t-il des limitations fonctionnelles uniformes dans les activités de tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activité sociale) ?
14. Quel est le traitement sur le plan psychiatrique ? D'autres mesures thérapeutiques complémentaires sont-elles, cas échéant, recommandées ?
15. Est-il exigible que l'expertisée prenne un traitement pharmacologique ?
16. Quelle est sa compliance ?
17. L'expertisée a-t-elle les ressources suffisantes pour surmonter les atteintes psychiatriques, compte tenu notamment de son environnement social, des comorbidités physiques et de la structure de la personnalité ? Cas échéant, pour quelles raisons estimez-vous que ses ressources sont insuffisantes ?
18. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite la Dresse N_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le