

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/684/2023

ATAS/461/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 17 juin 2024**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente**

---

**EN FAIT**

- A. a. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) et née le \_\_\_\_\_ 1978, célibataire et mère d'un enfant né le \_\_\_\_\_ 2017.
- B. a. Elle a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 26 mai 2020 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2019 à 40%. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, elle exerçait l'activité de secrétaire médicale à 60% pour les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).
- b. Dans un rapport du 7 juillet 2020, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) et somatisation (tendinite, vertiges paroxystiques positionnels [F45.0]).

Il ressort de son rapport que l'assurée, d'origine caucasienne, a été adoptée à 4.5 mois et que son père s'était montré d'emblée maltraitant et dénigrant alors que sa mère adoptive avait sombré progressivement dans la dépression et l'alcool. L'assurée avait obtenu un diplôme de secrétaire médicale, mais elle faisait face à plusieurs échecs professionnels. Elle souffrait d'un état anxio-dépressif depuis le décès de sa grand-mère maternelle en 1990. Mère célibataire d'un garçon de 2.5 ans, elle avait obtenu un emploi comme secrétaire médicale en pédiatrie aux HUG à 60%. Sans compagnon pour l'aider et ni soutien familial, elle arrivait au bout de ses réserves psychiques. Elle était ponctuelle, bien organisée dans sa vie quotidienne et sérieuse, ce qui lui donnait un ton hautain. Elle était très fragile psychologiquement et se sentait vite débordée. En dépit de la médication, elle maintenait une humeur dépressive avec une anhédonie et une aboulie partielle, une fatigabilité, une légère anxiété, un sentiment de dévalorisation, des troubles du sommeil intermittents et une irritabilité, sans idées suicidaires actuellement.

Sur le plan physique, elle était surtout limitée par sa tendinite des deux biceps pour effectuer son ménage et faire du sport (suspicion de fibromyalgie). La motivation était également réduite et influençait négativement la régularité du ménage et l'intérêt aux loisirs. L'assurée avait peu d'activités sociales et celles-ci étaient essentiellement réservées à la famille. Elle était peu soutenue par son réseau social. Le stress engendrait une irritabilité qui atteignait la bonne communication avec autrui et entraînait de l'hétéro-agressivité de l'assurée, y compris envers son enfant. Elle avait eu une dépression *post-partum* en janvier 2018. Les limitations fonctionnelles étaient physiques, mentales et psychiques. L'assurée cherchait à se maintenir dans son activité de secrétaire médicale à 60%, car au-delà elle s'épuisait rapidement. Elle devait donc rester à ce taux. L'évolution avait été lentement défavorable jusqu'à l'accouchement de son fils, qui s'était compliqué par la dépression *post-partum*. Ensuite, l'assurée avait mis passablement de temps pour se stabiliser. Elle avait une excellente compliance médicamenteuse.

c. Selon une lettre de sortie du 12 avril 2018 de l'unité de psychiatrie adulte des HUG, l'assurée avait eu une première hospitalisation dans ce département en admission ordinaire en raison d'une péjoration thymique dans le contexte du *post-partum*.

d. Dans un rapport de clôture IP en vue de DDP du 23 septembre 2020, il est conclu que l'assurée ne pouvait travailler au-delà de 60%. Elle présentait donc une incapacité de travail à 100% sur le 40% restant. Elle souhaitait que l'OAI étudie sa situation sous l'angle d'une rente pour le 40%. Au vu de la situation, la mise en place de mesures dans le cadre de l'IP n'était pas indiquée.

e. L'OAI a fait procéder à une expertise médicale bidisciplinaire par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont posé dans leur appréciation consensuelle, le diagnostic de syndrome douloureux chronique non étiqueté au plan rhumatologique et aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Elle avait des traits pathologiques de personnalité du registre évitant et anankastique qui n'atteignaient cependant pas le seuil d'un trouble spécifique (F60) de la personnalité constituée. Sur le plan rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail était de 100% depuis toujours.

f. Le 8 novembre 2022, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport d'évaluation établi le 21 octobre 2022, à sa demande, par Madame E\_\_\_\_\_, neuropsychologue, car elle soupçonnait depuis longtemps qu'elle était Asperger.

La neuropsychologue posait le diagnostic de syndrome d'Asperger.

g. Dans une note établie le 24 novembre 2022, l'OAI a retenu que l'assurée avait un statut d'active.

h. Par projet de décision du 25 novembre 2022, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, au motif qu'il ne pouvait retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

i. Dans un avis du 30 janvier 2023, le service médical régionale de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a indiqué que E\_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de syndrome d'Asperger, avec onze symptômes observables pour dix symptômes requis sur un total de dix-huit) accompagné de stratégie d'adaptation, de camouflage de compensation. Afin de préciser si les spécialistes ayant diagnostiqué le syndrome d'Asperger évaluaient ce dernier comme incapacitant, un questionnaire avait été envoyé à la psychiatre responsable de E\_\_\_\_\_, la docteur F\_\_\_\_\_. Cette dernière avait répondu qu'elle n'avait pas d'autres éléments à fournir en plus de l'évaluation du 21 octobre 2022 car elle n'avait pas suivi l'assurée. Au vu de ce qui précédait, le SMR relevait des incohérences dans le diagnostic du syndrome d'Asperger. Ce diagnostic n'avait pas été retenu lors de l'expertise et avait été établi secondairement, suite à une évaluation demandée par l'assurée en cours d'expertise. Il n'avait pas été confirmé formellement par la psychiatre responsable. Le score, de onze symptômes observés pour dix requis, ne

laissait pas supposer un degré de sévérité élevée pour justifier un diagnostic incapacitant. Ainsi, le SMR maintenait sa conclusion du 10 février 2021 d'une capacité de travail de l'assurée de 100% dans son activité habituelle depuis toujours.

**j.** Par décision du 30 janvier 2023, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, considérant que l'évaluation neuropsychologique produite par celle-ci ne permettait pas de modifier sa précédente appréciation.

**C. a.** Le 27 février 2023, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2020, avec suite de frais et dépens. Elle considérait que ses troubles de la santé ainsi que leur impact sur sa capacité de travail et de gain avaient été largement et indûment ignorés par l'intimé.

**b.** Le 9 mars 2023, la présidence du Tribunal civil a admis l'assurée au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 25 février 2023 et a limité cet octroi à la première instance et à douze heures d'activité d'avocat.

**c.** Par réponse du 3 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet de la demande et transmis à la chambre l'enregistrement sonore de l'expertise psychiatrique.

Il concluait au rejet du recours. Sur la base d'une expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> novembre 2022, qui remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, il estimait que la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail.

L'intimé se fondait sur un avis du SMR du 30 mars 2023, (qui retenait un statut mixte 60%/40%). Le SMR relevait que lors du bilan neuropsychologique effectué au cours de l'expertise bidisciplinaire, il avait été mis en évidence des difficultés de l'assurée évaluées comme d'intensité minimale à légère, avec un impact négligeable sur ses activités courantes, tant non complexes que complexes, au vu de ses bonnes ressources cognitives. Néanmoins, les limitations pouvaient être légères à modérées dans des situations sociales ou des interactions inattendues, peu structurées que l'assurée pouvait moins anticiper. Elle serait plus confortable dans des situations professionnelles et sociales dont elle connaissait et prévoyait le fonctionnement. Il n'avait pas été retenu de signe majeur pour un trouble du spectre autistique (ci-après : TSA). La limitation en termes d'incapacité ne semblait toutefois pas dépasser le 20% sur le plan strictement neuropsychologique. E\_\_\_\_\_, en effectuant des tests plus performants, retenait le diagnostic de TSA, mais avec des résultats à la limite inférieure (11 symptômes sur une norme de 10 à 18). Ces indicateurs ne semblaient pas transcrire les difficultés relationnelles et la fatigue engendrées ainsi que la difficulté de concentration liée aux troubles de l'Asperger. En effet, l'examen clinique n'avait pas permis de mettre en évidence de trouble dépressif constitué, de troubles neurologiques graves, de troubles de la personnalité (malgré une anamnèse

infanto-juvénile traumatique et carencée, l'assurée avait présenté un développement et une scolarité sans accroc, avait effectué plusieurs formations et correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours aujourd'hui). L'assurée était collaborante au traitement. Par ailleurs, l'analyse des activités quotidiennes ne relevait aucun empêchement : l'assurée était indépendante pour les activités de la vie quotidienne, pour le ménage, les courses, les repas, les lessives, les déplacements et l'administratif. Elle s'occupait adéquatement de son fils, de son chat, elle avait des activités de loisirs (séries sur Netflix, lecture, sports, promenades, visites de musées) et il n'y avait pas d'isolement social (elle avait plusieurs amis), décrivant toutefois ne pas apprécier les interactions sociales réciproques.

Au vu de ce qui précédait, le SMR estimait que le diagnostic de TSA ne pouvait être retenu. Certains symptômes pouvaient être inclus dans les traits de personnalité de l'assurée, anankastiques et évitants. De plus, certains symptômes étaient subjectifs et n'avaient pas été observés de manière objective par les experts. Par ailleurs, la capacité de travail devait être évaluée selon les indicateurs standards. Cette évaluation avait été effectuée par les experts et n'avait pas mis en évidence de limitations fonctionnelles incapacitantes de l'assurée. Au vu de ce qui précédait, l'évaluation précédente du SMR demeurait valable.

**d.** Le 24 avril 2023, la recourante a fait valoir que le début de l'entretien du volet psychiatrique n'avait pas été enregistré. Pour ce motif déjà, l'intimé ne pouvait se fonder sur l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ pour lui nier tout droit aux prestations, dès lors que ce rapport ne répondait pas aux conditions de l'art. 44 al. 6 LPGA.

L'intimé reconnaissait dans l'avis médical du 30 mars 2023 annexé à sa réponse au recours que E\_\_\_\_\_, en effectuant des tests plus performants que le Dr D\_\_\_\_\_, avait permis de poser le diagnostic d'Asperger, comme cela ressortait de son rapport du 21 octobre 2022. Cependant et de manière contradictoire, l'intimé refusait d'en tenir compte, au motif que l'expertise bidisciplinaire n'avait pas retenu d'atteinte psychiatrique invalidante en tenant compte des indicateurs standard de gravité. On ne pouvait se satisfaire d'une telle réponse. Le Dr D\_\_\_\_\_ s'était prononcé en écartant un diagnostic psychiatrique avéré et central, si bien qu'on ne pouvait reconnaître de valeur probante à sa conclusion excluant l'existence d'une atteinte invalidante. Son évaluation des indicateurs standard de gravité reposait sur une prémisse erronée et ne pouvait pas être suivie.

Le médecin du travail des HUG, le docteur G\_\_\_\_\_, après évaluation de la situation médicale de la recourante et en pleine connaissance des exigences concrètes liées à son poste de travail, avait attesté d'une incapacité de travail pérenne d'au moins 40%, comme cela ressortait de son rapport du 25 janvier 2023. En conséquence, l'OAI n'était pas fondé à nier le droit aux prestations de la recourante en se prévalant de l'avis du Dr D\_\_\_\_\_. Il convenait que la chambre de céans ordonne une expertise médicale psychiatrique afin qu'il soit procédé à un examen de l'exigibilité en tenant compte du diagnostic d'Asperger.

**e.** Le 6 septembre 2023, la recourante a produit :

- un rapport établi le 2 mai 2023 par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne-maladies rhumatismales, indiquant que la recourante n'était pas apte à assumer un poste de secrétaire sans réserve. En effet, les restrictions émises par ses collègues (obtention d'un bureau individuel, limitation des relations interpersonnelles avec les familles notamment) étaient vraisemblablement pérennes et ceci quel que soit le taux d'activité proposé. Actuellement, la recourante était engagée à 60%. Si l'augmentation de ce taux d'activité lui était proposée, il ne lui était pas possible d'évaluer si cette augmentation serait médicalement possible et si elle aurait un impact sur la santé de l'intéressée, les réserves déjà énoncées restant de toute façon effectives. Il lui paraissait souhaitable d'organiser une consultation auprès du psychiatre-conseil, qui pourrait certainement mieux évaluer cet aspect du problème.
- un rapport établi le 11 décembre 2022 par le Dr B\_\_\_\_\_, qui attestait que la recourante était suivie à son cabinet depuis 2016 et qu'elle était affectée par un syndrome d'Asperger. Elle était consciente de ses difficultés interpersonnelles ainsi que de l'hypersensibilité et de la communication altérée qu'elle pouvait exprimer et dont elle souffrait. Ces difficultés devaient être prise en considération dans les rapports d'évaluation et au cours de ses évaluations professionnelles. Les troubles engendrés par le syndrome d'Asperger, tels que l'hypersensibilité au bruit, étaient responsables de difficultés de concentration et nécessitaient qu'on offre à l'assurée un environnement calme, c'est-à-dire un bureau individuel. Enfin, afin de réduire sa charge de stress, il était important qu'elle puisse accomplir partiellement son activité sous forme de télétravail (20% de son activité professionnelle).

**f.** La recourante a été entendue par la chambre de céans le 17 avril 2024 et la représentante de l'intimé a précisé que le statut d'active était bien retenu pour la recourante.

**g.** Par courrier du 18 avril 2024, 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.

**h.** Par courrier du 7 mai 2024, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire, considérant que l'expertise psychiatrique déjà au dossier remplissait déjà tous les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Cela étant, il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir contre l'expert désigné et il demandait que soit ajouté à la mission d'expertise la description d'une journée type et des activités quotidiennes de l'assurée.

i. Le 5 juin 2024, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert désigné ni de commentaire sur les questions.

## EN DROIT

1. 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 reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

- 4.

**4.1** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

## **4.2**

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

En 2017, 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. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

**4.2.2** Il convient dorénavant 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), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

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. 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.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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.

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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite 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.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.

Il s'agit, encore, 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 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.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour 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.

**4.2.3** 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.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 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).

Ce diagnostic 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

**4.3** 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).

**4.4** 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).

**4.5** 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).

**4.6** 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).

5. En l'espèce, l'intimé a pris la décision querellée sur la base d'un rapport d'expertise établi notamment par le Dr D\_\_\_\_\_, qui a évalué la capacité de travail de la recourante sans tenir compte du diagnostic de syndrome d'Asperger, qui est rendu vraisemblable par le rapport de E\_\_\_\_\_. Dans son avis du 30 janvier 2023, le SMR a tenu compte de ce nouveau diagnostic et demandé au psychiatre référent de la neuropsychologue de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, laquelle n'a pas été en mesure de se prononcer. De ce fait, le 20 mars 2023, le SMR (soit les docteurs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, dont les spécialités ne sont pas précisées), a lui-même évalué cette capacité. Ses conclusions ne sont pas suffisamment probantes, car cette analyse relève d'un psychiatre indépendant. L'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr B\_\_\_\_\_, le psychiatre de la recourante, dans son rapport du 11 décembre 2022 n'est pas non plus assez probante, car il ne se prononce pas sur les indicateurs de gravité du Tribunal fédéral et il est imprécis, ne précisant pas clairement la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (100% d'un 60% ou 100%). Il apparaît en outre nécessaire que la capacité de travail de la recourante soit réexaminée en fonction du nouveau diagnostic posé.

Il s'avère ainsi nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique qui sera confiée au docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, \_\_\_\_\_, à Genève.

Il sera donné suite à la proposition de complément de la mission d'expertise de l'intimé.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, \_\_\_\_\_, à Genève.
3. 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 l'assurée ;
  - C) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
  - D) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (Prière de décrire une journée type de la recourante et ses activités quotidiennes).
  2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
  3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
  4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

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

    - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
    - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
    - 4.3 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
    - 4.4 Les plaintes sont-elles objectivées ?
    - 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
- Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :
- 5.1 Dans l'activité habituelle,
- 5.2 Dans une activité adaptée.
6. Traitement
- 6.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- 6.2 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
- 6.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
- 6.4 Effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes que prend l'assurée.
7. Capacité de travail
- 7.1 Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent :
- a) dans l'activité habituelle,
- b) dans une activité adaptée.
- 7.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
- 7.3 Evaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
- 7.4 Décrire les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte.
- 7.5 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

- 7.6 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
  - 7.7 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
  - 7.8 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
  - 7.9 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
  - 7.10 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
  - 7.11 Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
  - 7.12 Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?
  - 7.13 De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
  - 7.14 Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
  - 7.15 Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
  - 7.16 Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ?
8. Appréciation d'avis médicaux du dossier
- 8.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr B\_\_\_\_\_ (rapports des 7 juillet 2020 et 11 décembre 2022) ? si non, pour quels motifs ?
  - 8.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ (rapport du 25 janvier 2023) ? si non, pour quels motifs ?
  - 8.3 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du SMR (rapports de 30 janvier et 30 mars 2023) ? si non, pour quels motifs ?

- 8.4 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> novembre 2022) ? si non, pour quels motifs ?
9. Formuler un pronostic global.
10. Faire toute remarque utile et proposition utile.
5. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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