

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/213/2024

ATAS/929/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 27 novembre 2024**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

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) est née le \_\_\_\_\_ 1987, ressortissante suisse et célibataire.

**b.** Le 19 août 2021, elle a demandé les prestations de l'assurance-invalidité pour adulte, indiquant être en incapacité de travail à 50% en raison d'un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité de l'enfant (ci-après : TDAH), de migraines et de troubles du sommeil. Elle exerçait l'activité d'huissière et d'agente de sécurité sur appel depuis octobre 2020 pour B\_\_\_\_\_ et était également monitrice de tir depuis 2008.

**c.** L'assurée a fait un stage d'évaluation à l'emploi par PRO, Entreprise sociale privée (ci-après PRO), mandaté par l'Hospice général (ci-après : l'Hospice) du 8 juillet au 12 juillet 2019 à 100% et du 15 juillet au 2 août 2019 à 50%. Selon le bilan de stage du 12 juillet 2019, elle avait montré de très bonnes aptitudes d'apprentissage, rapidement assimilé des tâches complexes et résolu des problèmes de manière autonome. Elle avait effectué avec rigueur un travail conséquent et d'une excellente qualité. Elle s'était montrée structurée et organisée dans sa fonction, assurant une très bonne productivité. Elle n'avait pas de problème de santé l'empêchant de poursuivre une activité à 100% dans tous les secteurs d'activité confondus.

**d.** Le 11 septembre 2020, Monsieur C\_\_\_\_\_, conseiller en placement, de l'agence D\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée avait démarré le programme D\_\_\_\_\_ le 10 janvier 2020. Le 10 septembre 2020, elle était toujours sans emploi et son dossier était fermé à cette date. Elle recherchait des postes d'assistante de direction junior (avertie que ce n'était pas réalisable) et d'assistante administrative. Elle indiquait pouvoir faire beaucoup de tâches en ressources humaines, en comptabilité et en administration, alors que ses certificats mentionnaient des tâches plus basiques : classements, saisies simples. Elle avait fait beaucoup de postulations sans résultat. Elle s'intéressait à l'activité d'agente de sécurité, qui était une cible réalisable même sans expérience. Elle avait un TDAH et semblait mal organisée. Elle avait des angoisses et des difficultés à prendre contact avec des membres de son réseau pour parler d'emploi. Elle faisait un réel blocage dans ses démarches pour en trouver. Elle avait peur des refus et semblait fragile pour le marché de l'emploi, qui pouvait être éprouvant. Il fallait qu'elle travaille là-dessus.

**e.** Le 14 janvier 2022, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre depuis avril 2016, l'assurée qui lui avait été adressée pour une évaluation TDAH. Il a posé les diagnostics de « F90.0, F41.2, F41.0 » en rémission ainsi que « F33.4 » sous traitement, et relevé qu'elle l'assurée avait beaucoup de difficultés avec l'organisation spatiale et le rangement ainsi qu'une nette tendance à accumuler les objets. Elle entretenait une vie sociale sans l'organiser particulièrement. Elle oubliait souvent les délais et les rendez-vous, ce qui la pénalisait régulièrement. Il lui arrivait de prendre deux rendez-vous

en même temps. Sa capacité de travail du point de vue psychiatrique était de 50% dans toute activité. Ses limitations étaient une fatigabilité et une somnolence diurne. L'évolution avait été fluctuante en fonction des événements. D'une manière générale, elle était plutôt stabilisée sur le plan de l'humeur et un peu moins anxieuse. En revanche, malgré une prise en soin médicamenteuse, son TDAH restait mal compensé et elle présentait toujours des troubles exécutifs majeurs, notamment sous la forme d'un déficit sévère dans sa capacité d'initiation des activités. Son traitement actuel était de la Fluoxétine 20 mg par jour et du Concerta 36 mg par jour. L'observance thérapeutique était généralement très bonne, avec quelques oublis ponctuels.

Le diagnostic de TDAH adulte type combiné était marqué chez elle par une peine importante à soutenir l'attention dans ses activités académiques (étude du japonais) ainsi qu'une difficulté majeure de planification et une procrastination importante. Une éducation thérapeutique concernant le trouble avait été entreprise, notamment sur le plan de l'hygiène mentale (sommeil et activité physique notamment). Une tentative d'introduction de traitement de méthylphénidate avait été effectuée (Focalin puis Concerta) sans succès, l'assurée présentant des effets indésirables, notamment une exacerbation anxieuse. Cette prescription avait été interrompue en raison du bilan mitigé lorsque l'assurée s'était rendue pour une année d'études au Japon, en 2016.

Dès mars 2018, elle avait eu un état dépressif d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques. Outre la tristesse et la dévalorisation importante, notamment en raison de son obésité et de son recours à la nourriture pour gérer l'anxiété (hyperphagie), l'assurée présentait une somatisation importante et polymorphe.

Il y avait une composante somatique à son état, notamment une asthénie et de la difficulté à soutenir des efforts et son attention. Un bilan sanguin avait permis de confirmer une rechute de carence martiale et une carence polyvitaminique. Une somnolence diurne avait été constatée, avec la mise en évidence d'un syndrome d'apnées du sommeil (ci-après SAS), qui avait conduit à la mise en route d'un traitement par CPAP (Continuous Positive Airway Pressure).

L'assurée avait été adressée chez une neurologue en raison de ses céphalées migraineuses résistantes au traitement, qui étaient invalidantes sur le plan psychique. Devant son hygiène de vie déplorable, l'assurée avait également été adressée à la consultation obésité de l'Hôpital de la Tour, sans grand succès pour l'heure.

Vu la persistance des dysfonctions exécutives majeures, et en particulier de planification (elle avait mis plusieurs mois avant de réussir à acheter un agenda par exemple), une prise en soin ergothérapeutique avait été initiée au printemps 2021 avec Madame F\_\_\_\_\_.

À la fin de l'été 2021, l'assurée avait voulu reprendre ses études. Très vite, elle s'était retrouvée débordée émotionnellement et sur le plan de la planification, à tel point qu'à fin novembre 2021, une hospitalisation à la Clinique genevoise de

Montana avait été organisée afin qu'elle puisse avoir à nouveau une meilleure hygiène de vie et bénéficier d'une prise en soin hypo-stimulante.

**f.** Dans un rapport du 22 juin 2022, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était généralement stable. Elle avait pu maintenir ses quatre heures de cours hebdomadaires à l'université, ce qui l'avait un peu valorisée, ainsi que son activité pour B\_\_\_\_\_ au rythme de treize heures par semaine en moyenne. Sur le plan exécutif, elle restait très problématique avec un défaut majeur de planification, d'estimation du temps, de rangement et d'organisation en général, malgré la prise en soin intensive d'ergothérapie. Les progrès étaient lents et modestes, mais elle parvenait maintenant à mieux gérer son administration. Toute augmentation de charge cognitive ou émotionnelle péjorait immédiatement la symptomatologie.

Elle bénéficiait depuis peu d'un traitement injectable de Saxenda pour son obésité, dont les premiers résultats étaient encourageants, au prix toutefois pour l'heure d'une importante asthénie, qu'on espérait transitoire. Ceci l'avait motivée à être plus rigoureuse encore avec son traitement de CPAP pour son SAS pour lutter contre l'asthénie. Elle était capable de travailler à 50%, ce qu'elle faisait depuis plusieurs mois. Une adaptation ne permettrait pas une augmentation du taux d'activité. Elle prenait de la Fluoxétine 20 mg par jour et du Concerta 36 mg par jour.

**g.** Le 12 avril 2022, le docteur G\_\_\_\_\_, du service de rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), a indiqué que l'assurée présentait des douleurs musculo-squelettiques chroniques et un certain degré d'hyperlaxité.

**h.** Dans un rapport d'expertise établi le 18 juillet 2023, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2018 (F33.11) et de TDAH (F90). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des traits de personnalité dépendante et anxieuse (Z73.1). L'assurée pouvait assumer 6.3 heures par jour dans l'activité exercée en dernier lieu, sans performance réduite, soit un 70%. Sa capacité de travail avait toujours été de 70% dans une activité adaptée et elle était de 50% dans l'activité d'enseignante.

**i.** Par avis du 14 août 2023, le SMR a suivi les conclusions de l'expert.

**j.** Par projet de décision du 29 septembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Son atteinte à la santé avait entraîné dans toute activité une incapacité de travail de 50% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018. Dans une activité adaptée respectant strictement ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible était de 70%, sans baisse de rendement, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018.

Son taux d'invalidité était de 30%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

**k.** Le 27 octobre 2023, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, faisant valoir qu'elle ne pouvait pas dépasser le taux de 50%, car malgré ses efforts. Elle avait commencé en juillet précédent un stage à l'Hospice pour se confronter à des semaines régulières à 50% et elle avait déjà eu trois arrêts de travail.

Elle n'avait jamais cessé de travailler sauf pendant certaines périodes difficiles durant ses études. Elle souhaitait être utile à la société et avait demandé des mesures. Il lui était difficile de continuer à travailler pour B\_\_\_\_\_ en raison de sa difficulté à rester immobile sans rien faire pendant des heures. Avec tous ses diplômes et ses connaissances, elle ne pouvait se résoudre à un travail où elle ne faisait rien et n'utilisait pas ses neurones. Tous les problèmes liés au TDAH, aux angoisses et aux relations sociales étaient des freins qui la rendaient dépressive. Elle avait besoin d'être dans un environnement où elle se sentait en sécurité et non jugée.

Elle était depuis quelques temps suivie par la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, pour ses migraines, qui pouvaient être très violentes si elles n'étaient pas bien traitées.

Le Dr G\_\_\_\_\_ la suivait depuis quelques mois. Une suspicion du syndrome d'Ehlers Danlos pourrait expliquer ses symptômes. Sa mère avait été convoquée par ce médecin pour qu'il l'examine afin d'avancer dans le diagnostic. Il lui avait également prescrit des semelles orthopédiques, qu'elle n'avait pas pu se procurer, car cela n'était pas pris en charge par son assurance-maladie de base.

F\_\_\_\_\_ la soutenait dans ses tâches quotidiennes, qu'elle avait du mal à accomplir parfois seule.

**l.** L'assurée a produit un rapport établi le 27 octobre 2023 par F\_\_\_\_\_, qui indiquait que depuis que l'assurée avait débuté son stage à l'Hospice à 50%, elle avait remarqué une nette diminution de son état de santé et de ses performances. Elle était davantage désorganisée et de plus en plus en fatiguée. Elle n'arrivait pas non plus à prendre soin de sa santé, ni de son appartement, qui était de plus en plus encombré. Elle ne se reposait plus de manière efficace et oubliait ses médicaments ainsi que ses rendez-vous médicaux. Elle avait enchainé plusieurs arrêts de travail ces dernières semaines. Ses limitations de santé étaient trop importantes pour maintenir le rythme actuel.

**m.** L'assurée a également produit un rapport de son assistante sociale à l'Hospice du 19 octobre 2023, laquelle indiquait l'accompagner dans ses démarches de réinsertion socio-professionnelle depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018. En juillet 2019, elle l'avait inscrite à un stage d'évaluation sur quatre semaines à 100%. Après la première semaine, l'assurée avait développé un trouble anxieux et avait dû poursuivre le stage à 50%. Les freins observés étaient le trouble de l'attention, les crises d'angoisse, de la panique et de la fatigue. En décembre 2019, l'assurée avait été inscrite à l'agence de placement D\_\_\_\_\_ de l'Hospice, qui avait observé chez elle une fragilité pouvant entraîner un handicap réel sur le marché de l'emploi.

L'assurée avait pu signer un contrat pour des missions sur appel pour B\_\_\_\_\_. Pendant les deux ans qu'avait duré ce contrat (de 2021 à août 2023), l'assistante sociale avait pu constater une diminution progressive des capacités de l'assurée. Malgré sa motivation et sa bonne volonté, son taux de travail avait passé de 80% à seulement quelques heures entre janvier et août 2023. Du point de vue l'assistance sociale, les problèmes de l'assurée étaient envahissants et ils ne lui permettaient pas de tenir une activité sur la durée à un taux supérieur à 50%.

**n.** Dans un rapport du 29 novembre 2023 adressé à l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait valoir que le cas de l'assurée devait faire l'objet d'une analyse plus large que seulement psychiatrique et a émis de critiques sur l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_.

**o.** Par avis du 4 décembre 2023, le SMR a persisté dans ses précédentes conclusions.

**p.** Par décision du 4 décembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision, estimant qu'aucun élément médical objectif permettant de modifier son appréciation n'avait été apporté par l'assurée et que son médecin traitant faisait une évaluation différente d'un même état de fait.

**B. a.** Le 19 janvier 2024, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan neuropsychologique.

**b.** Le 19 février 2024, la recourante a contesté la valeur probante l'expertise psychiatrique mise en œuvre par l'intimé.

**c.** Le 19 mars 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

**d.** Le 9 avril 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

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

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

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Celle-ci fait valoir que sa capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée et elle conteste la valeur probante de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_.

4.

**4.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations a été déposée en août 2021 et la recourante a été durablement incapable de travailler dès mars 2018, de sorte que son éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI) et que les dispositions applicables sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4.2** 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

**4.3** 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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 28), car 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, 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).

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.

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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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 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 le plus tôt possible par 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 asséculologique 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.

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 desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

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).

**4.4** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut

encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il

incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

## 5.

**5.1** En l'espèce, la chambre de céans retient que l'expert H\_\_\_\_\_ a pu minimiser l'effet du diagnostic de TDAH, dont il ne discute par les spécificités, alors que le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste dans ce domaine, estimait, le 14 janvier 2022, que malgré une prise en soins médicamenteuse, ce diagnostic restait mal compensé et que la recourante présentait toujours des troubles exécutifs majeurs, notamment sous la forme d'un déficit sévère dans sa capacité d'initiation des activités. Le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas commenté les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_, ni pris contact avec lui.

À teneur du rapport établi par le Dr E\_\_\_\_\_ le 29 novembre 2023, il était possible que le Dr H\_\_\_\_\_ ait minimisé l'atteinte de la recourante, car cette dernière avait pu masquer son handicap, ce d'autant plus qu'elle avait de bonnes capacités intellectuelles.

Selon le Dr E\_\_\_\_\_ plusieurs éléments parlaient très clairement pour des limitations fonctionnelles importantes. Le parcours professionnel de la recourante était très décousu, marqué par de nombreux arrêts maladie, absentéisme, retards, non-renouvellements de poste, échecs académiques, entre autres. Elle s'occupait de la gestion du quotidien avec difficulté et avec l'aide d'une ergothérapeute. Elle gérait avec peine ses affaires administratives et la tenue du ménage était très compliquée. Les limitations sur le plan professionnel étaient cognitives, exécutives, émotionnelles et comportementales et interpersonnelles. Elles touchaient à l'autonomie, l'énergie et la motivation. Un bilan neuropsychologique aurait permis d'évaluer avec plus de précision les domaines de difficulté précis de l'assurée. Enfin, l'expert s'appuyait uniquement sur les matrices de Raven 1938, ce qui pouvait sérieusement générer critique, car il n'était pas utilisé par les spécialistes du domaine.

Dans son rapport du 29 novembre 2023, le Dr E\_\_\_\_\_ a encore fait valoir que le cas de la recourante devait faire l'objet d'une évaluation globale et pas seulement psychiatrique, dès lors qu'elle avait de nombreuses pathologies somatiques qui avaient elles-mêmes un impact cognitif. Une évaluation du SED devait encore être complétée et la limitation fonctionnelle évaluée. Ce diagnostic était caractérisé par une hypermobilité articulaire, une fragilité cutanée, et il pouvait entraîner un dysautonomie, condition qui perturbait le fonctionnement du système nerveux autonome et générait des symptômes psychiatriques. Ces symptômes, associés à

une asthénie marquée, créaient un tableau clinique qui se recoupait fréquemment avec celui du TDAH, rendant l'évaluation de la capacité de travail particulièrement complexe. Il était donc impératif de prendre en considération l'impact du SED dans l'appréciation des limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, il existait des formes atténuées (CIM 1 Q79.6) qui pouvaient générer des symptômes similaires. À cela s'ajoutaient d'autres diagnostics, qui pris isolément pouvaient engendrer des limitations fonctionnelles légères, mais qui s'ajoutaient au tableau global, à savoir le SAS, les migraines et les effets secondaires de traitements (Saxenda), dont il fallait tenir compte pour évaluer la capacité de travail de la recourante.

Les critiques du Dr E\_\_\_\_\_ remettent sérieusement en cause la valeur probante des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_.

La chambre de céans relève en outre que le Dr H\_\_\_\_\_ a examiné les critères de gravité uniquement en lien avec le diagnostic de trouble dépressif, mais pas en lien avec le TDAH.

Le rapport établi le 11 septembre 2020 par l'agence D\_\_\_\_\_ atteste que la recourante avait un blocage qui l'empêchait d'avancer dans sa recherche d'emploi, ce qui confirme les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ en lien avec les conséquences du diagnostic de TDAH.

Corroborer également ses conclusions, le rapport établi le 27 octobre 2023 par F\_\_\_\_\_, qui indiquait que depuis que la recourante avait débuté son stage à l'Hospice à 50%, elle avait remarqué une nette diminution de son état de santé, ainsi que de ses performances. La recourante était davantage désorganisée et de plus en plus en fatiguée. Elle n'arrivait pas non plus à prendre soin de sa santé, ni de son appartement, qui était de plus en plus encombré. Elle ne se reposait plus de manière efficace et oubliait ses médicaments ainsi que ses rendez-vous médicaux. Elle avait enchaîné plusieurs arrêts de travail ces dernières semaines. De son point de vue, les limitations de santé de l'assurée étaient trop importantes pour qu'elle puisse maintenir le rythme actuel.

Le rapport établi le 19 octobre 2023 par l'assistante sociale de la recourante de l'Hospice confirme également les difficultés de la recourante et relativise le rapport très favorable établi par PRO le 12 juillet 2019, dans la mesure il en ressort que la recourante n'avait pas été capable d'assumer ce stage à plein temps, mais seulement à 50%.

**5.2** En conclusion, la chambre retient que l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il se justifie en conséquence de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante. Il n'apparaît pas nécessaire à ce stade de faire procéder à une expertise bidisciplinaire, mais il sera demandé à l'expert psychiatre de procéder à une approche globale du cas de la recourante, en prenant en compte en particulier ses atteintes somatiques dans le cadre de l'évaluation de ses ressources.

L'expertise qui sera confiée au docteur J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, \_\_\_\_\_.

**5.3** Par courrier du 4 novembre 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.

**5.4** Le 18 novembre 2024, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert ni de question complémentaire à poser.

**5.5** Par courrier du 25 novembre 2024, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a indiqué cependant que si la chambre de céans persistait dans son intention d'effectuer un tel acte d'instruction, il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert ni de question complémentaire à poser.

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de la recourante.
- II. Commet à ces fins le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
- III. 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 entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
  - D) si nécessaire, ordonner d'autres examens, **notamment un examen neuro-psychologique.**
- IV. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
  2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
  3. Décrire une journée habituelle de la recourante.
  4. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
  5. 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) :

    - 5.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;
    - 5.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;
    - 5.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
    - 5.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
    - 5.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?
    - 5.6 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) ?

5.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

6.1 Dans l'activité habituelle,

6.2 Dans une activité adaptée.

6.3 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).

6.4 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. Traitement

7.1 Effectuer un dosage des médicaments psychotropes afin d'évaluer la compliance/efficacité thérapeutique.

7.2 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

7.3 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance

7.4 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

7.5 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

7.6 Nécessitent-ils un traitement neuroleptique ?

7.7 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 ou à une autre raison ?

8. Ressources

8.1 De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

- 8.2 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 ?
- 8.3 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) ?
- 8.4 Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
- 8.5 Les atteintes somatiques de la recourante ont-elles un impact sur ses ressources ?
9. Capacité de travail
- 9.1 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.
- 9.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.
- 9.3 Évaluer 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.
- 9.4 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.5 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 ?
- 9.6 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.
- 9.7 Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ?
10. Appréciation d'avis médicaux du dossier
- 10.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 juillet 2023 ? pour quels motifs ?
- 10.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 14 janvier 2022, 22 juin 2022 et 29 novembre 2023, ? pour quels motifs ?

11. Faire toute remarque utile et proposition utile.
- V. Invite l'expert à déposer, **dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- VI. Réserve le fond ainsi que 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