

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/87/2023

ATAS/995/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 décembre 2024**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique  
STOLLER-FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

## EN FAIT

A. a. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1988, a déposé une demande de prestations invalidité, reçue en date du 20 mars 2018 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Elle a indiqué qu'elle souffrait de troubles psychiques depuis 2006, ainsi que de lombalgies occasionnelles depuis 2012.

b. À teneur d'un rapport de bilan rédigé par le service des spécialités psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), daté du 11 février 2015 et rédigé par la docteure B\_\_\_\_\_, une évaluation diagnostique et un avis sur le traitement avaient été effectués, dont il ressortait : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger ; une personnalité émotionnellement labile, type *borderline* ; des troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool ainsi qu'à l'utilisation du cannabis et un syndrome de dépendance, utilisation épisodique. Une prise en charge par un psychiatre privé était conseillée, ainsi qu'une augmentation de la dose de l'antidépresseur Fluctine, passant de 20 mg à 60 mg par jour.

Selon une lettre de sortie, datée du 24 janvier 2017, signée par la docteure C\_\_\_\_\_, médecin adjointe auprès de la clinique D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée avait été admise dans le cadre d'un sevrage d'alcool et d'un travail sur l'abstinence, pour un premier séjour volontaire, du 29 novembre 2016 au 3 janvier 2017. Le médecin avait posé le diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2), avec comme comorbidités : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9).

Le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a transmis à l'OAI son rapport médical du 10 avril 2018 diagnostiquant : des troubles mixtes de la personnalité, principalement émotionnellement labile et anxieuse ; un TDAH probable ; un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission et une dépendance à l'alcool ainsi qu'au cannabis. Le médecin précisait que le débordement émotionnel était fluctuant, ainsi que l'anxiété, allant jusqu'à l'incapacité, pour la patiente, de sortir de chez elle. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, le psychiatre avait du mal à répondre à cette question car la patiente n'était plus en activité depuis plusieurs années. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : difficultés relationnelles importantes ; anxiété fluctuante pouvant aller jusqu'à l'incapacité de sortir de chez elle ; pas de résistance au moindre stress. L'assurée semblait respecter la prise de médicaments et le médecin précisait que la dépendance aux toxiques était une conséquence des troubles mixtes de la personnalité qui s'était installée, en raison des difficultés relationnelles.

c. Le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a rédigé un avis médical daté du 7 novembre 2018 et a résumé les troubles psychiques de l'assurée, reprenant la conclusion du Dr E\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assurée était actuellement abstinente à l'alcool et au cannabis et que son état psychique actuel était stable. Le SMR proposait d'évaluer les capacités actuelles de l'assurée par le biais d'un stage. Par note de travail du 18 mars 2019, le gestionnaire de l'OAI a mentionné un entretien téléphonique avec le Dr E\_\_\_\_\_, dont il ressortait que ce dernier avait des doutes importants quant aux possibilités de réinsertion de l'assurée, étant donné ses difficultés sur le long terme, en lien avec un trouble dépressif récurrent, une personnalité émotionnellement labile de type *borderline* ainsi qu'un trouble anxieux et des phobies l'empêchant souvent de sortir de chez elle. Il avait mentionné que l'assurée avait mis en place, par elle-même, un stage en crèche mais qui avait été un échec, malgré sa bonne volonté et la bienveillance de l'encadrement ; il précisait qu'il avait trouvé sa patiente plus stable psychologiquement depuis qu'elle n'était plus en activité, mais validait tout de même la possibilité de mettre en place des mesures de réadaptation, en espérant qu'avec un encadrement institutionnel adéquat, l'assurée pourrait progresser.

d. À la suite d'un stage de menuiserie auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), le gestionnaire de l'OAI a rédigé une note de travail du 21 octobre 2019 dont il ressortait que, dans le cadre de l'entraînement à l'endurance débuté le 16 septembre 2019 auprès des EPI, l'assurée était très contente dans l'atelier de menuiserie et les retours étaient très bons. Selon le représentant des EPI, l'assurée avait des difficultés de présence de manière régulière, mais avait un très bon rendement et prenait toujours soin d'avertir de ses absences ; il était prévu d'augmenter le stage à trois demi-journées par semaine. Par e-mail du 5 février 2020, Monsieur F\_\_\_\_\_, des EPI, a informé l'OAI du bilan de l'assurée pour la période allant du 16 septembre 2019 au 7 février 2020. En résumé, le pourcentage de présence de l'assurée était de 38% et il n'avait pas été possible d'augmenter le temps de travail sur la longueur. Selon le rapport des EPI du 24 mars 2020, l'assurée n'avait pas eu l'énergie et les ressources nécessaires pour essayer de venir régulièrement travailler et avait été très souvent absente. En revanche, elle avait une très bonne dextérité, un bon sens du contrôle et de la qualité et comprenait vite et bien les consignes ; elle s'était, de surcroît, très bien intégrée dans l'atelier et avait su se créer des liens d'amitié. Il était proposé de mettre fin au stage car l'assurée ne pouvait pas être réadaptée actuellement, pour des raisons liées à son état de santé psychique et n'était pas encore prête pour rejoindre l'économie ordinaire.

e. Suite à la fin des mesures de réadaptation, le SMR a demandé au Dr E\_\_\_\_\_ de réactualiser son rapport médical et de décrire l'évolution des troubles psychiques depuis son dernier rapport de 2018. Le psychiatre a répondu, par courrier du 8 février 2021, mentionnant que l'assurée était moins anxieuse avec une thymie moins fluctuante que par le passé, mais avait toujours des difficultés à

sortir de chez elle et n'arrivait pas à affronter les relations humaines, même avec des amis qu'elle connaissait de longue date. Elle avait de la peine à maintenir un rythme de vie et devait faire des efforts énormes pour structurer ses journées et s'organiser. Le médecin précisait que l'assurée était totalement abstinent et réévaluait son diagnostic avec un syndrome d'Asperger à confirmer (F84.5), des troubles mixtes de la personnalité (F61), un TDAH (F90.0) et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Elle venait régulièrement aux séances de psychothérapie, à raison d'une fois par semaine, était collaborante mais restait très fragile dès qu'elle devait affronter un rythme ou un engagement. Elle prenait un antidépresseur, Venlafaxine, à raison de 150 mg par jour, mais selon le médecin, elle n'avait aucune capacité de travail, même dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, qui étaient trop importantes, tant du point de vue relationnel que structurel, pour pouvoir tenir le rythme, l'engagement et les pressions d'une activité professionnelle.

**f.** Par avis médical du 19 mars 2021, le SMR a recommandé qu'une expertise psychiatrique soit réalisée ; elle a été confiée au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**g.** Dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2021, le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de : troubles dépressifs récurrents moyens, avec syndrome somatique, de mai 2019 jusqu'à présent (F33.11) ; trouble panique de mai 2019 jusqu'à présent, avec attaques de panique hebdomadaires (F41.0) et trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, de novembre 2016 à avril 2019 (F33.2). Il avait observé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives de l'assurée et les constats objectifs et concluait à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, sans baisse de rendement, depuis mai 2019 jusqu'à présent. Pour la période allant de novembre 2016 à avril 2019, la capacité de travail était nulle. Selon l'expert, la dernière activité était adaptée et elle pouvait être exercée à 50% sans baisse de rendement, avec une possibilité d'augmenter cette capacité de travail après mise en place d'un traitement antidépresseur, avec une posologie supérieure, tout en mentionnant que l'assurée était ambivalente pour une reprise de travail à 100%. Les limitations fonctionnelles étaient objectivables, mais modérées depuis mai 2019 et la gravité des troubles était modérée, en tenant compte de la journée-type décrite et des activités encore possibles.

**h.** Dans son rapport du 20 juillet 2021, le SMR a résumé les conclusions de l'expert et a proposé de retenir une incapacité de travail durable de 100% dès le mois de novembre 2016 et de 50% dès le mois de mai 2019, soit dans l'activité habituelle d'auxiliaire à la centrale d'alarme, soit dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles mentionnées étaient : un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles modérés de la concentration et une intolérance à la frustration. Il était encore suggéré de procéder à une révision, une année après le prononcé de la décision de l'OAI.

- B.**
- a.** Par projet d'acceptation de rente du 29 juillet 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il reconnaissait le droit de cette dernière à une rente entière, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018, puis le droit à une demi-rente, dès le 1<sup>er</sup> août 2019, étant précisé que la demande de prestations était tardive (mars 2018) et que la rente ne pouvait donc être versée qu'à partir du mois de septembre 2018.
  - b.** Par courrier du 13 septembre 2021, l'assurée a demandé une copie complète de son dossier ainsi qu'une prolongation du délai pour pouvoir faire valoir d'éventuelles objections. Par courrier du 26 septembre 2021, l'assurée a confirmé sa contestation du projet de décision de l'OAI, s'opposant à certaines conclusions de l'expert psychiatre, notamment quant à la posologie d'antidépresseurs et quant à la description d'une journée-type. Elle concluait qu'elle ne disposait pas d'une capacité de travail de 50% car, même si ses symptômes dépressifs étaient relativement stables et moyens, son humeur et ses troubles anxieux étaient si variables qu'aucun employeur ne pourrait composer avec de tels troubles, ce qui avait d'ailleurs été démontré lors de son stage aux EPI. Elle joignait à son opposition une évaluation psychologique effectuée par le département de psychiatrie des HUG, en date du 23 août 2021, qui ne se prononçait pas sur sa capacité de travail mais confirmait, dans les grandes lignes, un trouble anxieux dépressif, avec une anxiété sociale et des traits de personnalité schizoïde *borderline* évitant, ainsi qu'un trouble de l'attention, hyperactivité TDAH non confirmé durant l'enfance, qui restait à spécifier.
  - c.** À la demande de l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical du 20 juin 2022 dans lequel il a confirmé ses précédents diagnostics posés dans son rapport du 8 février 2021 et a mentionné que l'assurée se rendait régulièrement à ses consultations. Dans les grandes lignes, il a, à nouveau, décrit les difficultés au quotidien de l'assurée, notamment son appréhension, sa tendance à procrastiner et les difficultés à organiser et planifier ses tâches du quotidien. Il a conclu qu'en raison de ses graves troubles de personnalité *borderline* et anxieuse, ainsi que son TDAH, l'assurée n'était pas en mesure d'exercer la moindre activité professionnelle. Il a encore précisé le traitement antidépresseur de Wellbutrin, à raison de 150 mg par jour, pour lequel l'assurée était compliant.
  - d.** Par avis médical du 12 septembre 2022, le SMR a confirmé les conclusions de son précédent rapport du 20 juillet 2021.
  - e.** Par décision du 15 novembre 2022, l'OAI a confirmé le projet de décision du 29 juillet 2021 octroyant une rente entière d'invalidité, du 1<sup>er</sup> septembre 2018 jusqu'au 31 juillet 2019, puis fixant le droit à une demi-rente d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> août 2019.
- C.**
- a.** Par acte de son mandataire, déposé le 11 janvier 2023, l'assurée a recouru contre la décision du 15 novembre 2022 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant préalablement à ce qu'une comparution personnelle et une audition

du Dr E\_\_\_\_\_ soient ordonnées, ainsi qu'une expertise. Au fond, la recourante concluait à l'annulation de la « décision de refus d'entrée en matière » du 15 novembre 2022 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018, sous suite de frais et dépens. Les conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ étaient contestées, notamment la conclusion selon laquelle ses troubles de la personnalité n'avaient pas empêché d'exercer un travail, sans limitation, par le passé et la description très lacunaire d'une journée-type, qui avait totalement éludé les difficultés qu'elle rencontrait au quotidien. L'OAI n'avait pas suffisamment pris en compte l'ampleur des troubles de la personnalité mixtes et très handicapants dont elle souffrait et qui avaient été largement décrits par le Dr E\_\_\_\_\_.

**b.** Par réponse du 7 février 2023, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours pour tardiveté, subsidiairement à son rejet, en considérant que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ était probante et devait être retenue, quand bien même le médecin traitant de la recourante faisait une appréciation différente.

**c.** Par réplique de son mandataire du 28 février 2023, la recourante a rappelé que l'intimé avait été incapable de démontrer à quelle date la décision querellée avait été notifiée, ce dont il découlait que le recours n'était pas tardif. Sur le fond, la recourante a persisté dans ses conclusions.

**d.** Par courrier du 5 octobre 2023, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait d'ordonner une expertise psychiatrique et a proposé le nom d'un psychiatre.

**e.** Par courrier du 9 octobre 2023, l'OAI a considéré qu'une expertise n'était pas nécessaire mais n'a fait valoir aucun motif de récusation.

**f.** Par courrier du 19 octobre 2023, la recourante a mis en doute les compétences du médecin proposé, ce qui a conduit la chambre de céans à proposer un autre expert, soit le professeur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'endroit duquel les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation.

**g.** Un projet de mission d'expertise a été soumis aux parties, par courrier du 10 novembre 2023. Ces dernières ont proposé des modifications, qui ont été reprises par la chambre de céans.

**h.** Le Prof. H\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise en date du 15 juillet 2024.

Il a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type *borderline*, de sévérité moyenne (F 60.31 pour la CIM-10), dès 18 ans, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) dès 18 ans. Il n'y avait pas d'exagération des symptômes, ni de phénomène de majoration des plaintes et l'assurée était considérée comme authentique dans l'expression de sa détresse, sans aucune tendance à un comportement démonstratif. Les limitations fonctionnelles dues aux troubles *borderline* étaient : une vulnérabilité au stress,

une intolérance aux contraintes et à la critique, des relations interpersonnelles conflictuelles ou décevantes avec tendance au repli et fluctuations de l'humeur, sans facteur exogène impliquant un absentéisme accru. Les limitations fonctionnelles dues au trouble dépressif récurrent accentuaient la tendance au repli, pendant les phases de baisse de l'humeur et impliquaient un fort sentiment de dévalorisation et d'inaptitude, ainsi que des ruminations anxieuses de grande amplitude, avec crainte de l'échec. Selon l'expert, ladite régulation émotionnelle caractéristique de son trouble de l'attention pouvait contribuer à ses limitations fonctionnelles mais son rôle restait marginal en comparaison de l'apport des deux autres pathologies.

Les ressources psychiques de l'expertisée étaient limitées par le trouble *borderline* et la récurrence dépressive. Ses capacités étaient gravement altérées sur le plan interpersonnel, ainsi que pour la résistance au stress et la capacité à prendre de la distance par rapport à son vécu émotionnel. En revanche, le bilan neuropsychologique effectué par la psychologue, spécialiste en psychothérapie FSP, Madame I\_\_\_\_\_, montrait une très bonne préservation de ses aptitudes cognitives, à l'exception de celles attentionnelles, mais dont l'atteinte restait légère. Sur le plan social, l'assurée bénéficiait d'un tissu amical étoffé, mais les liens familiaux étaient plus complexes car ceux avec la mère avaient été interrompus de longue date et les rapports avec le père étaient présents et soutenant, mais avec peu d'échange sur un plan émotionnel. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, elle était nulle depuis juillet 2017. Il n'y avait eu aucune évolution notable et ceci malgré le suivi psychiatrique de bonne qualité. Il en était de même de l'éventuelle capacité d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui était également nulle car la gravité du trouble *borderline* et la récurrence des épisodes dépressifs ne permettaient pas d'envisager une intégration en économie libre. À titre d'exemple, l'entraînement à l'endurance aux EPI, pourtant peu exigeant, avait également échoué en mars 2020. Le pronostic était mauvais en termes de reprise d'une activité lucrative en économie libre et des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables.

**i.** Par courrier du 2 septembre 2024, l'OAI, suivant le préavis de son SMR, a considéré que les conclusions de l'expertise judiciaire ne pouvaient pas être suivies car l'analyse des indicateurs était notamment incomplète. Il manquait la description d'une journée-type, ce qui ne permettait pas d'évaluer s'il existait des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives.

**j.** Par courrier de son conseil du 9 septembre 2024, la recourante a considéré que le rapport d'expertise était bien documenté, parfaitement clair et déployait une pleine valeur probante, ce qui devait amener l'OAI à lui octroyer une rente entière d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2018.

**k.** La chambre de céans a appointé une audience en date du 3 octobre 2024, lors de laquelle l'expert H\_\_\_\_\_ a été entendu.

Par rapport aux griefs figurant dans le préavis du SMR du 19 août 2024, en p. 2, il a précisé que lorsqu'il avait vu l'expertisée, elle était dans une situation thymique stable, avec un état dépressif considéré comme étant de sévérité légère. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, il fallait préciser que c'était au niveau du trouble *borderline* qu'il y avait des particularités car, en dehors des épisodes dépressifs, le trouble *borderline* pouvait avoir peu d'influence sur la vie quotidienne de la personne, dont la journée-type ressemblait à celle d'une personne lambda (vie personnelle, sociale, affective). En revanche, lorsque la personne qui souffrait de troubles *borderline* était confrontée au monde du travail, c'est là que les limitations fonctionnelles allaient avoir un effet sur ses relations. Il fallait garder à l'esprit que dans le monde du travail, il existait des risques de conflictualisation, des nécessités de gérer les contraintes, les frustrations et le stress. À la lecture du dossier, l'expert avait constaté que l'expérience en milieu adapté, qui diminuait l'exposition de l'assurée au stress, n'avait pas été concluante, raison pour laquelle il estimait que si elle était confrontée à un travail en économie libre, elle prenait un risque de nouvelle décompensation avec un retour des éléments dépressifs, ce qui allait péjorer la situation et ce qui, à son sens et en se fondant sur son expérience, n'en valait pas la peine. Il était important de préciser que, dans le cas de l'assurée et même d'une façon plus générale, le fait qu'elle pouvait faire son ménage, aller au théâtre et avoir des activités quotidiennes ne préjugait en rien ce qui pouvait se passer dans un cadre professionnel où les réactions étaient tout à fait différentes. Il y avait également un autre indicateur dans ce dossier, c'était la qualité de la vie affective de l'assurée car on avait pu voir qu'elle avait une vie affective instable, qui témoignait de la fragilité des liens.

**l.** Par observations du 14 octobre 2024, l'OAI a persisté intégralement dans ses conclusions et s'est rallié à l'appréciation du SMR du même jour, jointe en annexe, selon laquelle il fallait obtenir une description de la journée-type de l'assurée, comme l'avait fait le Dr G\_\_\_\_\_. Le SMR s'étonnait du fait que les limitations fonctionnelles n'étaient pas homogènes ; pour ces raisons, il maintenait sa précédente appréciation du 19 août 2024.

**m.** Par courrier de son mandataire du 29 octobre 2024, l'assurée a réagi aux observations de l'OAI du 14 octobre 2024 et a persisté intégralement dans ses conclusions.

**n.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

**o.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « En droit » du présent arrêt.



## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Il sied d'examiner préalablement la recevabilité du recours, dès lors que l'intimé fait valoir la tardiveté de ce dernier.

La décision querellée porte la date du 15 novembre 2022, elle a été notifiée sous pli simple, de telle manière qu'il n'est pas possible de déterminer avec précision le moment où elle a été notifiée à l'assurée.

S'y ajoute le fait que l'assurée est représentée par un avocat qui s'est constitué après que le projet de décision a été rendu et a informé l'OAI de sa constitution avec élection de domicile, par pli recommandé du 14 octobre 2021.

Il s'ensuit que la décision querellée devait être notifiée à l'avocat de l'assurée, suite à sa constitution de domicile ; ladite constitution n'a pas été respectée par l'intimé lorsqu'il a notifié la décision du 15 novembre 2022 directement à l'assurée.

Cette violation de l'élection de domicile constitue une notification irrégulière d'une décision, qui ne doit pas entraîner un préjudice pour l'assurée, conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA.

De surcroît, l'intimé supporte le fardeau de la preuve de la date de notification de la décision ; en l'état, l'OAI est incapable de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sa décision a été notifiée à une date qui rendrait tardif le recours.

Partant, la chambre de céans considère que le recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), et qu'il est recevable.

### **2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 15 novembre 2022 dans la mesure où l'OAI réduit la rente entière de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> août 2019.

**3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable 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 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée se fonde sur un complexe de faits antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

**3.2** 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. 28 al. 2 LAI).

**4.**

**4.1** 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 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**4.2** Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

**4.3** L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

**4.4** Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

**4.5** Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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).

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. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents 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. 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106

consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C\_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

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

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

## 3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (*cf.* ATF 141 V 281 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 prise 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).

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).

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

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 : auto-perception 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). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

**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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée

est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

## II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

### 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

**4.6** 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).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

**4.7** Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPG (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).



**5.**

**5.1** 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

**5.2** 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 LPG), 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

**5.3** Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

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

**5.4** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

**5.5** 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**5.6** 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 ; 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).

**5.7** 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).

## 6.

**6.1** Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés

à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

**6.2** Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, *etc.*), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, *etc.*), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

**6.3** En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un

---

médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (*cf.* ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

7. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

## 8.

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

**8.2** 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 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).

## 9.

En l'espèce, la recourante considère que sa capacité de travail est nulle dans toute activité et se fonde sur l'appréciation de son psychiatre traitant ainsi que sur celle de l'expert judiciaire, le Prof. H\_\_\_\_\_.

L'OAI, de son côté, se fonde sur l'expertise administrative du Dr G\_\_\_\_\_ et sur l'appréciation de son SMR pour considérer que l'état de santé de la recourante s'est amélioré et qu'elle dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, depuis mai 2019, ce qui justifie qu'elle n'a plus droit qu'à une demi-rente, à partir du mois d'août 2019.

La chambre de céans a exposé dans son ordonnance d'expertise du 1<sup>er</sup> février 2024 que les appréciations du psychiatre traitant de l'assurée et celles de l'expert psychiatre G\_\_\_\_\_, mandaté par l'OAI, étaient en opposition, raison pour laquelle une expertise psychiatrique judiciaire était nécessaire.

Il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Prof. H\_\_\_\_\_ du 15 juillet 2024.

**9.1** Le rapport de ce psychiatre correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un échange d'emails avec le psychiatre traitant de la recourante. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée, et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée à la suite de trois entretiens, totalisant 310 minutes, complétés par une évaluation neuropsychologique d'une durée de 300 minutes. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et le Prof. H\_\_\_\_\_ a précisé sur quels critères il se fondait en évoquant les diagnostics différentiels. Il a, en outre, exposé de manière convaincante pour quelles raisons il se ralliait aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartait. Ses conclusions sont, elles aussi, claires et motivées.

L'expert a renoncé à décrire une journée-type pour les raisons qu'il a exposées lors de son audition en date du 3 octobre 2024, expliquant que le trouble *borderline* dont souffre l'assurée pouvait avoir peu d'influence sur sa vie quotidienne dont la journée-type ressemblerait à celle d'une personne lambda, et que ce n'était qu'une fois l'assurée confrontée au monde du travail que les limitations fonctionnelles intervenaient.

En p. 10 de son rapport d'expertise, il expose que l'assurée déclare avoir une vie sociale active et un cercle d'amis qu'elle voit régulièrement, mais elle décrit une grande sensibilité au regard des autres et une hypervigilance pour éviter de nouvelles blessures. Dans son quotidien, elle gère l'ensemble des activités de la vie quotidienne en se fixant à faire « une chose par jour ».

Cette insécurité dans les relations interpersonnelles entraîne une anxiété débordante et des changements d'humeur qui sont décrits, sous ch. 3.2 en p.11. En p. 13, l'expert décrit en détail les troubles de la personnalité, notamment une intolérance marquée aux contraintes, une humeur fluctuante, des relations interpersonnelles instables avec des pulsions agressives mal maîtrisées.

Lors de son échange avec son confrère, le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, l'expert a noté que, suite à l'échec dans le programme de réinsertion de l'OAI en 2019, l'assurée avait été envahie par l'anxiété par rapport à son avenir et ne sortait plus de chez elle, ce qui augmentait progressivement son anxiété et la décompensait encore plus sur le plan dépressif. Tout stress du quotidien envahissait l'expertisée sur le plan anxieux et émotionnel, ce qui l'exposait au risque de décompenser, tant du point de vue des symptômes en lien avec son trouble mixte de la personnalité, que de son TDAH et de sa thymie, sur un mode dépressif.

L'expert a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type *borderline*, dès 18 ans, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, dès 18 ans également.

Il a exposé en détail les limitations fonctionnelles, tout en précisant qu'au niveau de la gestion de la vie quotidienne, l'impact de ces dernières restait modeste car l'expertisée était apte à assumer les activités usuelles et administratives. Les atteintes fonctionnelles n'étaient pas homogènes, mais étaient hétérogènes et concernaient l'endurance et la résistance, l'adaptation aux règles, l'intégration dans un groupe et l'affirmation de soi. Lorsqu'elle était exposée au stress ou en lien avec les attentes d'autrui, notamment dans un milieu compétitif, sa vulnérabilité se manifestait.

L'expert a considéré que le traitement prodigué par le Dr E\_\_\_\_\_ était de très bonne qualité et la perception du cas approprié avec des diagnostics qui, dans les grandes lignes, étaient similaires à ceux qu'il retenait dans son rapport d'expertise.

Comparant ses appréciations avec celles du Dr G\_\_\_\_\_ mandaté par l'OAI, l'expert a noté que le trouble *borderline*, qui selon lui représente la source majeure d'invalidité, était décrit comme non invalidant par le Dr G\_\_\_\_\_, ce qui était à l'opposé de ses propres conclusions.

L'expert H\_\_\_\_\_ a notamment été étonné que le Dr G\_\_\_\_\_ puisse considérer un trouble de la personnalité comme non décompensé, en ce sens qu'il s'agissait d'une pathologie franche, selon les classifications internationales et non pas de traits de la personnalité. Les échecs répétés de l'expertisée dans ses activités de formation et d'intégration professionnelle étaient prioritairement en lien avec les éléments de ce trouble de la personnalité et on ne pouvait que s'étonner que le Dr G\_\_\_\_\_ n'ait pas reconnu le trouble de la personnalité *borderline* comme étant invalidant.

En conclusion, l'expert H\_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic était mauvais en termes de reprise d'une activité lucrative en économie libre, que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables et que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le mois de juillet 2017 en raison de la gravité du trouble *borderline* et de la récurrence des épisodes dépressifs, qui ne permettaient pas d'envisager une intégration en économie libre. Cela avait d'ailleurs été démontré lors de l'entraînement à l'endurance aux EPI, pourtant peu exigeant, qui avait échoué en mars 2020.

Lors de son audition, l'expert a pu répondre aux critiques de l'OAI concernant les limitations fonctionnelles non homogènes et s'en est expliqué en détail.

**9.2** En dépit de ce qui précède, le SMR considère que ce sont les appréciations du Dr G\_\_\_\_\_ qui doivent être suivies, notamment en ce qu'il considère comme une discordance significative entre une capacité de travail nulle, alléguée par l'assurée, et la journée-type décrite par cette dernière. Le SMR rejette ainsi les conclusions de l'expert judiciaire quand bien même ce dernier a expliqué en



audience les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles étaient hétérogènes et n'avaient un impact que sur la sphère professionnelle de l'assurée.

Compte tenu du fait que le juge ne s'écarte pas, sans motifs impératifs, des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, et qu'il n'existe pas de motifs de s'écarter du rapport d'expertise, dès lors qu'il ne contient pas de contradictions, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du Prof. H\_\_\_\_\_ présente une pleine valeur probante. Ses appréciations rejoignent celles du médecin traitant E\_\_\_\_\_ et sont en partie confirmées dans l'évaluation psychologique du département de psychiatrie du 23 août 2021 (p. 3, sous « Interactions sociales ») ainsi que par l'échec de l'essai réalisé aux EPI par l'assurée.

Les conclusions du Prof. H\_\_\_\_\_, notamment en ce qui concerne l'existence de limitations fonctionnelles hétérogènes ne touchant que la sphère professionnelle de l'assurée et dont il s'est expliqué en audience, sont convaincantes et la chambre de céans estime établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail de l'assurée est demeurée nulle au-delà du 31 juillet 2019.

Le recours sera donc admis et la décision querellée sera réformée en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2019.

**9.3** La recourante conclut au paiement d'intérêts moratoires de 5%, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2018, sur les arriérés de rente.

Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

De par la loi, le versement d'intérêts moratoires pour les créances de prestations d'assurances sociales est subordonné au respect des trois conditions cumulatives suivantes : le délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, le délai de 12 mois à partir du moment où l'assuré fait valoir son droit, le devoir incombant à l'assuré de collaborer (Sylvie PÉTREMANT, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 31 *ad* art. 26 LPGA).

L'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9 consid. 3.6 ; ATAS/559/2019 du 24 juin 2019 consid. 11a).

Selon l'art. 7 de de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]), le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2).

En l'occurrence, le droit à la rente entière d'invalidité a pris naissance le 1<sup>er</sup> septembre 2018, soit à l'issue du délai de six mois, prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, après le dépôt de la demande de prestations invalidité intervenu en mars 2018.

Par ailleurs, aucun défaut de collaboration ne peut être imputé à la recourante.

La recourante peut donc prétendre à un intérêt moratoire de 5% l'an, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2020, soit dès le premier jour du mois durant lequel le délai de 24 mois, à compter de la naissance du droit, a expiré et ceci sous déduction des éventuels intérêts moratoires qui lui auraient déjà été versés par l'OAI.

**9.4** En ce qui concerne les frais de l'expertise judiciaire, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

Tel n'est pas le cas en l'espèce, l'OAI ayant mandaté un expert en matière psychiatrique, quand bien même ses appréciations divergent de celles de l'expert judiciaire désigné par la chambre de céans.

## **10.**

**10.1** Les frais d'expertise sont laissés à la charge de l'État.

**10.2** La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - RS E 5 10.03]).

**10.3** Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Réforme la décision du 15 novembre 2022 en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2019.
4. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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