

## **GE\_GERICHTE A/4178/2018 vom 21. Dezember 2020**

GE Cour de justice, 2020-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4178\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4178_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/4178/2018 du 21 décembre 2020

IT: GE\_GERICHTE A/4178/2018 del 21 dicembre 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1990, a déposé une annonce de détection précoce le 14 février 2017 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), puis une demande de prestations en date du 8 mars 2017, invoquant une phobie sociale. 2. Dans un rapport du 20 avril 2017, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin au centre C\_\_\_\_\_, et Monsieur D\_\_\_\_\_, psychologue dans ce même centre, ont indiqué à l'OAI que l'assurée les consultait depuis janvier 2013, en premier lieu en raison d'un problème de jeu pathologique, assez vite résolu. Ce trouble semblait très secondaire par rapport à ses autres difficultés psychologiques. L'assurée se décrivait comme méfiante, peu à l'aise avec les autres. Elle avait terminé l'école obligatoire à domicile. Elle faisait partie de la communauté des gens du voyage et vivait dans une caravane. Ses problèmes de jeu avaient créé des tensions familiales et elle avait coupé tout contact avec ses parents. Avec le temps, ses angoisses étaient devenues très handicapantes, elle restait la plupart du temps seule chez elle. Elle était sans formation et elle avait abandonné toute activité professionnelle. Au début de son suivi, elle participait aux marchés aux puces avec sa famille. Les quelques tentatives de stage proposées avaient rapidement échoué du fait de ses angoisses ou de douleurs diverses. L'assurée ne pouvait pas gérer sa situation administrative sans l'aide de son assistante sociale. Outre une phobie sociale évidente, elle souffrait d'agoraphobie, d'hypocondrie et avait des attaques de panique. Il y avait eu des épisodes où elle s'était montrée violente physiquement, perdant le contrôle de son comportement, notamment lors d'une altercation sur la route en tant que passagère. Elle avait peur de ses propres réactions. Elle sortait difficilement de chez elle sans l'accompagnement d'une de ses sœurs, elle ne conduisait plus. Elle avait pris beaucoup de poids ces dernières années. Les troubles anxieux sévères répondaient peu aux approches psychothérapeutiques. Un traitement médicamenteux avait été proposé (Cipralex®, Cymbalta®, Lexotanil®) mais rapidement arrêté par l'assurée, qui ne souhaitait pas de médication régulière. Les actes de violence faisaient craindre une problématique psychotique. 3. Le 2 février 2018, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'une expertise psychiatrique serait confiée au docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et lui a soumis les questions qui seraient posées à ce médecin, en lui impartissant un délai pour les compléter. 4. Le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 17 avril 2018, établi avec le concours de Madame F\_\_\_\_\_, psychologue, après trois entretiens de respectivement deux heures, trois heures et une heure. L'expert a résumé le dossier de l'assurée avant de relater ses plaintes. Elle décrivait spontanément des angoisses intenses, sous forme de crises de

quelques minutes une fois par mois environ. Ces angoisses étaient accompagnées de maux de ventre, de stress, d'un sentiment de mal-être, de peine à respirer et à supporter les petites pièces et de la peur d'être dans la foule. Elle se plaignait aussi d'agoraphobie et elle prenait peu les transports publics. Elle se disait irritable, impulsive et elle s'énervait vite en cas d'angoisses. L'assurée se plaignait également de sa prise de poids depuis plusieurs années. Elle était plus ralentie et tout lui demandait plus d'énergie. La demande à l'OAI avait été faite par son assistante sociale, mais elle n'attendait rien de spécial. Elle se plaignait également du fait que sa psychiatre aurait insisté sur la prise d'un traitement antidépresseur, qu'elle ne voulait pas s'obliger à prendre si c'était « pour toucher CHF 500.- de plus que ce [qu'elle avait] actuellement au social ». Sur question, elle décrivait une fatigue fluctuante en lien avec son obésité et ses angoisses, ainsi que des troubles du sommeil ponctuels (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes occasionnels), avec des troubles de la concentration légers. L'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique sans psychotropes car elle n'aimait pas les médicaments. Elle s'inquiétait pour l'avenir et voulait savoir si elle pourrait s'en sortir, car ses angoisses lui faisaient peur. Elle ne parvenait pas à les contrôler, mais elle gérait ses activités quotidiennes sans aide extérieure. Elle faisait des exercices de sophrologie, elle prenait du Relaxane® ponctuellement et évitait les endroits trop fréquentés (ascenseur, tram, bus). Elle n'avait jamais travaillé. Dans l'anamnèse, l'expert a noté qu'il n'y avait aucun antécédent psychiatrique dans sa famille mais des troubles de la personnalité étaient possibles chez ses parents selon la description qu'en faisait l'assurée. Dans le passé, elle avait présenté une addiction aux jeux de hasard sur internet. C'était dans ce contexte qu'elle avait été suivie par le programme spécifique pour la dépendance aux jeux d'argent du centre C\_\_\_\_\_. Elle indiquait avoir été « guérie au bout d'un an ». Toutefois, comme elle avait accumulé des dettes, elle avait requis des prestations sociales, car elle avait eu des problèmes avec ses parents. Elle avait ensuite tenté un suivi pour ses angoisses auprès d'un médecin vu trois fois en 2017, qui ne lui avait pas convenu. Depuis trois ans, elle voyait régulièrement la Dresse B\_\_\_\_\_, avec toutefois un arrêt du suivi quatre mois plutôt. Depuis le 9 mars 2018, elle était suivie tous les dix jours dans le programme des troubles anxieux par la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui allait peut-être instaurer un traitement médicamenteux. Le Dr E\_\_\_\_\_ a rapporté une mauvaise entente de l'assurée avec son père. Elle avait vécu auparavant une vie assez marginale dans une caravane. Elle n'avait plus parlé à sa mère de 2013 à 2017. Elle décrivait ses soeurs comme étant « top ». L'une d'elles l'avait inscrite à l'aide sociale et l'autre l'avait amenée au Centre C\_\_\_\_\_. Elle avait eu une enfance normale, sans maltraitances, mais avec du caractère et se croyant invincible. Dès l'âge de dix-onze ans, elle avait commencé à avoir peur des maladies. Elle était anxieuse. De 9 à 15 ans, elle avait eu un professeur à domicile. Son assistante sociale lui avait proposé des stages, qu'elle n'avait jamais pu faire car elle paniquait. Elle avait travaillé sur des marchés avec ses parents, activité qualifiée de « cool » mais aussi stressante vis-à-vis de son père. Elle souhaitait s'en sortir pour ensuite pouvoir travailler. Elle se sentirait à l'aise dans la vente, mais pas dans un magasin où elle serait enfermée. Le Dr E\_\_\_\_\_ a également signalé qu'il avait eu une discussion avec la psychiatre de l'assurée. L'assurée disait pouvoir gérer son quotidien sans difficultés, mais ne pas pouvoir travailler à cause de ses attaques de panique. Elle disait occuper ses journées à faire le ménage et les courses, préparer les repas, s'occuper de sa nièce - pendant une heure au plus, après quoi elle devenait irritable -, à ses rendez-vous médicaux, à regarder des films et émissions à la télévision, à lire les actualités sur internet, et à des promenades. Elle mangeait

régulièrement avec sa soeur et voyait occasionnellement deux ou trois amis qui venaient lui rendre visite. Elle suivait actuellement un régime et cuisinait. Elle faisait les courses deux fois par semaine, en se déplaçant avec sa soeur qui l'accompagnait en voiture. Ses activités ménagères lui prenaient deux heures par jour. Elle ne prenait pas les transports en commun. L'expert a indiqué ne pas avoir noté d'incohérence durant les entretiens, en dehors d'un net décalage entre la fréquence rapportée des attaques de panique et l'appréciation subjective de l'assurée, qui considérait qu'elle ne pouvait pas travailler du tout à cause de ses angoisses. Il a constaté un comportement normal de l'assurée durant les entretiens. Il n'y avait ni ralentissement, ni agitation. Une compulsivité était décrite en lien avec la nourriture. Un évitement lié à l'agoraphobie était noté. La mimique et la thymie étaient normales, à l'instar des fonctions cognitives. L'expert ne notait pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée, ni de symptômes anxieux tels qu'attitude anxieuse, transpirations, frottement des mains, ou autres signes physiques. Aucune anhédonie ni tristesse n'étaient objectivées. L'assurée indiquait n'avoir jamais eu confiance en elle, et n'avoir jamais été sûre d'elle. Elle n'éprouvait pas de culpabilité, hormis un regret en lien avec les relations avec ses parents. Elle n'avait pas d'idées de mort, mais souhaitait parfois pouvoir se réveiller « dans trois mois pour voir ce qui s'était passé ». Un examen neurocognitif a révélé que l'assurée était parfaitement éveillée, bien orientée dans l'espace et dans le temps, sans troubles attentionnels, de la concentration ou mnésiques objectivables à l'examen clinique. Les résultats de l'examen psychométrique étaient compatibles avec des capacités intellectuelles et de concentration sous la norme, ce qui était congruent au niveau d'acquisition. L'entretien ne révélait aucun symptôme psychotique dans le présent ou dans le passé, ce que corroborait le dossier asséurologique. Les critères diagnostiques au sens de la CIM-10 n'étaient pas remplis pour un épisode dépressif caractérisé, ni pour une dysthymie. Il n'y avait pas de tristesse présente durant la plupart de la journée. L'assurée faisait état de plaisirs conservés au quotidien. En l'absence d'un ralentissement psychomoteur, le critère de la réduction de l'énergie ou d'augmentation de la fatigabilité n'était pas objectivé. S'agissant des critères mineurs de la dépression, l'assurée décrivait une estime de soi diminuée depuis toujours. Le critère de la culpabilité était absent. La concentration était cliniquement conservée, car l'assurée arrivait à avoir des discussions soutenues nécessitant de la concentration comme lors des entretiens d'expertise. Par ailleurs, elle parvenait à regarder des films, gérait son quotidien sans difficultés, s'occupait des tâches administratives légères et ménagères ainsi que de sa nièce une heure par jour. Elle n'évoquait ni idées noires, ni tentatives de suicide. Elle mentionnait des difficultés d'endormissement ponctuelles, sans réveils nocturnes fréquents. Toutefois, on ne retenait pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne, en l'absence d'une somnolence diurne. L'expert avait également pu exclure des troubles bipolaires. Il confirmait l'existence d'un trouble hyperactif avec déficit d'attention chez l'adulte, existant depuis l'enfance selon l'anamnèse. Il n'y avait pas de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée. Aucun symptôme compatible avec un trouble obsessionnel compulsif n'avait été mis en exergue. Il n'y avait pas de comportement compulsif. L'entretien d'expertise n'avait pas révélé de phobie simple, en dehors d'une agoraphobie, sans état de stress post-traumatique. L'examen psychométrique pour l'anxiété avait mis en évidence un score correspondant à une anxiété mineure du point de vue quantitatif. La présence de troubles anxieux paniques dans le contexte d'une agoraphobie depuis le début de l'âge adulte (F 41) était constatée. On ne trouvait pas de plaintes somatiques sans substrat organique, ce qui permettait d'exclure une somatisation ou un

trouble douloureux somatoforme. S'agissant de la personnalité, l'expert retenait que l'assurée présentait de longue date des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui confirmait un trouble de la personnalité dépendante. Il notait des critères diagnostiques CIM-10 pour un trouble de la personnalité mixte dépendante. Le trouble de la personnalité dépendante se caractérisait chez l'assurée par une crainte d'être abandonnée, un sentiment d'impuissance et une difficulté à faire face à certaines exigences de la vie quotidienne. En effet, elle n'arrivait pas à sortir aussi facilement de chez elle qu'une personne normale et elle entretenait des relations de dépendance avec ses proches. On notait également un manque d'énergie dans le domaine professionnel, avec une tendance à rejeter la responsabilité sur autrui et une difficulté à s'insérer professionnellement. Les critères diagnostiques étaient également remplis pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F 60.30), soit une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles. L'assurée faisait en effet état de plusieurs événements de vie lors desquels elle avait pris des décisions importantes impulsivement : des ruptures sentimentales et ou de liens importants à la suite de frustrations, voire de disputes. Elle relatait plusieurs événements frustrants où un conflit avait entraîné une rupture de lien, en rapport avec une perte de contrôle et avec un débordement émotionnel colérique intense. De plus, elle montrait fréquemment de la colère et de l'impulsivité, parfois même de l'hétéro-agressivité. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile impliquait une instabilité émotionnelle et de l'humeur. Selon l'anamnèse, l'assurée vivait « des hauts et des bas » fréquents non reliés aux contextes, caractérisés par des moments de désespoir ou d'impulsivité. Elle faisait état de certaines idées dommageables dans le passé, sans tentative de suicide et sans idées noires. Ce trouble mixte de la personnalité était actuellement non décompensé. L'existence d'un trouble anxieux permettait d'exclure un trouble de l'adaptation selon la CIM-10. En conclusion, l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais les atteintes suivantes sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée : trouble anxieux panique (F 41/F 40.1) avec des attaques de panique de quelques minutes une fois par mois et agoraphobie depuis plusieurs années ; trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, actuellement non décompensé (F 61) ; et trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance (F 90). Le diagnostic de troubles anxieux avec agoraphobie n'entraînait pas de limitations significatives en lien avec les attaques de panique, trop rares à raison de quelques minutes une fois par mois. En revanche, le trouble de la personnalité mixte, bizarrement non décrit par l'ancienne psychiatre traitante, existant depuis le début de l'âge adulte, avait favorisé l'absence de formation et d'insertion professionnelle de l'assurée, probablement dans un contexte de ressources intellectuelles limitées. Le trouble de l'attention avec hyperactivité existant depuis l'enfance apparaissait comme un épiphénomène. La gravité des troubles était peu importante eu égard à la journée-type de l'assurée et au fait qu'elle gérait son quotidien sans difficultés et sans isolement social significatif. La motivation pour une insertion professionnelle apparaissait comme ambivalente dans un contexte culturel et social particulier. Les chances de réadaptation et de guérison des troubles dépendaient de la mise en place d'un traitement adéquat mais aussi de la motivation de l'assurée. La prise en charge n'était pas adéquate en l'absence de thérapie hebdomadaire ciblant le trouble de la personnalité, et les avantages primaires et secondaires. L'absence de traitement psychotrope était discutable au vu des troubles anxieux. Il n'y avait toutefois pas d'obligation assécurologique pour un traitement pharmacologique, en

l'absence de limitations fonctionnelles significatives. L'expert ne retenait pas d'exagération consciente des plaintes, et la cohérence était bonne. Les limitations fonctionnelles, minimes, ne généraient de restriction dans aucun domaine de la vie et correspondaient aux plaintes subjectives en décalage avec l'auto-appréciation des troubles comme incapacitants à 100 % par l'assurée. La capacité de travail de l'assurée était complète, soit 8.5 heures par jour, sans baisse de rendement. Le pronostic était favorable en l'absence de limitations fonctionnelles significatives. Une activité intellectuelle simple, dans un milieu social idéalement bienveillant, sans stress, ni hiérarchie complexe, serait adaptée. Une aide à l'insertion professionnelle serait la bienvenue chez une assurée dont le trouble mixte de la personnalité compromettrait les chances sur ce plan dans une société compétitive. Il n'y avait pas de changement significatif dans le quotidien de l'assurée depuis l'apparition des attaques de panique quelques années auparavant. L'expert a répété, s'agissant des ressources de l'assurée, que cette dernière parvenait à gérer sa vie sans difficultés, à faire le ménage, à avoir des contacts sociaux, à s'occuper de sa nièce une heure par jour, etc. 5. Dans un avis du 15 mai 2018, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est déterminé sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, qu'il a qualifiée de convaincante. Elle prenait en compte les plaintes de l'assurée et s'appuyait sur un examen clinique approfondi et complété par des examens paracliniques adéquats. De plus, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions étaient claires, motivées et cohérentes. Il n'y avait pas lieu de s'en écarter. 6. Le 20 août 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel sa demande de prestations était rejetée, dès lors qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. 7. Le 26 septembre 2018, la Dresse G\_\_\_\_\_ a adressé un courrier à l'OAI. Elle s'étonnait du projet de décision et du résultat de l'expertise. L'assurée avait été adressée au programme des troubles anxieux des HUG fin février 2018. Un trouble d'anxiété généralisée (F 41.1), une agoraphobie avec trouble panique (F 40.01), un épisode dépressif en rémission (F33) et une suspicion d'un trouble de déficit de l'attention et hyperactivité avaient été mis en évidence. Sur le plan de la personnalité, l'assurée présentait une impulsivité avec une réactivité émotionnelle, mais aucun autre élément qui pourrait justifier le trouble de la personnalité borderline mentionné dans l'expertise ( sic ). Ces éléments pourraient être plutôt expliqués par le trouble du déficit de l'attention et hyperactivité suspecté. Un bilan neuropsychologique avait été demandé afin de confirmer ce diagnostic et éventuellement instaurer une médication. Un traitement pharmacologique et une psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale ciblée sur le trouble d'agoraphobie avec trouble panique avaient été initiés. L'assurée présentait une anxiété importante par rapport à différents thèmes, par exemple la santé ou son avenir, avec une tendance aux scénarios-catastrophes qui prenaient la forme d'une rumination constante, avec pour conséquence une importante difficulté à se détendre. De plus, elle subissait des attaques de panique à une fréquence minimale de trois fois par semaine, avec des symptômes physiques tels que palpitations, sueurs, gêne respiratoire, douleurs thoraciques. Ces attaques se présentaient dans les transports en commun, au supermarché, dans les files d'attente, la foule, l'ascenseur, les grandes salles etc. L'assurée avait une crainte constante d'autres attaques de panique, de mourir, de s'évanouir, de perdre le contrôle et de perdre la raison. L'impact des attaques de panique sur sa vie était très important : l'assurée évitait toutes les situations qui pourraient amener une attaque de panique et elle ne sortait de son domicile qu'accompagnée de sa soeur. Cela amenait aussi un isolement social très important. L'assurée était en outre incapable de structurer un projet professionnel en raison de son

manque d'autonomie, car elle ne pouvait se déplacer seule. Du point de vue pharmacologique, le Cymbalta® avait diminué les ruminations anxieuses, mais le trouble panique et l'agoraphobie persistaient. Parallèlement, la thérapie cognitivo-comportementale avec exposition visait à ce que l'assurée puisse se déplacer seule. Cette thérapie avait déjà commencé, mais l'assurée était toujours accompagnée de sa soeur pour sortir. Elle se montrait très motivée et la compliance était optimale. Sa capacité de travail était nulle. Le pronostic était ouvert. Dans ce contexte, la Dresse G\_\_\_\_\_ sollicitait des mesures de réinsertion pour l'assurée. 8. Un bilan neuropsychologique a été réalisé par Madame I\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie, les 14 et 28 mai 2018. Elle a décrit l'assurée comme très anxieuse en début de séance, car il lui était difficile de venir à l'hôpital et de traverser le service où son grand-père serait décédé, puis plus détendue au fil de la séance et lors du deuxième entretien. La neuropsychologue a rapporté les résultats de son examen et des tests, avant de conclure à une bonne collaboration malgré une forte anxiété initiale et un besoin de soutien pour ne pas abandonner les tâches dans lesquelles elle rencontrait des difficultés ou de la fatigue, à des difficultés exécutives concernant principalement la planification et la flexibilité, à des fluctuations des performances en mémoire épisodique et à des déficits pour les rappels différés de matériel verbal, associés à des résultats-limites en mémoire de travail. Sur le plan attentionnel, la vitesse de traitement était ralentie dans les épreuves non informatisées, avec des scores-limites à l'échelle d'intelligence de Wechsler. Le tableau traduisait au premier plan des difficultés exécutives et attentionnelles (planification, flexibilité, mémoire de travail, vitesse de traitement) et dans une moindre mesure des difficultés mnésiques qui, associées à la symptomatologie anxieuse, interféraient significativement dans le fonctionnement global de l'assurée. Leur impact pouvait être diminué dans une situation structurée et soutenante comme celle de l'examen, mais elles rendaient difficile à envisager une activité professionnelle avec des contraintes de temps et de rendement. 9. Le Dr H\_\_\_\_\_ a pris position sur les nouveaux éléments médicaux dans un avis du 16 octobre 2018. Il a rappelé qu'il avait qualifié l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ de convaincante. La Dresse G\_\_\_\_\_ indiquait que le trouble d'anxiété généralisée était contrôlé par le traitement par Cymbalta®, et l'expert avait considéré que la prise en charge était inadéquate. Il existait en outre un désaccord entre la psychiatre traitante et l'expert sur l'existence d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante. Partant, le SMR considérait que la Dresse G\_\_\_\_\_ faisait une appréciation différente de la capacité de travail en raison d'une évaluation divergente d'éventuelles limitations fonctionnelles, que le Dr E\_\_\_\_\_ ne considérait pas incapacitantes. Les diagnostics retenus étaient sensiblement les mêmes, et le bilan neuropsychologique réalisé par Mme I\_\_\_\_\_ ne mettait en évidence que des difficultés et des fluctuations de performances, mais pas de trouble constitué de façon durable. Partant, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité en rapport avec son niveau de formation et ses capacités intellectuelles et physiques. 10. Par décision du 29 octobre 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet, que les éléments amenés par la psychiatre de l'assurée ne suffisaient pas à modifier. 11. Le 28 novembre 2018, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique et à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à l'annulation de la décision de l'intimé, et à ce que son droit à toutes les prestations de l'assurance-invalidité, incluant une rente et des mesures de réadaptation, soit constaté. Elle a contesté toute valeur probante à l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, dont la Dresse G\_\_\_\_\_ avait expliqué le 26

septembre 2018 pourquoi elle ne pouvait être suivie. Cette expertise ne satisfaisait en outre pas aux critères jurisprudentiels et à la grille d'évaluation normative et structurée des troubles psychiques qu'ils imposaient. 12. Le 1<sup>er</sup> février 2019, la recourante a complété son recours, persistant dans ses conclusions. S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, elle s'est dite surprise de constater que cette expertise avait également été réalisée par une psychologue, alors que le mandat avait été confié au seul psychiatre. Selon les lignes directrices de qualité d'une expertise émises par la Société suisse de psychiatrie-psychothérapie (SSPP), seul un médecin spécialiste en psychiatrie pouvait procéder à une expertise dans ce domaine et c'était uniquement en milieu institutionnel qu'une partie des tâches pouvait être déléguée à un psychologue. En outre, le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ n'était pas complet s'agissant du résumé médical, qu'il aurait dû chercher à compléter en obtenant des éléments supplémentaires auprès du Centre Envol Phoenix. En outre, le Dr E\_\_\_\_\_ ne retranscrivait pas la teneur de son entretien avec la Dresse G\_\_\_\_\_. Les constatations de cet expert étaient erronées, ce que l'audition de la psychiatre de la recourante permettrait d'établir. La recourante souffrait d'une agoraphobie telle qu'elle était incapable de sortir de chez elle seule. Elle ne parvenait en outre pas à gérer ses activités quotidiennes, puisqu'elle ne pouvait sortir seule pour faire les courses, pour une tâche administrative ou pour ses rendez-vous médicaux. Partant, ses critiques sur les diagnostics retenus par le Dr E\_\_\_\_\_ prévalaient. S'agissant du trouble de la personnalité émotionnellement labile, le Dr E\_\_\_\_\_ l'avait fondé sur de nombreux éléments qui n'avaient pas été décrits dans les constatations et dans l'anamnèse. Il n'indiquait pas pourquoi il n'imputait pas l'impulsivité au trouble de déficit de l'attention et hyperactivité. La critique des diagnostics par la Dresse G\_\_\_\_\_, qui avait une large expérience des troubles de l'anxiété et des troubles de l'attention et hyperactivité, remettait en cause la valeur probante de l'expertise. Le Dr E\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas la thérapie cognitivo-comportementale mise en place. Il ignorait ainsi le traitement suivi et se permettait de proposer une modification du traitement médicamenteux. En outre, son rapport ne faisait pas état des aspects neuropsychologiques, aucun examen n'ayant été réalisé à ce sujet, alors que la recourante présentait des difficultés de cet ordre. Les conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_ devaient être suivies, son rapport répondant aux exigences pour se voir reconnaître valeur probante. La recourante a demandé que les Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ soient entendus et confrontés. 13. Dans sa réponse du 4 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que les lignes directrices de la SSPP n'avaient que le caractère de recommandations non contraignantes. L'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ remplissait tous les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante de rapports médicaux, quand bien même il n'avait pas retranscrit son entretien avec la psychiatre de la recourante. Les modalités de conduite de l'expertise étaient en effet laissées au libre arbitre des experts selon la jurisprudence. Le trouble anxieux panique et l'agoraphobie ne remplissaient pas les critères de la CIM-10 pour être considérés comme incapacitants, la recourante ayant signalé des crises d'angoisses de quelques minutes une fois par mois environ. Au vu des déclarations de la recourante sur son quotidien, la gravité des troubles était de moindre importance. Le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ ne pouvait être remis en cause du seul fait que la psychiatre de la recourante avait une opinion contradictoire, à défaut d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. En outre, l'expert avait bien connaissance du traitement suivi par la recourante, et il était fondé à émettre des recommandations. Dans la mesure où il avait exclu un diagnostic psychiatrique

ayant une répercussion sur la capacité de travail, c'était à juste titre que l'intimé avait retenu une pleine capacité de travail dans toute activité. 14. La recourante a répliqué le 21 mars 2019, persistant dans ses conclusions. Elle a affirmé que selon la jurisprudence les lignes directrices de la SSSP consacraient les standards reconnus pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Ses critiques quant au non-respect de ces directives étaient dès lors tout à fait pertinentes. La Dresse G\_\_\_\_\_ avait mis en exergue des éléments objectivement vérifiables que l'expert avait ignorés, tels que les limitations fonctionnelles de la recourante, et elle s'écartait du diagnostic du Dr E\_\_\_\_\_. L'audition de cette spécialiste permettrait d'établir les faits. Il était en outre inexact d'affirmer qu'elle refusait tout traitement pharmacologique, alors qu'elle prenait du Cymbalta®, que sa psychiatre estimait adéquat.

15. Par duplique du 16 avril 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a affirmé que les diagnostics retenus par la psychiatre de la recourante avaient été considérés sans répercussion sur la capacité de travail par l'expert. Ce dernier avait exposé de manière circonstanciée pourquoi il retenait un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante. Le rapport de la psychiatre de la recourante ne contenait aucun status et mentionnait uniquement les plaintes de la recourante. 16. À la demande de la recourante, la Dresse G\_\_\_\_\_ a précisé par courrier du 30 décembre 2019 que son évaluation avait révélé un trouble d'anxiété généralisée (F 41.1), une agoraphobie avec trouble panique (F 40.01) et un épisode dépressif passé. Elle a rappelé les résultats du bilan neuropsychologique. Depuis septembre 2018, la recourante avait présenté temporairement une légère amélioration de sa symptomatologie. Elle avait commencé à sortir seule dans son quartier et avait travaillé sur ses compétences de gestion émotionnelle. Malheureusement, en raison de plusieurs facteurs de stress (démarches face à l'assurance-invalidité, deuil dans la famille et difficultés familiales), elle avait présenté une baisse de la thymie et une péjoration importante de son anxiété. Parallèlement, un obstacle important dans son évolution était l'agoraphobie, qui l'empêchait de sortir seule et rendait nécessaire un accompagnement à ses rendez-vous médicaux. Dans ce contexte, la fréquence des séances était limitée par les obligations des membres de sa famille devant l'accompagner. Un rythme bimensuel avait été mis en place pour ce motif. La Dresse G\_\_\_\_\_ constatait à ce jour une importante anxiété par rapport à différents thèmes (la santé, son avenir, l'évolution de sa thérapie, les difficultés à se déplacer seule) et une tendance aux scénarios-catastrophes sous forme de ruminations constantes. En plus, des attaques de panique survenaient à chaque sortie du domicile avec pour conséquence un important évitement de toutes les situations pouvant déclencher ces attaques. La recourante avait une crainte constante de ces attaques de panique. L'impact de ces troubles était très important, ils entraînaient un important isolement. La recourante éprouvait également des difficultés de gestion émotionnelle. Sa capacité de travail était nulle. Une activité adaptée ne pouvait être envisagée en raison de l'incapacité de la recourante à se déplacer. Une adaptation médicamenteuse était en cours. 17. La chambre de céans a entendu les parties le 20 janvier 2020. La recourante a déclaré qu'elle avait été suivie aux HUG à raison d'une fois toutes les deux semaines jusqu'à trois semaines plus tôt. Elle avait reçu un plan de traitement destiné à vaincre progressivement son anxiété, par des exercices d'exposition progressive consistant dans un premier temps à sortir de chez elle. Parallèlement, elle avait eu un traitement par Cymbalta®. Trois semaines plus tôt, les exercices avaient été interrompus pour permettre une transition avec un complément de traitement par duloxétine et méthylphénidate, dont l'objectif était de diminuer la problématique anxieuse et le trouble de l'attention. Elle n'avait jusque-là jamais pu envisager de nouvelles expériences

professionnelles. Depuis 2013, au moment de la brouille avec ses parents, la symptomatologie s'était installée progressivement. Elle était soutenue par ses soeurs, dont l'une l'avait accompagnée à l'audience. Elle avait parfois envie de ne voir personne. Elle n'avait pas apprécié la façon dont le Dr E\_\_\_\_\_ l'avait reçue. Dans un premier temps, une dame l'avait accueillie dans une petite pièce, dans laquelle elle se sentait angoissée, et lui avait fait notamment dessiner des formes géométriques. L'expert l'y avait laissée pendant environ 45 minutes, elle était seule et très mal à l'aise. Si elle avait effectivement eu trois entretiens avec le Dr E\_\_\_\_\_, elle avait dû le voir en tout et pour tout environ une heure et demie à deux heures. Elle avait eu le sentiment qu'il la prenait de haut. La recourante a confirmé globalement la description par l'expert d'une journée-type, en précisant qu'elle n'allait pas seule faire des courses ou à ses rendez-vous médicaux. Sa situation était pire qu'au moment de l'expertise. Face à ses difficultés à se rendre seule à un rendez-vous médical, elle ressentait une gêne et pensait qu'il était normal qu'on puisse la prendre pour une « débile » dans ces conditions. Elle avait bien dit à l'expert que ses attaques de panique survenaient environ une fois par mois. En revanche, leur fréquence avait augmenté depuis, bien qu'elle ait tout de même appris avec Madame J\_\_\_\_\_ à résoudre ces problèmes. Elle prenait du Cymbalta® depuis longtemps, mais la dose avait été augmentée progressivement pour atteindre désormais 120 mg par jour. Elle a décrit les exercices de marche dans le cadre de son suivi, qu'elle réalisait seule près de son domicile. Elle ne se déplaçait en ville qu'accompagnée de son infirmière. 18. Par écriture du 24 janvier 2020, la recourante a confirmé que ses conclusions tendaient à l'annulation de la décision, à ce que la chambre de céans lui octroie une rente d'invalidité entière et des mesures de réadaptation, à ce que l'intimé soit condamné à lui verser ladite rente et à lui octroyer lesdites mesures, sous suite de dépens. Elle concluait en outre à l'audition et à la confrontation des Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ et à la mise en oeuvre d'une expertise médicale judiciaire. 19. L'intimé s'est déterminé par écriture du 18 février 2020 en persistant dans ses conclusions. Il avait soumis le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ au SMR, et se ralliait à l'avis de ce dernier, qu'il a produit. Selon l'avis joint du 18 février 2020, établi par la doctoresse K\_\_\_\_\_, le rapport de la psychiatre traitante et l'audition n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif. Les diagnostics étaient inchangés, hormis le diagnostic d'anxiété généralisée, que l'expert n'avait pas retenu en l'absence de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance. Par ailleurs, la recourante pouvait se déplacer seule dans son quartier et effectuer ses tâches quotidiennes. L'isolement social n'avait non plus été retenu au vu des contacts de la recourante avec ses soeurs et ses amis. La recourante signalait des attaques de panique plus fréquentes mais parvenait à se promener seule dans son quartier. L'expert s'était aussi basé sur la description des activités quotidiennes, dans lesquelles peu de répercussions avaient été mises en évidence, pour se prononcer. 20. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante le 12 mars 2020. 21. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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 recours, interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. 4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de

gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). L'invalidité est une notion économique et non médicale, et ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

5. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital. L'art. 14 a LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle les mesures socioprofessionnelles (let. a); et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour

que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a). 6. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 8. Dans un arrêt relativement récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281 ), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble

dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine ).

9. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Il convient encore de préciser que 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 elle 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). 10. Dans un

arrêt de principe rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). On soulignera du reste que ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF - RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP 2016 p. 1214). Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celle de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3). 11. Il convient d'analyser si le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ satisfait aux exigences dégagées par la jurisprudence. Si ce rapport contient au plan formel tous les éléments qui doivent figurer dans une expertise, puisqu'il décrit l'anamnèse, rapporte les plaintes de la recourante et résume le dossier médical, mentionne les constatations de l'expert et les diagnostics, sur le fond, on peine à comprendre sur quels éléments le Dr E\_\_\_\_\_ se fonde pour retenir certaines atteintes. Il a en effet admis un trouble hyperactif avec déficit d'attention chez l'adulte, existant depuis l'enfance selon l'anamnèse. Or, il n'existe aucun élément décrit dans l'anamnèse étayant un tel diagnostic, pas plus que dans les éléments objectifs observés. Le résultat de l'examen neurocognitif ne semble pas non plus conclure - à tout le moins expressément - à un trouble de cette nature. En outre, il est surprenant au vu de ce diagnostic qu'aucune limitation fonctionnelle n'ait été retenue à ce titre, le rapport d'expertise ne contenant aucune justification sur ce point et se contentant de qualifier ce trouble d'« épiphénomène ». Cette lacune est d'autant plus problématique que des difficultés cognitives ont par la suite été confirmées par l'examen neuro-psychologique réalisé par Mme I\_\_\_\_\_, qui a également souligné leur impact sur les possibilités d'insertion professionnelle de la recourante. Ce seul élément suffit à nier la valeur probante de l'expertise. On soulignera en outre que ce rapport est insuffisamment étayé sur plusieurs autres points. Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile est en effet précédé d'une description des critères diagnostiques qui le fondent, sans que l'expert n'expose en quoi ils sont réalisés dans le cas d'espèce. Le Dr E\_\_\_\_\_ ne se prononce pas non plus sur l'évolution des troubles de la recourante dans le temps, et ne donne aucune explication sur le fait que son appréciation de leur incidence diffère très sensiblement de celle des précédents psychiatre et psychologue de la recourante auprès du Centre C\_\_\_\_\_. Par ailleurs, si le Dr E\_\_\_\_\_ a certes pris connaissance de l'ensemble du dossier mis à sa disposition par l'intimé, et que les modalités de l'examen clinique et le choix des examens complémentaires sont en principe laissés à l'appréciation de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 3.3), on peut néanmoins se demander au vu du dossier médicalement peu étoffé si le Dr E\_\_\_\_\_ était en mesure de se prononcer de manière fiable sur ces points sans solliciter d'autres renseignements dans le cas d'espèce. À ce sujet, l'entretien téléphonique avec la Dresse G\_\_\_\_\_ n'est pas suffisant, puisqu'on en ignore la teneur, ni dans quelle mesure l'expert en a tenu compte dans son appréciation. En

ce qui concerne les conclusions de l'expertise quant à l'absence de limitations fonctionnelles, elles appellent les commentaires suivants. L'évaluation du Dr E\_\_\_\_\_ s'agissant de l'incidence des attaques de panique ne prête en soi pas flanc à la critique, eu égard aux indications que la recourante lui a données sur leur fréquence. Il semble cependant que la fréquence de ces crises a très clairement augmenté depuis l'établissement de son rapport, de sorte que sa conclusion sur ce point pourrait être dépassée. Par ailleurs, l'expert psychiatre a admis l'existence d'une agoraphobie, sans toutefois n'en inférer aucune limitation fonctionnelle. Or, la recourante a exposé qu'en raison de cette atteinte, elle ne peut emprunter les transports publics ou sortir seule, hormis à l'occasion de quelques exercices d'exposition dans un périmètre réduit autour de son domicile. Plusieurs intervenants ont également rapporté cette difficulté. En outre, le Dr E\_\_\_\_\_ a qualifié les troubles de peu graves en référence à la description de ses journées. Cependant, il semble que la recourante passe l'essentiel de ses journées confinée dans sa caravane, et qu'elle n'en sort guère sans être accompagnée de sa soeur. Partant, cette appréciation apparaît peu convaincante. À ce sujet, la chambre de céans relève que la recourante ne conteste pas qu'elle est à même d'assumer la plupart de ses tâches ménagères - à l'exception des courses, qu'elle accomplit accompagnée. Toutefois, l'intimé n'a pas retenu de statut de ménagère et il y aurait ainsi eu lieu d'analyser l'incidence de ses troubles non pas en fonction de son aptitude à mener à bien ses activités quotidiennes, au demeurant très limitées par ses troubles, mais dans une activité professionnelle. On s'étonne en outre que l'expert ait exclu toute répercussion du trouble de la personnalité sur l'aptitude de la recourante à exercer une activité professionnelle, alors qu'il soutient simultanément que ce trouble compromet ses chances de réinsertion. Enfin, au vu des déclarations de la recourante sur la fréquence de ses attaques de panique, corroborées par le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2018, il semble qu'une dégradation de son trouble anxieux soit survenue depuis les entretiens d'expertise, dont il y aurait lieu d'analyser l'incidence sur sa capacité de travail puisqu'elle est survenue avant que la décision querellée ne soit rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2). 12. Au vu de ce qui précède, l'expertise ne suffit pas à trancher le droit aux prestations de la recourante. Il est ainsi inutile d'examiner les autres critiques de la recourante à son sujet, en particulier s'agissant de la participation d'une psychologue à son établissement. Les rapports de la Dresse G\_\_\_\_\_, qui ne satisfont pas à tous les critères jurisprudentiels en la matière, ne permettent pas non plus de déterminer la capacité de travail et de gain de la recourante. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, il convient toutefois de s'écarter de ce principe, dès lors que la décision de l'intimé devrait en toute hypothèse tenir compte de l'éventuelle aggravation résultant de l'augmentation de la fréquence des attaques de panique de la recourante depuis l'établissement du rapport du Dr E\_\_\_\_\_. La cause lui sera ainsi renvoyée pour nouvelle expertise et nouvelle décision. Au vu de l'issue du litige, la chambre de céans renoncera aux mesures d'instruction requises par la recourante, inutiles à ce stade de la procédure. 13. Le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.