

GE_GERICHTE ATAS/1156/2022 vom 20. Dezember 2022

GE Cour de justice, 2022-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1156_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/1156/2022 du 20 décembre 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/1156/2022 del 20 dicembre 2022

Erwägungen

E. 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.

E. 1.2

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

E. 1.3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 2.1

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

E. 2.1.1

; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 2.2

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

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut et sa capacité de travail.

E. 4.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute

diminution de l'ensemble ou d'une partie des

A/427/2020 - 16/38 - possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 4.2

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

E. 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).

E. 4.4

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa

A/427/2020 - 17/38 - situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 5.1

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 ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et

E. 5.1.1

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

A/427/2020 - 18/38 - 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).

E. 5.1.2

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 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). 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).

E. 5.1.3

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). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

A/427/2020 - 19/38 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 5.1.4

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).

E. 5.1.5

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).

E. 5.1.5.1

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

A/427/2020 - 20/38 - restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6).

E. 5.1.5.2

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.

E. 6.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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

A/427/2020 - 21/38 - ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 6.2

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

E. 6.3

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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 6.4

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

A/427/2020 - 22/38 - fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 6.5

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 6.6

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).

E. 7

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

A/427/2020 - 23/38 - Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

E. 7.1

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se

référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

E. 7.2

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF

A/427/2020 - 24/38 - 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022; l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de

l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

E. 8.1

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

A/427/2020 - 25/38 - seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 8.2

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 ; ATF 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 (RS 101 - Cst; 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 8.3

Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative

qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), 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 est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les

A/427/2020 - 26/38 - différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

E. 9

En l'espèce, l'intimé a refusé toute prestation d'invalidité à la recourante, sur la base d'un degré d'invalidité nul, lequel prenait en compte un statut mixte et une capacité de travail de 75% depuis le 1er février 2017, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La recourante conteste tout d'abord son statut mixte et requiert l'application du statut d'active.

E. 9.1

L'intimé a retenu un statut mixte de la recourante 50% active - 50% ménagère, en se basant sur les documents reçus de l'Hospice général et de l'assurance- chômage et en relevant que la recourante recherchait un emploi à un taux de 50% (selon le rapport de l'OCE du 30 août 2018) et qu'elle n'avait jamais travaillé à 100% (hormis un mois en 2008) mais à 50% (selon le rapport de l'Hospice général du 15 août 2016) [note statut du 4 novembre 2019 et écriture de l'intimé des 2 mars et 4 mai 2020]. Cependant, au vu des éléments au dossier, il convient, en application des critères jurisprudentiels précités pour évaluer le statut des assurés, de constater que la recourante a un statut d'active.

E. 9.1.1

Dès son entrée en Suisse, en 2004, la recourante a exercé une activité professionnelle, d'abord à temps partiel (chez C_____, puis comme nettoyeuse) tout en suivant des cours de français ; elle s'est inscrite à l'OCE le 1er mars 2007 sans droit à l'indemnité de

chômage. Entre février et octobre 2007, elle a recherché des emplois principalement à temps plein ; de novembre 2007 à mars 2009, elle a travaillé au restaurant E_____ à un taux de 100% (cf. PV d'audience du 7 septembre 2020, contrat de travail de E_____ et extrait du compte individuel de la recourante). Elle s'est ensuite inscrite à l'OCE le 2 avril 2009 pour un taux d'activité recherché de 100% et un délai cadre d'indemnisation a été ouvert du 1er avril 2009 au 31 mars 2011 (cf. confirmation de réinscription du 2 avril 2009 de l'OCE). En février 2010, la recourante a suivi un stage chez G_____ à un taux de 100% (dans le cadre d'une mesure de marché du travail de l'assurance-chômage). Elle a accouché le 29 août 2010 et son délai-cadre a été prolongé au 31 mars 2013. Le 19 décembre 2010, la recourante s'est inscrite à l'OCE pour un taux d'activité

A/427/2020 - 27/38 - recherché de 100%, avec une date de placement au 1er avril 2011. Elle a perçu des indemnités de chômage du 1er avril 2009 au 31 mars 2011. Le 23 janvier 2012, elle s'est inscrite à l'ORP pour un taux d'activité de 50% et son dossier a été annulé le 19 mars 2012. En 2013, la recourante s'est séparée de son époux et a suivi une formation à l'école Migros en informatique, jusqu'en novembre 2014, afin de changer de métier ; elle a suivi des cours d'anglais et effectué un stage à un taux de 100% à la H_____. En 2015, la recourante a travaillé à un taux de 50% deux mois pour la AC_____ et deux mois pour J_____. Elle a cependant indiqué qu'elle recherchait une activité à un taux de 100% mais que seul un taux réduit lui avait été proposé. Elle a ensuite travaillé à un taux de 80% pour I_____ durant deux mois en novembre et décembre 2015. En 2016, la recourante a suivi un stage pendant un mois comme secrétaire chez K_____ SA, à un taux de 100%, qu'elle a dû réduire ensuite en raison de son état de santé. Enfin, comme dernier emploi, la recourante a travaillé en 2017 comme serveuse à un taux de 100% durant deux mois pour le restaurant X_____.

E. 9.1.2

Au vu de ce qui précède et contrairement à l'avis de l'intimé, qui estime que la recourante n'a travaillé à un taux de 100% que durant un mois en 2008, la recourante a exercé une activité à un taux de 100% durant 16 mois entre 2007 et 2009 pour E_____, en 2010 durant un mois pour G_____, en 2014 durant un mois pour H_____, en 2016 durant un mois pour K_____ SA et en 2017 durant deux mois pour X_____. La recourante n'a ainsi pas restreint sa capacité de travail à un taux de 50% dès 2008, comme l'a estimé l'intimé.

E. 9.1.3

Par ailleurs, s'agissant des deux rapports sur lesquels se fonde l'intimé, il convient de relever que celui de l'Hospice général du 15 août 2016 mentionne sous « parcours professionnel du bénéficiaire » un taux d'activité de 50% et une cessation du dernier emploi en raison d'un arrêt maladie et d'une demande AI. Or, cette mention ne permet pas de savoir à quel taux d'activité la recourante aurait travaillé, sans atteinte à sa santé. Quant au rapport de l'ORP du 30 août 2018, il se réfère à un taux d'activité recherché de 50%, mais ne mentionne pas le taux d'activité recherché de 100% pour lequel la recourante s'est inscrite en avril 2009 ; ce rapport est ainsi lacunaire. En outre, la recourante a expliqué que ce taux d'activité de 50% était justifié en 2012 car elle avait un enfant en bas âge, lequel était effectivement âgé, en janvier 2012, de 16 mois. Ce taux réduit s'explique ainsi par la situation familiale de la recourante.

E. 9.1.4

La recourante a relevé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à un taux de 100%, ce qu'elle avait fait pour le restaurant E_____ avant d'être enceinte. Elle s'était séparée en 2013 et avait cherché à reprendre une activité professionnelle ; son dernier emploi pour X_____ était d'ailleurs exercé à un taux de 100% (acte de recours du 3 février 2020). Lors de sa comparution personnelle du 7 septembre 2020, la recourante a souligné qu'elle avait suivi plusieurs formations pour s'intégrer et qu'en bonne santé, elle travaillerait à un

A/427/2020 - 28/38 - taux de 100%, ce d'autant que son fils était scolarisé en 6e primaire (PV d'audience du 7 septembre 2020). Selon les déclarations constantes de la recourante, elle aurait, en bonne santé, repris un emploi à un taux de 100%. Ces déclarations sont plausibles, au vu de son parcours professionnel (lequel comprend plusieurs emplois à un taux de 100%), de son accouchement en 2010 (lequel explique sa volonté, lors de son inscription à l'ORP en janvier 2012, de ne travailler qu'à 50%, devant s'occuper de son enfant âgé seulement de 16 mois) ainsi que de l'âge de son enfant (8 ans) en 2018 (année déterminante pour le calcul de la rente, cf. infra consid. 12) et de la scolarisation de celui-ci (situation lui permettant de récupérer plus d'autonomie) ainsi que de sa séparation en 2013 (l'obligeant à pourvoir à l'entretien de sa famille). En outre, cette volonté de s'investir dans une activité professionnelle a aussi été relevée par les experts du CEMEDEX, qui soulignent le fait que dès son arrivée en Suisse, la recourante a appris le français, refusé l'aide sociale et travaillé, qu'ensuite elle a eu la volonté de changer d'activité en obtenant un diplôme en informatique et en tentant une reconversion dans un travail administratif (qui n'a pas pu être mené à bien en raison des douleurs dorsales et cervicales) et qu'elle a centré son attention sur sa réussite professionnelle (expertise du CEMEDEX, pp. 8, 11 et 17). L'Hospice général a aussi relevé le 15 février 2007 que la recourante avait fait preuve de volonté hors du commun à vouloir s'intégrer en Suisse et exercer une activité professionnelle, but qu'elle s'était fixé (lettre de l'Hospice générale du 15 février 2007, dossier de l'OCE).

E. 9.2

Pour ces raisons, il convient de retenir que la recourante aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante -, sans atteinte à la santé, dès à tout le moins l'année 2018, année déterminante pour le calcul de la rente, travaillé à un taux de 100%. Partant, le statut d'active doit lui être reconnu.

E. 10

La recourante conteste aussi l'évaluation de sa capacité de travail.

E. 10.1

Du point de vue neurologique, la chambre de céans a estimé que l'instruction médicale menée par l'intimé était insuffisante et a ordonné une expertise judiciaire neurologique auprès des Dr AA_____ et AB_____, lesquels ont rendu leur rapport le 22 février 2022.

E. 10.1.1

Ceux-ci ont posé les diagnostics de céphalées primaires chroniques probablement d'origine mixte, avec une composante de migraine sans aura, de céphalées de tension chroniques et de possibles céphalées sur surconsommation d'antalgiques. Les céphalées survenaient environ quinze jours par mois. Le bilan clinique et radiologique n'avait pas permis de mettre en évidence une lésion cérébrale organique à la base des plaintes algiques. Les céphalées n'étaient objectivables que par les modifications fonctionnelles qu'elles

entraînaient, c'est-à-dire le temps que la recourante devait passer allongée après la prise des antalgiques. La capacité de travail depuis 2015 était de 50-60%. La capacité de

A/427/2020 - 29/38 - travail pourrait augmenter à 100% avec l'instauration d'un traitement adéquat, dans une activité adaptée (de type administratif, dans un environnement calme et sans efforts physiques prolongés, à l'abri du froid, du bruit et des fortes odeurs), avec une reprise progressive. Dans l'activité de serveuse, la capacité de travail était nulle.

E. 10.1.2

A la demande de la chambre de céans, les experts ont complété leur rapport le 27 juin 2022. Ils ont indiqué successivement, d'une part, qu'en l'absence de lésion cérébrale, les céphalées n'étaient pas objectivables et, d'autre part, que les critères selon l'ICHD3 étaient suffisants pour objectiver les céphalées. Par ailleurs, en l'absence de déficits objectivables lors de l'examen clinique, l'incapacité de travail n'était pas justifiée par d'autres éléments que les seules indications subjectives de la recourante. Les limitations fonctionnelles alléguées par la recourante étaient plausibles, il était difficile de quantifier l'évolution et l'impact des céphalées, en particulier en l'absence d'un calendrier des céphalées. La capacité de travail de 50-60% était exigible dans une activité adaptée avant l'instauration d'un traitement tel que proposé.

E. 10.1.3

Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse neurologique, oto-rhino-laryngologique et de médecine interne, un examen clinique de la recourante, posant des diagnostics clairs et comprenant une motivation convaincante de la capacité de travail retenue, le rapport d'expertise judiciaire remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, sous réserve de la date à laquelle est survenue l'incapacité de travail, comme il sera expliqué ci-après.

E. 10.2

Au vu du rapport d'expertise judiciaire et de son complément, lequel apporte des précisions sur la nature de l'atteinte, il convient de retenir que les céphalées primaires chroniques dont souffre la recourante ne sont pas objectivées et que ce diagnostic, posé par les experts, repose principalement sur les indications subjectives de la recourante. Malgré une apparente contradiction dans leur réponse, on comprend en effet de leur rapport et de leur complément d'expertise que, nonobstant la présence des critères selon l'ICHD3, les céphalées ne sont pas objectivées. En présence d'une telle affection, non objectivable, il convient d'appliquer les indicateurs jurisprudentiels pertinents en présence d'une affection comparable au trouble somatoforme douloureux (ATF 140 V 290).

E. 10.2.1

S'agissant plus précisément du diagnostic de céphalées, le Tribunal fédéral a indiqué que dès lors qu'on se trouve en présence de difficultés à clarifier des faits ou à fournir des preuves quant au caractère invalidant des céphalées alléguées, puisque ces dernières n'ont pas été objectivées mais consignées sur la base de données subjectives émanant exclusivement de l'assurée, il convient de prendre en compte d'autres domaines de la vie comme des comportements durant les loisirs ou des engagements familiaux, conformément à la jurisprudence, afin

A/427/2020 - 30/38 - de déterminer si la capacité de travail est effectivement réduite (arrêt du Tribunal fédéral 9C_27/2015, consid. 6.2.1). L'appréciation doit tenir compte de la

plausibilité des répercussions des céphalées de l'assuré sur sa capacité de travail et non pas essentiellement des données subjectives, par l'analyse de la vie sociale et des activités que l'assuré est en mesure d'accomplir malgré les céphalées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_27/2015, consid. 6.2.3). L'examen de la plausibilité, spécialement pour les céphalées, revêt par nature une importance particulière (ATF 140 V 290, consid. 3.3.2).

E. 10.2.2

Il incombe à l'assuré de prouver le caractère invalidant de son atteinte à la santé et à cet égard, les experts médicaux jouent un rôle décisif ; ils doivent motiver en détail et expliquer, par une évaluation de la souffrance, des ressources physiques et des déficits fonctionnels, dans quelle mesure la capacité de travail est limitée (ATF 140 V 290, consid. 4.1). A cet égard, les seules indications subjectives de l'assurée, alors que les experts ont par ailleurs relevé des signes d'extension des symptômes, une autolimitation et une attitude orientée vers une indemnisation, sont insuffisantes pour prouver une limitation de la capacité de travail (ATF 140 V 290, consid. 4.2).

E. 10.2.3

En l'occurrence, les experts neurologues ont retenu un caractère incapacitant des céphalées, à hauteur de 45%, soit une capacité de travail de 55% (entre 50 et 60%) depuis 2015, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ; ils ont estimé que les céphalées telles que décrites par la recourante étaient plausibles, soit d'une fréquence de quinze jours par mois et de nature à empêcher toute activité, avec un impact sur les activités quotidiennes de la recourante.

E. 10.2.3.1

S'agissant de la date de survenance des céphalées incapacitantes, il convient de relever ce qui suit : La recourante a été adressée par le Prof. Q_____ au Dr R_____ en raison de « céphalées et migraines invalidantes » seulement en juillet 2017 (rapport du Dr R_____ du 31 janvier 2020). Antérieurement, les Drs L_____, M_____ et N_____ ont mentionné des plaintes principalement de cervicalgies (rapports du Dr L_____ du 22 avril 2016, de la Dresse M_____ des 6 juin et 6 juillet 2016 et de la Dresse N_____ du 26 octobre 2016). L'arrêt de travail de la recourante le 1er février 2016 a d'ailleurs été motivé par une recrudescence de vertiges et de cervicalgies et non pas pour des céphalées. Ce n'est que le 18 janvier 2017, que la Dresse M_____ mentionne également des plaintes de céphalées, le 20 février 2017 que le Dr O_____ relève des plaintes de maux de tête en casque avec photophobie et le 28 février 2017 que le Dr P_____ fait état de céphalées. S'agissant de la fréquence des céphalées, le Prof. Q_____ a mentionné le 23 mars 2017 des céphalées à raison de deux fois par mois, pendant deux, voire trois jours ; les 11 septembre et 28 décembre 2017, le Dr R_____ relate des céphalées en amélioration. C'est seulement dans son rapport du 5 juin 2018 que le Dr

A/427/2020 - 31/38 - R_____ a estimé que les cervicalgies et les migraines étaient incapacitantes à hauteur de 50%. Cette incapacité de travail a été confirmée par le Dr Y_____ dans un rapport du 11 décembre 2019, lequel relève qu'il suit la recourante notamment pour des migraines et a tenté plusieurs traitements antalgiques. Le 20 novembre 2019 et le 31 janvier 2020, le Dr R_____ atteste de migraines survenant trois fois par semaine, le 17 juin 2020 de quinze à seize attaques par mois. En juin et novembre 2021, le Dr R_____ atteste d'une diminution de la fréquence des migraines et, le 13 mars 2022, il mentionne une recrudescence de celles-ci, soit une survenance de deux fois deux jours par

semaine. Par ailleurs, la recourante a déclaré qu'elle avait encore travaillé à un taux de 100% pendant deux mois en 2017. Ensuite, elle n'avait plus cherché d'emploi en raison de son état de santé (PV d'audience du 7 septembre 2020).

E. 10.2.3.2

Au vu de ce qui précède, il convient de s'écarter de la conclusion de l'expertise neurologique dans le sens que la fréquence des migraines, telle que relatée par les experts, justifiant une incapacité de travail de 45% est survenue non pas dès l'année 2015 (même si des céphalées ont été mentionnées dès cette date), mais seulement dès juin 2018, moment où le Dr R_____ a attesté de céphalées incapacitantes, confirmées ensuite par le Dr Y_____. On rappellera qu'il est en effet possible de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible, sans que l'expertise judiciaire ne perde sa valeur probante (cf. consid. 5.1.5.2 supra). Enfin, le fait qu'une amélioration passagère des céphalées a été attestée par le Dr R_____ en 2021, n'est pas déterminant, ce d'autant qu'elle est postérieure à la décision litigieuse.

E. 11

Il convient encore d'examiner le caractère incapacitant des céphalées, à l'aune des indicateurs jurisprudentiels précités.

E. 11.1

S'agissant du degré de gravité fonctionnel, les experts psychiatre et neurologue ont posé des diagnostics de céphalées et de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, avec un syndrome somatique dont le degré de gravité minimal nécessaire à l'examen, dans un deuxième temps de la cohérence, n'est, en lui-même pas contesté et dont l'impact sur la capacité de travail a déjà été reconnu à hauteur de 25%. Il convient à ce stade de relever que l'expertise du CEMEDEX a valeur probante. L'intimé l'admet. Quant à la recourante, elle conteste uniquement certains points de l'expertise, soit, s'agissant du volet psychiatrique, la diminution de rendement de 25%, l'estimant insuffisante, s'agissant du volet rhumatologique, l'exigibilité de l'ancienne activité de serveuse et, s'agissant du volet de médecine interne, la mention d'une exagération des symptômes. Or, l'activité de serveuse a été écartée par l'intimé et, comme il sera discuté ci-après, l'exagération des symptômes relevée par l'expert de médecine interne ne peut être confirmée. Finalement, le seul grief de la recourante quant à une

A/427/2020 - 32/38 - diminution de rendement insuffisante retenue par les experts n'est pas à même d'ôter la valeur probante de l'expertise du CEMEDEX. S'agissant du complexe de la personnalité, l'expert psychiatre a relevé qu'il n'existait pas de trouble de la personnalité mais une rigidité de fonctionnement, qui est un facteur de mauvais pronostic. La recourante présente ainsi une fragilité, également confirmée par le psychiatre traitant, sur un fond de vécu traumatique de l'enfance, avec un diagnostic psychiatrique de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, avec syndrome somatique, avec des éléments résiduels importants, peu susceptibles d'évoluer compte tenu de la gravité pathologique, des antécédents d'événements traumatiques et des traits de personnalité rigide. Ces éléments confortent la présence d'un degré de gravité fonctionnel suffisamment important pour évaluer la cohérence.

E. 11.2

S'agissant de la cohérence, il convient de se référer à l'expertise du CEMEDEX, laquelle comprend plusieurs descriptions de l'activité quotidienne de la recourante.

E. 11.2.1

L'expert psychiatre a décrit une journée-type de la recourante en relevant qu'elle dormait mal, avec plusieurs réveils nocturnes, elle marchait jusqu'à 4 km, faisait du vélo d'intérieur, elle lisait, préparait parfois à manger avec l'aide de sa belle-fille, mais c'était souvent sa belle-fille qui le faisait, tout comme le ménage, la recourante ne pouvant se baisser (elle pouvait servir les repas et nettoyer la cuisine) ; elle faisait les courses mais ne pouvait pas porter de sac ; elle ne s'occupait pas du potager ; elle pouvait plier le linge assise et repasser doucement mais préférait que sa belle-fille s'en occupe. Il convient de relever que la description d'une journée-type effectuée par les experts de médecine interne et de rhumatologie rejoint essentiellement celle de l'expert psychiatre. Nonobstant la capacité de la recourante à marcher, lire et faire du sport, les activités quotidiennes telles que décrites par les experts du CEMEDEX sont sensiblement limitées. En effet, la recourante n'exerce plus aucune activité ménagère lourde, le nettoyage de l'appartement (hormis le nettoyage superficiel de la cuisine et celui des sanitaires et lavabos - rapport du Dr V _____) est pris en charge par sa belle-fille avec laquelle elle vit. La préparation des repas est effectuée avec sa belle-fille. S'agissant des activités sportives, elles doivent être relativisées dès lors que, selon l'expert de médecine interne, la recourante a pris 15 kg depuis février 2018, notamment en raison de la baisse de l'activité sportive, même si elle effectue deux fois par mois de la natation, activité qui semble par ailleurs avoir été reprise (selon le rapport de suivi d'obésité de l'Hôpital de La Tour Médical Group du 28 juin 2019) après que la recourante ait pris du poids suite à l'arrêt total de l'activité physique en raison de douleurs cervicales au moindre effort. Ainsi, contrairement à l'évaluation consensuelle du CEMEDEX, on ne peut déduire des journées-types décrites par les experts que la capacité de réalisation des actes de la vie quotidienne est « quasi préservée ». Cela est corroboré par le constat des experts neurologues lesquels ont relevé que des

A/427/2020 - 33/38 - céphalées durant plusieurs jours dans le contexte de migraines peuvent empêcher toute activité et que les activités évoquées, dont le vélo d'appartement, pouvaient être pratiquées uniquement lorsque la recourante n'avait pas de céphalées. Ils ont également souligné que les limitations fonctionnelles étaient totales lors des migraines.

E. 11.2.2

Par ailleurs, à l'examen, l'expert psychiatre a constaté chez la recourante une humeur triste, un ralentissement psychomoteur, une perte d'élan vital, une fatigabilité, une perte d'estime de soi, un émoussement des affects et des variations d'humeur. La recourante avait vécu des événements traumatiques importants dans sa jeunesse et présenté trois épisodes dépressifs, avec des idées suicidaires puis une amélioration clinique mais sans retour à la normalité de l'humeur et avec, à certaines périodes, toujours des idées suicidaires (de moindre intensité) ; l'expert psychiatre estime ainsi qu'il existe une cohérence entre l'histoire de la recourante et l'apparition des symptômes ; la multiplication des différents traumatismes vécus dans son enfance avait entraîné un émoussement des affects ainsi qu'une tendance au pessimisme ; elle présentait des activations anxieuses au moment d'événements traumatiques ; elle avait un trait de caractère rigide qui était un facteur de mauvais pronostic. Finalement, l'expert psychiatre estime que la recourante présente une baisse de rendement de 25% en raison d'une fatigabilité importante, d'une perte d'élan vital et de difficultés à sortir de fixation

d'événements anciens traumatiques. Ces constatations corroborent la limitation des activités du quotidien, telle que relevée dans la description d'une journée-type. Le SMR (rapport du 1er septembre 2022) réfute la limitation des activités du quotidien, en soulignant que les experts ont indiqué que la recourante était autonome pour l'ensemble de ces activités. Cependant, les experts ont relevé que les céphalées avaient un retentissement significatif sur les activités du quotidien et que lors des crises de céphalées, les limitations fonctionnelles étaient totales. On comprend de ces deux assertions que la recourante, lorsqu'elle ne subit pas de crises de céphalées, peut se gérer seule (être autonome) mais que celles-ci impactent considérablement ses activités quotidiennes.

E. 11.2.3

Enfin, questionnés précisément sur la cohérence, les experts neurologues ont estimé, dans leur rapport complémentaire, que les céphalées alléguées étaient plausibles, l'expert W_____ a mentionné qu'il n'avait pas relevé d'incohérence chez la recourante et l'expert U_____, qu'il existait une cohérence entre l'histoire de la recourante et l'apparition des symptômes. Seul l'expert V_____ a mentionné une probable exagération de la symptomatologie douloureuse et des vertiges, qu'il semble toutefois relier uniquement au fait que la recourante a plaisanté et souri durant l'entretien, ce qui, comme relevé par la recourante, paraît insuffisant pour établir une réelle incohérence.

A/427/2020 - 34/38 -

E. 11.2.4

S'agissant du traitement, l'expert psychiatre a relevé que le refus de la maladie et du traitement régulateur de l'humeur était une limitation. Cependant, l'expert a aussi mentionné que la recourante acceptait le suivi et qu'elle bénéficiait depuis plusieurs années d'une prise en charge psychothérapeutique, avec l'introduction d'essais de traitements médicamenteux (Sertraline, lithium, Amitriptyline, Topiramate, patch de Neurodol, Relpax, perfusions de lidocaïne et d'anti-inflammatoires stéroïdiens) dont plusieurs avaient été cessés en raison d'effets secondaires. Elle utilisait, selon l'expert rhumatologue, un neurostimulateur une à deux fois par jour et faisait des séances d'électrothérapie deux fois par semaine (PV d'audience du 7 septembre 2020 ; rapport du Dr P_____ du 1er septembre 2020 ; rapport du Dr Y_____ du 11 décembre 2019). Quant aux experts neurologues, ils ont relevé que le seul médicament approuvé en Suisse pour le traitement des céphalées était l'Amitriptyline. Or, la recourante avait tenté ce traitement mais avait dû l'arrêter après plusieurs mois en raison de douleurs abdominales. Elle avait en outre tenté un traitement de Topiramate, également arrêté en raison d'effets secondaires, tout comme un traitement par antidépresseurs (selon le rapport du Dr P_____ du 1er septembre 2020). Les experts ont considéré qu'un traitement par antidépresseurs pourrait être introduit et, en cas d'échec, un traitement injectable (de la classe des anticorps monoclonaux anti-CGRP) ou de neurostimulation. Un sevrage de la consommation d'antalgiques était aussi préconisé par les experts neurologues. Ces propositions thérapeutiques ne permettent toutefois pas de retenir que la recourante aurait, jusque-là, refusé tout traitement. Au contraire, les médecins traitants et les experts ont relevé que plusieurs traitements avaient été tentés, sans succès. Par ailleurs, la recourante prend régulièrement des antalgiques, un traitement par neurostimulateur, un traitement par électrothérapie, du Relpax et du Saroten (amitriptyline,) lors de crises de céphalées. En 2022, le Dr R_____ a d'ailleurs proposé d'introduire un traitement de l'Ajovy (anti-CGRP), ce qui va dans le sens des propositions des experts

neurologues (rapport du Dr R_____ du

E. 11.2.5

Au vu de l'impact des céphalées sur la vie quotidienne de la recourante, ainsi que des constats des différents experts, il convient d'admettre que le critère de la cohérence est rempli.

E. 11.3

Il convient d'examiner les ressources de la recourante.

A/427/2020 - 35/38 -

E. 11.3.1

L'expert psychiatre a relevé que la recourante bénéficiait de certaines ressources, possédant des capacités adaptatives d'affirmation de soi et d'introspection. Ces ressources étaient cependant limitées par le trait de caractère rigide, facteur de mauvais pronostic. Les experts du CEMEDEX ont aussi relevé que la recourante était socialement entourée, ayant des contacts avec une amie, deux sœurs, une voisine, qu'elle téléphonait à certains membres de sa famille très régulièrement et qu'elle vivait avec ses deux fils et sa belle-fille ; ces contacts sociaux, selon les experts du CEMEDEX, amélioreraient son état psychologique.

E. 11.3.2

Cette vie sociale doit être considérée comme une ressource de la recourante, lui permettant de limiter les effets de son atteinte à la santé sur sa capacité de travail ; cependant, compte tenu des autres facteurs, de mauvais pronostics (importance des céphalées, résistance aux traitements introduits, trait de caractère rigide, comorbidité du trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique - déjà reconnu comme partiellement incapacitant - vécu traumatique de l'enfance ayant entraîné un émoussement des affects et une tendance au pessimisme) il n'y a pas lieu de conclure que ces ressources permettent à la recourante de surmonter les effets des céphalées dans une mesure telle qu'une capacité de travail au-delà d'un taux de 55%, déjà admis par les experts neurologues, devrait lui être reconnue.

E. 11.4

Dans ce contexte, au vu de l'atteinte psychique et de la restriction importante des activités quotidiennes, il convient d'admettre que la limitation de la capacité de travail due aux céphalées est rendue plausible, la recourante ayant d'ailleurs déjà été reconnue comme incapable de travailler à hauteur de 25%, d'un point de vue purement psychiatrique. Finalement, la capacité de travail de 75% déjà admise par l'intimé doit, compte tenu des céphalées, dont l'impact sur la capacité de travail est plausible, être encore diminuée pour atteindre le taux de 55% retenu par les experts neurologues, depuis juin 2018, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au vu des limitations décrites par les experts neurologues, l'ancienne activité de serveuse n'est pas exigible. Cette conclusion rejoint celle de la recourante, qui s'estime incapable d'exercer son ancienne activité.

E. 11.5

S'agissant enfin des pathologies évoquées par la recourante dans son écriture du 31 mars 2022, elles sont toutes postérieures à la date de la décision litigieuse du 20 décembre 2019, soit une affection au genou depuis 2021, une réaction allergique au vaccin Moderna en juin 2021, des cervicalgies justifiant une consultation aux urgences en octobre 2021 et une

descente d'organes en mars 2022. En conséquence, elles ne peuvent être prises en compte dans le cadre de la présente procédure.

E. 11.6

Par appréciation anticipée des preuves, il sera renoncé à l'ordonnance d'une appréciation consensuelle entre les différents experts, ainsi qu'à l'ordonnance d'expertises judiciaires psychiatrique, rhumatologique et oto-rhino-

A/427/2020 - 36/38 - laryngologique, comme requis par la recourante, celles au dossier comprenant les éléments médicaux suffisants ainsi que les informations pertinentes pour procéder à une évaluation selon les indicateurs jurisprudentiels, à même de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité de travail de la recourante. 12. Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante, d'une part, sur la base d'un statut d'active et, d'autre part, compte tenu d'une capacité de travail de la recourante de 75% dès le 1er février 2017 et de 55% dès le 1er juin 2018. 12.1 Dès le 1er février 2018, le degré d'invalidité de la recourante est nul, selon le calcul de l'intimé. Or, compte tenu d'un statut d'active de la recourante et des revenus sans et avec invalidité calculés sur la même base statistique (ESS), ce qui n'est pas contesté, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, de sorte qu'il est en réalité de 25%, étant précisé qu'un abattement sur le revenu d'invalidité n'est pas justifié, le taux de 75% tenant déjà compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles de la recourante et les autres critères n'étant pas déterminants (âge, années de service, nationalité et travail à temps partiel pour une femme). Le taux de 25% est cependant encore insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité 12.2 S'agissant de la période dès le 1er juin 2018, la recourante présente une capacité de travail de 55%. Les calculs de l'intimé, qui ne sont pas contestés, peuvent être repris, soit un revenu sans et avec invalidité calculé sur la même base statistique (ESS). Le degré d'invalidité se confond à nouveau avec celui de l'incapacité de travail, soit un degré de 45%, étant précisé qu'un abattement sur le revenu d'invalidité n'est pas justifié, le taux de 55% tenant déjà compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles de la recourante et les autres critères n'étant pas déterminants (âge, années de service, nationalité et travail à temps partiel pour une femme). Ce degré d'invalidité peut également être calculé comme suit : 12.2.1 S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de se référer à l'ESS 2018, TA1, total, activité de niveau 1, pour une femme, soit un revenu mensuel de CHF 4'371.-. Compte tenu d'une durée moyenne hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 de 41,7 heures, ce revenu est de CHF 4'557.-, soit annuel de CHF 54'681.-. 12.2.2 S'agissant du revenu annuel avec invalidité, calculé sur cette même base, il est de CHF 30'075.-, compte tenu d'un taux d'activité exigible de 55%.

12.2.3 Le degré d'invalidité est ainsi de $\text{CHF } 54'681 - \text{CHF } 30'075 = 44,99\% = 45\% \text{ CHF } 54'681$

A/427/2020 - 37/38 - Ce degré d'invalidité donne droit à un quart de rente d'invalidité, dès le 1er septembre 2018 (art. 88a al. 2 RAI).

E. 13

Quant aux mesures de réadaptation, elles ne sont pas justifiées, la recourante s'estimant totalement incapable de travailler (PV d'audience du 7 septembre 2020 et rapport d'expertise du CEMEDEX, pp. 26 et 27).

E. 14

Au vu de ce qui précède, la recourante a droit, depuis le 1er septembre 2018, à un quart de rente d'invalidité. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit, dès le 1er septembre 2018, à un quart de rente d'invalidité.

E. 15

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). Enfin, les frais de l'expertise neurologique judiciaire, au montant de CHF 6'000.- seront mis à la charge de l'intimé, une évaluation médicale neurologique n'ayant, à tort, pas été effectuée par ce dernier.

A/427/2020 - 38/38 - 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.