

## **GE\_GERICHTE ATAS/1165/2018 vom 13. Dezember 2018**

GE Cour de justice, 2018-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1165\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1165_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1165/2018 du 13 décembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1165/2018 del 13 dicembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

Le 25 juillet 2016, l'expert a complété son rapport et a précisé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dès le 5 novembre 2015, à savoir le lendemain de sa sortie de l'hôpital psychiatrique. Un travail psychothérapeutique sur le long terme pourrait améliorer l'état de santé psychique et permettre des améliorations progressives de la capacité de travail à 70 %. Il serait souhaitable de refaire une expertise psychiatrique dans cinq ans pour préciser l'évolution et le pronostic.

#### **E. 22**

Dans son avis du 27 septembre 2016, le docteur K\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que l'assurée avait une incapacité de travail totale d'avril 2012 au 4 novembre 2015 et une capacité de travail de 50 % dès cette date. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés interpersonnelles, des difficultés à organiser le travail et à respecter les horaires. Le médecin du SMR a enfin considéré que l'expertise psychiatrique était convaincante.

A/3806/2017 - 8/21 -

#### **E. 23**

Le 23 janvier 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière de février 2014 à février 2016 et, dès mars 2016, une demi-rente. Ce faisant, il a considéré que son état de santé s'était amélioré le 5 novembre 2015.

#### **E. 24**

Par courrier du 1er mars 2017, l'assurée, représentée par sa curatrice, a contesté le projet de décision, en ce qu'il était fondé sur une capacité de travail de 50 % dès le 5 novembre 2015. Ce faisant, elle s'est fondée sur un rapport de la doctoresse L\_\_\_\_\_, généraliste, qui suivait l'assurée depuis environ une année, et une attestation du Centre de psychothérapie de recherche et de prévention de la violence (ci-après: M\_\_\_\_\_). L'état de santé de l'assurée ne s'était jamais amélioré. Son parcours professionnel chaotique en témoignait. Elle n'avait par ailleurs jamais réussi à s'investir dans une thérapie de manière durable. L'absence de compliance était démontrée par une hospitalisation non-volontaire aux HUG du 23 octobre au 4 novembre 2015. L'équipe soignante avait alors constaté une anosognosie importante. Au demeurant, l'expert a admis que ce séjour avait mis en évidence la complexité et la sévérité des troubles psychiques ayant un impact direct sur le quotidien et les différents domaines de la vie de l'assurée. Plusieurs médecins ont mentionné la difficulté à suivre l'assurée, dès lors qu'elle ne se rendait pas aux séances ou se mettait en rupture de consultation, comme cela ressortait aussi de l'expertise. L'expert lui-même avait indiqué que l'assurée était arrivée avec 60 minutes de retard au rendez-vous prévu et qu'elle

minimisait cette situation. L'expert avait également mis en évidence cinq éléments des manifestations du trouble schizotypique, alors que trois étaient suffisants pour poser ce diagnostic. En dépit de cela, il avait conclu de façon surprenante à une capacité de travail de 50% dès le 5 novembre 2015 alors que l'assurée n'avait jamais été en mesure de garder un emploi plus de deux mois, même à temps partiel, et sans que l'expert expliquât en quoi son état de santé s'était amélioré.

#### **E. 25**

A son opposition au projet de décision, la curatrice a annexé le courrier du 20 février 2017 que lui a adressé M\_\_\_\_\_, selon lequel l'assurée s'était adressée de manière spontanée à cette association. Les psychologues, Mesdames N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, ont constaté les grandes difficultés de l'assurée à structurer sa pensée et à se représenter les espaces et le temps. De ce fait, son suivi avait été très irrégulier, avec plusieurs rendez-vous annulés, déplacés et des absences non excusées. Elles ont néanmoins maintenu un lien, principalement par contact téléphonique en raison de la grande désorganisation et la fragilité psychique de l'assurée.

#### **E. 26**

Selon le courrier du 24 février 2017 de la Dresse L\_\_\_\_\_ à l'OAI, annexé à l'opposition, l'assurée souffrait d'une pathologie d'ordre psychotique qui affectait beaucoup son quotidien et ses relations sociales. Malgré une apparence de normalité, elle avait une grande difficulté à établir des relations avec sa famille et dans le domaine professionnel. Elle était dans le déni complet de sa pathologie. Son incapacité de travail était totale en raison du manque d'organisation, de l'incapacité à respecter les horaires et les rendez-vous, le manque de concentration et de

A/3806/2017 - 9/21 - résistance au stress. Par conséquent, il y avait lieu de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière.

#### **E. 27**

Dans son avis médical du 26 mai 2017, la doctoresse P\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'attestation de la Dresse L\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments cliniques nouveaux, si bien qu'il n'y avait pas lieu de modifier la prise de position du SMR.

#### **E. 28**

Par décision du 10 août 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision précité, en se fondant sur l'expertise et l'avis du SMR.

#### **E. 29**

Par acte du 14 septembre 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de ses curateurs, en concluant à son annulation et, implicitement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sans limite dans le temps. A titre préalable, les curateurs ont conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Ils ont allégué que les conclusions de l'expert n'étaient pas convaincantes, au vu de la sévérité des diagnostics psychiatriques posés. L'expert avait lui-même qualifié le trouble de la personnalité de sévère. Concernant le trouble schizotypique, cinq manifestations de ce trouble étaient présentes, alors que trois étaient suffisantes pour poser le diagnostic. L'expert avait aussi admis que les difficultés psychiques avaient un impact réel, direct et sévère sur la conservation d'une place de travail à long terme, et que les phénomènes de

dépersonnalisation transitoire pouvaient réellement mettre en danger les relations interpersonnelles, amenant l'assurée en conflit avec ses collègues et la hiérarchie de travail. Certes, la recourante devrait s'investir dans la thérapie. Toutefois, comme cela était indiqué dans l'expertise, elle ne voyait pas la nécessité de s'y investir, étant anosognosique de son état. Enfin, l'expert n'avait pas motivé l'amélioration de l'état de santé avec la récupération d'une capacité de travail de 50 %.

### **E. 30**

Dans sa réponse du 13 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise psychiatrique et en considérant que l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante avait été pris en compte. La recourante ne faisait pas état dans ses écritures d'une atteinte ou d'éléments médicaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction. Cela étant, la mise en valeur d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était objectivement exigible.

### **E. 31**

Par écriture du 14 décembre 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions, en contestant la valeur probante de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_. Outre le fait que cette expertise n'était pas convaincante, voire contradictoire, elle était contredite par les rapports de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 24 février 2017 et de l'association M\_\_\_\_\_ du 20 février 2017.

### **E. 32**

Par ordonnance du 8 février 2018, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et a mandaté pour ce faire la docteure Q\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH.

### **E. 33**

Dans son rapport reçu le 21 septembre 2018, l'experte a posé le diagnostic de schizophrénie simple. Les limitations fonctionnelles étaient une hypoactivité, un

A/3806/2017 - 10/21 - retrait social, un appauvrissement de la pensée, des troubles mnésiques, une diminution des facultés d'apprentissage, une anosognosie et un déni. Ces limitations se manifestaient de façon uniforme dans tous les domaines de sa vie (personnelle, sociale, professionnelle et loisirs). La capacité de travail était nulle et la mise à profit de la capacité de travail ne serait pas supportable pour un employeur ou la société. Cette capacité ne s'était pas améliorée depuis le 5 novembre 2015, à savoir depuis la sortie de la recourante de l'Unité psychiatrique des HUG. Un soutien psychothérapeutique était par ailleurs nécessaire, la recourante étant fragile sur le plan psychique. La psychothérapie était toutefois destinée à soutenir la recourante et non à la guérir. Au demeurant, la recourante était régulièrement suivie par un psychiatre. Il s'agissait en outre d'un trouble qui répondait mal aux traitements médicamenteux. La maladie était chronique à pronostic réservé, selon l'état actuel des connaissances médicales. Concernant l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, l'experte judiciaire s'est étonnée que ce médecin eût conclu à une capacité résiduelle de travail. Elle a ensuite discuté les diagnostics retenus par cet expert et expliqué pourquoi elle s'en écartait. Les symptômes s'étaient clarifiés avec le temps dans le sens d'un trouble qui allait au-delà d'un trouble de la personnalité sur le plan du fonctionnement dans tous les domaines de l'existence de la recourante. Quant aux différents types de schizophrénie, le diagnostic était souvent posé non pas au bout de quelques mois, mais au bout de quelques années, avec le recul. Actuellement la recourante souffrait d'un trouble

psychotique franc, chronique et invalidant sur tous les plans. L'experte a à cet égard relevé que la recourante était arrivée en retard au premier rendez-vous, puis était venue à un rendez-vous qui avait été annulé et déplacé. Peu avant le rendez-vous suivant, elle avait demandé à l'experte l'adresse exacte du cabinet médical et lui avait confié de ne pas avoir mémorisé celle-ci. Elle avait également manqué le premier rendez-vous aux tests neuropsychologiques. Lors des entretiens, une impression générale de « floutage » s'installait, la recourante étant incapable de répondre avec précision, dès qu'on entrait dans les détails, quel que soit le domaine évoqué. À la question de savoir pourquoi son fils était placé en famille d'accueil, elle avait répondu en souriant qu'elle n'en savait rien, puis, que les HUG pensaient qu'elle ferait du mal à son enfant, tout en affirmant qu'elle était en mesure de s'en occuper et qu'elle voulait récupérer le droit de garde. Elle désirait fonder une famille avec son ami, avoir d'autres enfants et mener une vie normale. Sur le plan professionnel, elle considérait qu'elle ne posait aucun problème à ses employeurs. Si elle ne travaillait pas, c'était à cause d'événements extérieurs sur lesquels elle n'avait pas de prise (restructuration professionnelle, conflits avec d'autres employés qui étaient caractériels etc.). Elle-même n'avait aucun problème. Petit à petit, l'experte était gagnée par un sentiment de bizarrerie, la recourante abordant des sujets importants tels que la garde de son fils dans une totale non-conscience des aspects pratiques y liés et étant déconnectée d'une partie de la réalité. Il n'y avait cependant pas d'élément en faveur d'hallucinations visuelles, auditives ou cénesthésiques, de vol de la pensée, d'automatisme mental, d'idées de référence, de

A/3806/2017 - 11/21 - croyances bizarres ou magiques, ainsi que de perceptions bizarres. Elle relatait des épisodes de tristesse et d'angoisse dans sa vie, sans mettre ces épisodes au premier plan. Une tristesse n'était pas non plus perceptible pendant les entretiens ni une dévalorisation excessive. Elle n'avait pas confiance dans les gens mais la confiance en elle était bonne. Parfois elle se sentait si bien qu'elle dépensait et voyageait. Il y avait une bonne compréhension des questions et une bonne collaboration. La recourante était souriante mais son regard trahissait un certain état d'angoisse. Il y avait une bizarrerie de contact, sans évitement. La concentration était fluctuante avec des troubles mnésiques, des éléments biographiques flous et des dates peu précises. L'experte a également constaté une non-congruence entre le contenu du discours et les affects exprimés, lorsque la recourante avait raconté son agression à Rome en souriant. Elle avait banalisé cet événement et en était apparemment détachée.

#### **E. 34**

Au cours de l'expertise, la recourante a également fait l'objet d'un bilan neuropsychologique, lequel a conclu à un défaut de la mémoire épisodique verbale et non-verbale (apprentissage et stockage de l'information). Cliniquement, Madame R\_\_\_\_\_, neuropsychologue a également noté un possible manque d'organisation dans le fonctionnement au quotidien, la patient étant arrivée très tard au rendez-vous et ayant manqué le premier rendez-vous. L'efficacité intellectuelle se situait dans la zone dite moyenne faible.

#### **E. 35**

Dans ses écritures du 14 novembre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions sur la base de l'expertise judiciaire.

#### **E. 36**

Dans un avis médical du 13 novembre 2018, la doctoresse S\_\_\_\_\_ a relevé que le status psychiatrique n'avait pas mis en évidence des éléments de sévérité, hormis des troubles de la concentration et des troubles mnésiques. Les éléments de gravité de la schizophrénie, notamment hallucinations et désorganisation de la pensée n'étaient pas retrouvés, ce qui ne permettait pas de parler d'un trouble psychotique franc comme retenu par l'experte judiciaire. Elle ne justifiait pas la sévérité des diagnostics retenus et n'argumentait pas pourquoi elle s'écartait du diagnostic du Dr J\_\_\_\_\_ et des conclusions de ce dernier sur la capacité de travail. Contrairement à ce que l'experte avait indiqué, l'assurée n'était pas limitée dans tous les domaines de la vie, puisqu'elle conservait des loisirs sous forme de voyages planifiés en dernière minute de sorte à pouvoir toujours assister aux visites hebdomadaires de son fils. Cela parlait en défaveur d'une désorganisation de la pensée et d'un trouble anxieux. Par ailleurs, le bilan neuropsychologique effectué le 19 juin 2018 était meilleur que celui du 7 janvier 2013, dès lors qu'il n'y avait pas de difficulté exécutive contrairement à ce qui avait été mis en évidence en 2013. L'état de santé était ainsi presque amélioré. L'incapacité de travail totale retenue n'était en outre motivée à aucun endroit dans le rapport d'expertise, alors que le Dr J\_\_\_\_\_ avait repris des éléments objectifs pour qualifier la sévérité des troubles et fixer la capacité de travail à 50 %, en faisant le lien entre les diagnostics et les répercussions sur la vie quotidienne et professionnelle.

A/3806/2017 - 12/21 -

#### **E. 37**

Par écritures du 15 novembre 2018, l'intimé a également persisté dans ses conclusions sur la base de l'avis du SMR précité. Il a dénié une valeur probante à l'expertise de la Dresse Q\_\_\_\_\_ en raison des incohérences, discordances entre les diagnostics retenus et la gravité effectivement constatée cliniquement, ainsi que de l'absence de conclusions dûment motivées.

#### **E. 38**

Par écriture du 30 novembre 2018, la recourante a requis l'audition de l'experte judiciaire, tout en persistant dans ses conclusions.

#### **E. 39**

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 56ss LPGA). 3. Est litigieux en l'occurrence le droit à une rente d'invalidité de la recourante. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

A/3806/2017 - 13/21 - 5. 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 (art. 28 al. 2 LAI). 6. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie» (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée

sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

A/3806/2017 - 14/21 - 7. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). 8. a. 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). b. 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. A 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

A/3806/2017 - 15/21 - 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). c. 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. 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). 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). d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. En l'occurrence, l'experte judiciaire pose le diagnostic de schizophrénie et estime que la capacité de travail est nulle. Dans les limitations fonctionnelles, elle mentionne une hypoactivité, un retrait social, un appauvrissement de la pensée, des troubles mnésiques, diminution des facultés d'apprentissage, anosognosie et déni. La mise à profit de la capacité de travail ne serait pas supportable pour un employeur et la société. Il n'y a par ailleurs pas non plus d'amélioration de l'état de santé depuis novembre 2015. Il s'agit d'une maladie chronique répondant mal aux

A/3806/2017 - 16/21 - traitements médicamenteux et à pronostic réservé, selon l'état actuel des connaissances médicales. 10. a. Cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en connaissance du dossier médical complet, prend en considération les plaintes de la recourante, et repose sur un examen clinique approfondi, ainsi que des entretiens avec les médecins traitants et la mère de cette dernière. Enfin, l'expertise contient des conclusions motivées et cohérentes. b. L'intimé reproche toutefois à cette expertise des incohérences, des discordances entre les diagnostics retenus et la gravité effectivement constatée cliniquement, ainsi qu'un manque de motivation des conclusions. Selon le SMR, il ne ressort du status psychiatrique pas d'éléments de sévérité hormis des troubles de la concentration et des troubles mnésiques. Notamment les éléments de gravité de la schizophrénie, telles que des hallucinations et une désorganisation de la pensée font défaut. La recourante ne présente donc pas un trouble psychotique franc comme l'admet l'experte judiciaire. Celle-ci n'explique pas non plus pourquoi elle s'écarte du diagnostic du Dr J\_\_\_\_\_, ainsi que de ses conclusions sur la capacité de travail. Par ailleurs, dès lors que l'experte judiciaire n'a pas retrouvé les éléments du trouble de la personnalité borderline, cela pourrait constituer un indice pour une compensation de ce trouble. La recourante n'est pas non plus limitée dans tous les domaines de la vie, puisqu'elle conserve des loisirs sous forme de voyages planifiés en dernière minute et de sorte à pouvoir toujours assister aux visites hebdomadaires de son fils. Cela parle en défaveur d'une désorganisation de la pensée et d'un trouble anxieux. Enfin, le bilan neuropsychologique effectué le 11 juin 2018 est

meilleur que celui de janvier 2013, dès lors que seul un défaut de la mémoire épisodique verbale et non verbale est retrouvé. Le SMR considère dès lors que l'état de santé ne s'est pas péjoré depuis l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_. c. En premier lieu, il convient de relever que le diagnostic de schizophrénie a déjà été posé par la clinique La Métairie où la recourante a séjourné fin 2008 et début 2009. Au demeurant, la qualification précise de la maladie psychique de la recourante peut rester ouverte, seule étant déterminante sa répercussion sur la capacité de travail. Une bizarrerie de contact et une interprétativité sub-délinante, ainsi que des difficultés à organiser la journée et à planifier les activités sont constatées également lors de l'hospitalisation de la recourante en novembre 2012. Les soignants sont frappés par une incongruence majeure entre affect et humeur, la recourante souriant tout au long des entretiens, même lorsque les sujets abordés sont de nature très triste. Il y a également une forte impulsivité. Au demeurant, pendant cette hospitalisation sont évoqués des traits d'allure psychotique, ce qui va aussi dans le sens d'une schizophrénie. Lors du bilan neuropsychologique de janvier 2013, la recourante arrive systématiquement en retard aux séances et a de la difficulté à tenir compte des temps de déplacements.

A/3806/2017 - 17/21 - Le Dr C\_\_\_\_\_ relève, dans son rapport du 20 septembre 2013, que l'assurée a d'importantes difficultés pour tout ce qui est horaire, engagements et parole donnée, ce qui se manifeste par des contre-attitudes de ses employeurs, parents et amis. Selon ce médecin, seul un travail dans un environnement professionnellement pas trop exigeant, sans pression pour le rendement et sans responsabilités est possible. Lors d'une intervention psychiatrique en date du 24 novembre 2013, une bizarrerie de contact avec des sourires inadéquats est constatée. Les discours de la recourante sont très dispersés avec des plaintes multiples non-cohérentes. Dans son rapport de novembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ fait état d'un dysfonctionnement profond du comportement, alliant passivité, indifférence face à la réalité et agressivité lorsque la recourante n'obtient pas immédiatement satisfaction de ses besoins. Elle affiche une apparente bonne humeur malgré une situation peu satisfaisante. Le Dr D\_\_\_\_\_ constate aussi un évitement, une fuite de la réalité et une anosognosie. La capacité de travail est nulle selon ce médecin. À la suite d'une crise clastique, la recourante est hospitalisée le 13 février 2014 aux HUG. Il est fait état de sa violence lorsqu'elle demande de l'argent à ses parents sans obtenir satisfaction. Lors de son hospitalisation du 23 octobre au 4 novembre 2015 aux HUG, il est mentionné qu'elle présente une agitation et des propos incohérents, nécessitant l'introduction d'un traitement par Haldol. La recourante banalise sa situation et ses problèmes de santé, notamment les risques liés à la grossesse. Après la naissance de l'enfant, il est mis progressivement fin au traitement par Haldol et Temesta, au vu de l'amélioration clinique et du fait qu'elle allaite son bébé. Par la suite, l'assurée est restée stable sur le plan clinique, plus organisée et cohérente au niveau de la pensée. Pendant ce séjour, les médecins constatent aussi des troubles psychotiques tels qu'une incongruence psycho-affective (la recourante souriant et rigolant quand la possibilité de complications neurologiques chez son enfant ou le risque pour la vie sont évoqués), une interprétativité et une projectivité. Il y a aussi des perturbations importantes au niveau de son raisonnement et une grande immaturité. Enfin, durant son hospitalisation elle est mise sous curatelle. Il est également à noter que l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ mentionne que les phénomènes éventuels de dépersonnalisation et les états de stress extrêmes amènent un risque élevé que l'assurée ne puisse plus gérer les relations interpersonnelles. Au demeurant, le pronostic de cet expert est réservé, notamment en raison des éléments ressortant du dernier séjour psychiatrique aux HUG. Les difficultés de la recourante à prendre du recul sont sévères, si bien qu'elle met en danger les chances

de réussir les relations affectives ou sociales ou sur le plan professionnel. Les tensions à ce niveau deviennent rapidement fortes, la recourante ayant beaucoup de peine à prendre le point de vue de l'autre. Lors de sa seule expérience professionnelle à 100 % en tant que vendeuse, elle arrivait souvent en retard, sans être capable de

A/3806/2017 - 18/21 - modifier son comportement. Selon le Dr J\_\_\_\_\_, elle aurait ainsi besoin d'un accompagnement professionnel à moyen et long terme. Par ailleurs, son enfant est mis sous curatelle, en raison de la fragilité psychique de la recourante. Enfin, l'assurée est arrivée avec soixante minutes de retard au rendez-vous de cet expert. La Dresse L\_\_\_\_\_ atteste le 17 février 2017 que la recourante souffre d'une pathologie d'ordre psychotique qui affecte beaucoup son quotidien et ses relations sociales. Elle présente une grande difficulté à établir des relations avec sa famille, ainsi que dans le domaine professionnel et est dans le déni complet de sa pathologie. Son incapacité de travail est totale en raison du manque d'organisation, de l'incapacité à respecter les horaires et les rendez-vous, le manque de concentration et de résistance au stress. Son incapacité de travail est dès lors totale selon ce médecin. Il ressort de ces rapports médicaux et expertises que le dysfonctionnement social et professionnel de la recourante est sévère, dès lors qu'elle entre rapidement en conflit avec ses employeurs et n'arrive pas à respecter des horaires, si bien qu'elle n'a jamais réussi à garder un emploi durablement. Au demeurant, elle est sous curatelle, ainsi que son enfant, étant incapable de gérer sa vie et de s'occuper de son enfant. Par ailleurs, il est étonnant que le Dr J\_\_\_\_\_ considère que les troubles sont susceptibles d'être traités par une psychothérapie à long terme. En effet, de l'avis unanime des médecins, la recourante est anosognosique et n'arrive pas à respecter les rendez-vous médicaux. Elle est aussi arrivée très en retard au premier entretien de l'expertise judiciaire, ainsi qu'avec la neuropsychologue et a manqué le premier rendez-vous avec cette dernière. Dans ces conditions, une thérapie suivie semble impossible. En tout état de cause, s'agissant de troubles psychotiques, il ne pourrait s'agir que d'une psychothérapie de soutien, de tels troubles n'étant en principe pas guérissables. Il est pour le surplus étrange que le Dr J\_\_\_\_\_ retienne une amélioration durable de la santé après l'hospitalisation non volontaire de la recourante aux HUG du 23 octobre au 4 novembre 2015. S'il est vrai que son status à la sortie était amélioré, elle présentait toujours une incongruence idéo-affective évidente et une anosognosie partielle. Rien ne permettait de considérer que la recourante était alors capable de reprendre une activité professionnelle à 50 %, après avoir été traitée pour des troubles psychiques graves qui ne pouvaient être considérés comme guéris. Par ailleurs, si le traitement neuroleptique a été interrompu durant cette hospitalisation, cela tenait uniquement au fait que la recourante voulait allaiter son enfant. À noter également que cet expert a lui-même relevé dans son expertise, en le mettant en gras et en le soulignant, après avoir résumé le rapport de sortie des HUG relatif à l'hospitalisation en 2015, « Ce dernier séjour en psychiatrie de [la recourante] met en évidence la complexité et la sévérité des troubles psychiques ayant un impact direct sur son quotidien et sur différents domaines de sa vie, à savoir, conjugal, personnel, interpersonnel, son

A/3806/2017 - 19/21 - incapacité de trouver un travail depuis de nombreux mois, isolement social également. » (expertise J\_\_\_\_\_ p. 12). Il ressort en outre du rapport de M\_\_\_\_\_ du 20 février 2017, que la recourante a toujours de grandes difficultés à structurer sa pensée et à se représenter les espaces et le temps. Un suivi régulier est impossible, plusieurs rendez-vous ayant dû être annulés et déplacés. Les absences ne sont souvent pas excusées. La Dresse L\_\_\_\_\_ atteste également le 24 février 2017 que la recourante a toujours une

grande difficulté à établir des relations avec sa famille et dans le domaine professionnel. Elle est dans le déni complet de sa pathologie et incapable de travailler en raison en particulier du manque d'organisation, de l'incapacité de respecter les horaires et les rendez-vous, le manque de concentration et de résistance au stress. Il est toutefois vrai que la recourante est capable d'acheter des billets d'avion sur internet et de partir dans différents pays, et donc de respecter les horaires des avions, ainsi que de s'organiser pour ne partir qu'entre deux visites hebdomadaires de son fils. Il ne semble pas non plus qu'elle soit en retard lors de ces visites. Il n'en demeure pas moins que lorsqu'elle manque de motivation, pour se rendre chez le médecin ou au travail, la recourante est incapable de respecter des horaires, comme cela a été mis en exergue par tous les médecins et les neuropsychologues, sans que l'on puisse imputer son comportement à un manque de volonté. De surcroît, le fait d'entreprendre seule de nombreux voyages en avion, décidés en dernière minute en fonction du prix des billets, ne peut être considéré comme un loisir « normal ». Il appert de ce qui précède que le Dr J\_\_\_\_\_ est, avec le SMR, le seul médecin à considérer que la recourante présente une capacité de travail résiduelle. La chambre de céans ayant jugé cette conclusion incohérente au vu des dysfonctionnements majeurs de la recourante et de plusieurs hospitalisations, elle a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En ce qui concerne le médecin du SMR, il convient de relever qu'il n'est pas spécialiste en matière de psychiatrie et qu'il a en réalité substitué son appréciation à celle de l'experte judiciaire. Enfin, les indicateurs jurisprudentiels pour juger du caractère invalidant des atteintes psychiatriques sont en l'occurrence à l'évidence remplis, de sorte qu'il peut être renoncé à les examiner dans les détails. Ainsi, il convient de constater que les conclusions de l'expertise psychiatrique sont cohérentes et convaincantes, si bien qu'une incapacité de travail totale doit être retenue. 11. Cela étant, il convient de reconnaître à la recourante le droit à une rente d'invalidité entière sans limite dans le temps, six mois après la réception de sa demande le 29 août 2013 (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit dès février 2014. 12. Le recours sera ainsi admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès février 2014.

A/3806/2017 - 20/21 - 13. Dès lors que l'intimé succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

\*\*\*

A/3806/2017 - 21/21 - 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.