

GE_GERICHTE ATAS/1177/2017 vom 21. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1177_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1177/2017 du 21 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1177/2017 del 21 dicembre 2017

Erwägungen

E. 21

Dans sa réplique du 9 janvier 2015, la recourante a observé qu'il semblait difficile même pour un expert expérimenté de poser un diagnostic définitif lors d'un simple entretien de quelques dizaines de minute en cas de troubles anxieux se manifestant en réaction à certaines circonstances. De plus, ses conclusions étaient diamétralement opposées à celles de son psychiatre traitant, qui avait posé un diagnostic après un suivi de plusieurs années. Ayant été fragilisée par l'expérience familiale de son père, qui invoquait sans cesse son placement en foyer, elle a émis des réserves sur les propos de l'expert rapportant qu'elle lui aurait déclaré être en mesure de s'occuper sans difficultés de son enfant. L'expert considérait son anxiété comme non invalidante sans prendre en considération les conclusions circonstanciées du médecin-conseil de son ancien employeur, de sorte que cette A/3468/2014 - 8/29 - qualification était contestée. Il avait interprété ses propos de façon très large en les sortant de leur contexte. En réalité, elle pouvait sortir de chez elle, mais ne le faisait qu'en cas d'absolue nécessité, très rarement et au prix de gros efforts. Elle ne pouvait que rarement amener ou aller chercher son fils à l'école, lequel était de ce fait souvent absent parce qu'elle n'osait pas sortir de chez elle. Les blocages de principes et graves n'avaient pas été suggérés – comme le prétendait l'expert –, mais confirmés par téléphones et écrits. Elle n'osait pas répondre au téléphone ou ouvrir son courrier, notamment la décision litigieuse. Même si, selon la jurisprudence, les rapports des médecins traitants devaient être évalués avec réserve, ils ne devaient pas pour autant être ignorés. Les rapports de son psychiatre traitant et de l'expert étaient diamétralement opposés. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.

E. 22

Le 6 février 2015, la recourante a produit dans la procédure diverses pièces : - Un rapport établi le 30 janvier 2015 par la Dre E_____, prenant position sur l'expertise du Dr F_____, qui considérait que la recourante présentait un trouble anxieux depuis l'âge de seize ans environ qu'elle compensait par la prise de benzodiazépines depuis la même époque. Dès le début de sa prise en charge en septembre 2004, la Dre E_____ avait tenté de la sevrer en introduisant des antidépresseurs mais sans succès. La recourante arrivait parfois à diminuer les doses mais les augmentait à nouveau au moindre stress. Lors de son séjour à la clinique Belmont, en 2009, les médecins avaient été très loin d'un sevrage puisqu'ils avaient remplacé une benzodiazépine par un cocktail de benzodiazépines, à savoir le Xanax contre le Demetrin, le Tenesta et le Rivotril. Après un accident au genou, elle avait introduit du Tranxilium que la recourante avait progressivement augmenté au fil des mois et années en la mettant devant le fait accompli, la plupart du temps à l'occasion d'un stress de vie. Un sevrage ambulatoire était impossible au vu de l'importance de l'angoisse de la recourante et de son refus de tenter un sevrage hospitalier au motif qu'elle

n'en avait pas gardé de bons souvenirs et qu'elle était préoccupée par la garde de son fils. Le trouble actuel grave et la dépendance aux benzodiazépines avaient mené à un parcours professionnel extrêmement chaotique depuis plus de quinze ans, lequel avait été masqué en partie par le statut de fonctionnaire. Le transfert dans un poste de travail très dévalorisant avec mobbing de la part de son supérieur n'avait fait qu'accélérer une évolution inéluctable vers une incapacité de travail qui se dessinait déjà depuis de nombreuses années. La recourante passait ses matinées alitée et était en général incapable d'amener son fils à l'école. Elle avait de la peine à assumer les tâches ménagères et même son hygiène personnelle à certaines périodes. Elle cachait le fait qu'elle avait de la peine à accompagner son fils de peur que les services sociaux le lui enlèvent. Elle ne montait jamais dans les transports publics et ne se déplaçait qu'en voiture. Elle souffrait d'un trouble de la personnalité de type dépendante qui la rendait incapable de prendre une décision importante, y compris pour elle-même, sans

A/3468/2014 - 9/29 - en référer à une personne proche. Elle répondait à tous les critères de la définition de cette personnalité selon la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM). - Le courrier adressé le 20 janvier 2012 à la Dre E_____ par le docteur H_____, médecin associé auprès du service de santé de l'État, selon lequel il connaissait la situation de la recourante depuis novembre 2000, période à laquelle elle lui avait été signalée en raison d'absences à répétition, puis en 2002, 2005 et 2008 pour les mêmes motifs. Actuellement, elle était à nouveau référée en raison d'une absence continue depuis plusieurs mois. Au cours de l'entretien qu'il avait eu avec l'assurée, elle lui avait expliqué qu'elle ne pouvait pas envisager de retourner travailler dans le même domaine qu'auparavant, tant la situation professionnelle était dégradée et tant l'entente avec sa hiérarchie était mauvaise. Cela provoquait chez elle une exacerbation de son trouble anxieux et des migraines ophtalmiques dont elle souffrait. Il avait proposé à la recourante un entretien avec le psychiatre consultant de l'État, le docteur I_____ qui pourrait poser un regard extérieur important si une démarche auprès de l'intimé était initiée. Il suggérait d'établir un rapport de synthèse sur le parcours professionnel très difficile de la recourante qui pourrait également faciliter l'entrée en matière de l'intimé. - Un extrait de la classification internationale des troubles mentaux CIM-10- OMS, relatif à la personnalité dépendante F60.7 dont il ressort qu'il s'agit d'un trouble de la personnalité caractérisée par :

- a) le fait d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place ;
- b) une subordination de ses propres besoins à ceux de personnes dont on dépend ou une soumission excessive à leur volonté ;
- c) une réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend ;
- d) un sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul ;
- e) une préoccupation par la peur d'être abandonné par la personne avec qui le sujet a une relation proche et d'être livré à soi-même ;
- f) une capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui. Le trouble peut s'accompagner d'une perception de soi comme faible, incompetent et manquant d'énergie.

E. 23

Dans son écriture du 6 février 2015 et en se référant au rapport de la Dre E_____, la recourante a relevé que, contrairement à ce qu'affirmait l'expert, le séjour à la clinique Belmont en 2009 n'avait pas eu l'effet escompté et qu'elle n'avait pas

A/3468/2014 - 10/29 - accompli correctement vingt-deux années de service. Ses problèmes de santé n'étaient pas une réaction transitoire à un mobbing professionnel, mais entraînaient un problème professionnel de longue date dû au trouble anxieux avec attaques de panique, agoraphobie et migraines accompagnées ainsi qu'aux effets secondaires des tranquillisants. Elle était en général incapable d'amener son fils à l'école. La divergence sur ce dernier point avec le rapport de l'expert pouvait s'expliquer par le fait qu'elle cachait avoir de la peine à accompagner son fils à l'école. Elle a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes.

E. 24

Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 18 février 2015, la recourante a déclaré être toujours en arrêt de travail, avoir toujours besoin de benzodiazépines et ne pas pouvoir faire autrement. Elle consultait la Dre E_____ hebdomadairement. L'intimé a précisé n'avoir pas encore soumis le rapport de la Dre E_____ du 30 janvier 2015 au SMR et a requis un délai pour se déterminer sur les observations faites par ce médecin.

E. 25

Par décision du 19 février 2015, le vice-président du Tribunal civil a accordé l'assistance juridique à la recourante pour la présente procédure avec effet au 1er décembre 2014.

E. 26

Dans son écriture du 5 mars 2015, l'intimé a indiqué que le rapport de la Dre E_____ du 30 janvier 2015 avait été soumis au SMR et qu'il en résultait que ce médecin ne faisait valoir aucun élément qui n'avait pas été pris en compte dans le rapport d'expertise. Par conséquent, l'intimé confirmait ses conclusions précédentes. Il a produit à la procédure l'avis du SMR daté du 26 février 2015. Selon ce dernier, le tableau décrit par le médecin traitant coïncidait exactement avec le status fait par l'expert. Ce dernier avait décrit une dépendance aux benzodiazépines mais ne l'avait pas considérée comme invalidante, dès lors que la recourante avait pu se former, travailler et construire une vie affective. Le fait que la recourante ne sortait pas de chez elle par peur de croiser un ancien collègue, car elle habitait à côté de son ancien poste de travail, n'était pas du ressort de la médecine, mais plutôt de la sphère sociale. En définitive, il y avait deux appréciations différentes du même état de fait et compte tenu de la valeur probante de l'expertise, il convenait de s'en tenir aux conclusions de celle-ci.

E. 27

Le 24 avril 2015, la recourante a produit un nouveau rapport de la Dre E_____ daté du même jour, laquelle contestait le status fait par l'expert. Le Dr F_____ constatait l'agoraphobie dans ses tests, mais ne la retenait pas dans ses diagnostics, attribuant les symptômes à de la théâtralisation et à une réaction exagérée à un conflit de travail. Il minimisait toute sa symptomatologie. Il attribuait l'auto-dévalorisation qu'il avait décrite à la volonté d'obtenir une rente. Or, elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent fluctuant de sévérité moyenne à sévère. Par conséquent, il s'agissait d'un sentiment permanent faisant partie d'une

A/3468/2014 - 11/29 - symptomatologie dépressive importante à laquelle s'ajoutaient l'anxiété généralisée, l'agoraphobie avec attaques de panique et le trouble de la personnalité de type dépendante. Cette symptomatologie s'était aggravée au cours des années malgré de multiples essais de traitements médicamenteux et des suivis psychothérapeutiques réguliers.

La dépendance aux benzodiazépines s'était également aggravée progressivement et était devenue très invalidante, même s'il était difficile de démêler ce qui lui était attribuable de ce qui était dû aux autres troubles. La peur qu'elle avait de rencontrer ses anciens chefs n'était pas un problème social, mais un symptôme anxieux de type phobique, à savoir un évitement suite à un traumatisme (mobbing) et faisait également partie d'une symptomatologie générale de dépendance. La recourante avait pu fonctionner plus ou moins bien pendant quelques années grâce à l'appui intensif de son entourage, ses parents surtout. Lorsque ceux-ci n'avaient plus pu être présents, pour des raisons de santé, elle n'avait plus été en mesure d'assumer son travail en plus de sa vie quotidienne. En définitive, elle souffrait d'une symptomatologie importante qui la rendait incapable de travailler.

E. 28

Dans son écriture du 24 avril 2015 et en se référant au rapport de la Dre E_____, la recourante a contesté que le tableau décrit par celle-ci et le status fait par l'expert concordait, que la dépendance aux benzodiazépines ne serait pas invalidante et que son invalidité serait due à des problèmes sociaux. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.

E. 29

Dans son écriture du 19 mai 2015, l'intimé a indiqué avoir soumis le rapport de la Dre E_____ au SMR et a maintenu sa position en se référant à l'avis de celui-ci du 8 mai 2015. Dans son avis du 8 mai 2015, le SMR a considéré que la symptomatologie dépressive importante invoquée par le psychiatre traitant ne se fondait que sur les plaintes de la recourante sans aucun élément objectif. De même, la Dre E_____ motivait la sévérité de l'atteinte par l'importance de l'absentéisme sans justification médicale. Les arguments du psychiatre traitant contre l'expertise, en particulier s'agissant de la dépendance, confirmaient l'évaluation de l'expert, à savoir la conviction de la recourante d'être invalide, renforcée par le soutien de son psychiatre.

E. 30

Dans son écriture du 11 juin 2015, la recourante a contesté l'appréciation du SMR du 8 mai 2015. Il importait que la Dre E_____ puisse être entendue sur son rapport du 24 avril 2015. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale, au besoin après l'audition des Drs E_____, H_____, J_____ et de son compagnon. Elle a persisté dans ses précédentes conclusions.

E. 31

Le 15 juin 2015, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.

E. 32

Par ordonnance du 19 janvier 2016, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique de la recourante au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle estimait ne pas pouvoir, sans complément d'instruction,

A/3468/2014 - 12/29 - reconnaître une valeur probante à l'expertise du Dr F_____, car il avait statué sur la base d'un dossier incomplet. En outre, ses conclusions étaient contestées par la Dre E_____, qui faisait état d'éléments objectivement vérifiables, à savoir l'agoraphobie et le trouble de la personnalité de type dépendante qui n'avaient pas été diagnostiqués ou discutés par le Dr F_____.

E. 33

À teneur de son rapport du 10 décembre 2016, le Dr K_____ a procédé à l'expertise psychiatrique en se fondant sur : - plusieurs entretiens réalisés avec l'expertisée les 18 mai, 21 juin, 22 septembre et 19 octobre 2016 ; - les questionnaires d'évaluation clinique réalisés avec l'expertisée le 17 octobre 2016 ; - l'extrait du dossier de l'OAI et, en particulier, l'expertise réalisée par le Dr F_____ le 10 mars 2014 ; - les procès-verbaux des opérations et décisions du juge informateur de l'arrondissement de Lausanne (enquête n° 7416) ; - les pièces utiles du dossier de prise en charge psychiatrique à la consultation Jonction du département de psychiatrie des HUG du 5 juin 2000 et des fiches de bilan/transmission des 14 juillet 2001 et 27 septembre 2002 ; - les lettres de sortie de la clinique de Belle-Idée et de la consultation Jonction de la Dre C_____ en date respectivement des 22 décembre 2000 et 18 avril 2001 ; - la lettre de la Dre D_____ au Dr H_____ du service de santé de l'État de Genève le 29 août 2002 ; - un entretien téléphonique avec le Dr H_____ du 16 novembre 2016 ; - un entretien téléphonique avec la Dre E_____ du décembre 2016. Le rapport contient une anamnèse familiale et personnelle de l'expertisée. Il décrit son parcours professionnel et son parcours médico-psychologique ainsi que ses plaintes et les données subjectives. S'agissant du parcours médico-psychologique, l'expert a relevé que, depuis 2002, l'expertisée avait travaillé avec de nombreuses absences. De secrétaire du responsable, elle avait été progressivement affectée à des postes moins conséquents pour n'occuper finalement qu'un poste d'archiviste. Sa dépendance active aux benzodiazépines s'en était trouvée renforcée. L'expertisée avait perdu ses repères et sa confiance en elle. Elle avait séjourné sept semaines, d'avril à mai 2009, à la clinique Belmont pour sevrage de psychotropes. Elle avait ensuite eu un accident au genou nécessitant une intervention chirurgicale et avait été absente du travail encore quatre mois, puis la reprise s'était avérée très difficile. En 2010, le service des ressources humaines avait fait un nouveau bilan de ses absences, qui cumulaient 734 jours depuis 2007. Dès juin 2012, après de nouvelles périodes de longues absences décrites par la Dre E_____ pour épuisement professionnel cumulant jusqu'à deux années complètes et un arrêt travail complet

A/3468/2014 - 13/29 - depuis le mois d'octobre 2011, une recommandation de détection précoce d'invalidité avait été ordonnée. L'assurée craignait d'être abandonnée même par son médecin traitant. Elle se terrait à domicile et évitait progressivement tout contact social hormis le cercle restreint de sa famille. Elle ne communiquait plus que par SMS et renvoyait très fréquemment ses rendez-vous (convocation de l'OAI, de ses employeurs ou du médecin de l'État). Actuellement, l'assurée était toujours suivie par la Dre E_____, mais elle ne se rendait qu'à un rendez-vous sur quatre au maximum, une fois par mois. Sa situation sociale était extrêmement détériorée. Elle ne sortait plus de chez elle non accompagnée depuis plus d'un an. L'intendance familiale était totalement prise en charge par son mari. L'expert a procédé à des constatations objectives et décrit un status psychopathologique. Il a posé les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques ; trouble de l'humeur et du comportement lié à l'usage de benzodiazépines sous régime de substitution au Tranxilium ; trouble de la personnalité mixte avec traits émotionnellement labiles type borderline et dépendants ; traits de personnalité histrionique. Les troubles psychiques diagnostiqués étaient tous graves. Les comorbidités majeures conjuguant un trouble grave de la personnalité, un trouble anxieux sévère et des épisodes dépressifs se renforçant mutuellement. Lorsqu'une dépendance à des produits psychotropes s'installait, cette dernière alimentait les composantes négatives du trouble de la personnalité et de l'anxiété,

en particulier l'évitement, la projectivité et le retrait social. La compliance et l'engagement à un traitement pouvaient également être préterités. Ces troubles psychiques avaient valeur de maladie en tant que telle selon la CIM-10. L'expert concluait que la recourante souffrait de troubles psychiques depuis juin 2000 au moins, avec évolution négative. Les troubles avaient été décelés cliniquement lors d'une première intervention psychiatrique, le 5 juin 2000 à la consultation Ouest-Jonction de la clinique de psychiatrie II au département de psychiatrie des HUG par la Dre C_____. Les limitations fonctionnelles dues aux troubles diagnostiqués étaient un trouble de l'adaptation majeur avec incapacité à investir des tâches avec un minimum de continuité et à prendre des responsabilités sans un appui constant et structurant, une intolérance à la contrainte et une instabilité dans les rapports professionnels et avec la hiérarchie. Les troubles psychiques constatés nécessitaient une prise en charge spécialisée. Un suivi était actuellement en cours. Les troubles étaient actuellement enkystés et, même si la patiente reconnaissait valablement ses difficultés et en souffrait, sa motivation pour un traitement de sevrage et un travail d'exposition avec prévention de la réponse était faible. Un tel traitement était redouté. De la même façon, un engagement dans un cadre de soins plus intensif de gestion des émotions ou des composantes délétères du trouble de la personnalité apparaissait inaccessible à l'expertisée dans le moyen terme.

A/3468/2014 - 14/29 - La capacité de travail de l'assurée était de 0% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. La dépendance de l'assurée avait une incidence majeure sur sa capacité de travail : dépendance de longue durée aux benzodiazépines avec évitements massifs ouverts et couverts (évitements de la pensée de crise ou de son affrontement), incapacité de gestion de l'anxiété, besoin parfois massif et immédiat d'objet contra-phobique (par exemple présence de sa mère, de son fils ou de son ami) ou fuite dans la consommation de produits psychotropes (benzodiazépines). Il y avait une diminution de rendement de 100%. Depuis 2011, la capacité de travail avait subi une réduction de plus de 25%. La capacité de travail avait été réduite jusqu'à une incapacité totale durant ces dernières années. L'expertisée parvenait actuellement à réaliser et investir tant bien que mal sa fonction parentale ainsi qu'une partie de ses tâches ménagères avec l'appui permanent de son entourage, en particulier celui de son ami et de sa mère. C'était dans les limites restreintes de ce cadre familial habituel et sécurisant qu'elle parvenait à évoluer et à se mobiliser. L'expert avait noté l'apparition d'une symptomatologie phobique et évitante dès qu'un contexte de confrontation différent et nouveau se présentait à l'expertisée. Sa situation actuelle laissait peu de place à une amélioration à moyen terme de ses capacités d'adaptation et de gestion de ses émotions. Son mode de pensée était rigide et elle semblait avoir épuisé son aptitude au changement ou à une adaptation à un cadre nouveau. Le pronostic pour une activité professionnelle, même à temps partiel, apparaissait compromis de façon prolongée tant pour son degré de performance et de productivité nul, des limitations temporelles majeures que pour son inadéquation dans le contact avec d'autres personnes. Un reclassement professionnel ou des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiqués. Il apparaissait improbable que l'expertisée recouvre ses capacités de gain en raison de ses troubles psychiques dans le moyen terme. Elle n'était pas capable de s'adapter à un environnement professionnel. Malgré la résistance marquée de l'expertisée aux mesures d'ordre psychothérapeutique proposées en rapport aux débordements émotionnels et anxieux, elle devait être encouragée à poursuivre les démarches actuelles de soutien psychothérapeutique et motivée à envisager un sevrage de benzodiazépines partiel sur une base hospitalière puis ambulatoire avec une thérapie d'exposition avec prévention de la réponse, des entretiens motivationnels et éventuellement une approche groupale

supplémentaire. Les résultats en termes de gestion de sa dépendance à l'égard de sa famille et son émancipation sociale y étaient étroitement liés. La motivation et l'attente de résultats étaient néanmoins très précaires et un engagement dans un tel processus semblait compromis et difficilement exigible, compte tenu de la comorbidité (trouble de la personnalité) présentée par l'expertisée. La Dre E_____ partageait cette perspective thérapeutique.

A/3468/2014 - 15/29 - L'expert a ensuite commenté l'évaluation du Dr F_____, sur plus de quatre pages, et celle du SMR (qui suivait les conclusions du Dr F_____). Il ne pouvait soutenir le point de vue de ce dernier sur le fait que la dépendance aux tranquillisants n'avait jamais été diagnostiquée en tant que tel. Réduire comme le faisait l'expert la situation anxieuse et dépressive de l'expertisée à un simple trouble de l'adaptation au travail ne reflétait pas la gravité de la pathologie sous-jacente beaucoup plus invalidante présentée par l'expertisée. Contrairement au Dr F_____, l'expert considérait que le mode de vie de l'expertisée n'était pas guidé par un choix personnel, mais bien par une pathologie anxieuse envahissante et invalidante. Il ne pouvait soutenir comme le Dr F_____ que l'expertisée avait effectué 22 ans de service correctement, ni ne partageait avec ce dernier la notion d'une « tendance à l'accentuation » des plaintes ni d'une problématique anxieuse « surtout subjectivement investie » par l'expertisée. L'expert relevait qu'il n'y avait pas de divergences entre son évaluation et celle de la Dre E_____ lors de ses différents rapports qui dénotaient une connaissance du cas en adéquation avec les observations de l'expertise. Sous appréciation du cas et pronostic, l'expert a indiqué que l'anamnèse et l'examen clinique de l'expertisée parlaient pour un trouble panique avec agoraphobie sévère évoluant depuis de nombreuses années et péjoré par un terrain de troubles de la personnalité dépendante et immature. Ceci entrait dans le cadre plus large d'un trouble développemental du lien et de l'attachement évoluant depuis l'enfance, aggravé dès l'adolescence par une affection somatique (tuberculose). La relative stabilité émotionnelle vécue durant sa formation et ses années d'emploi relevait principalement d'un ancrage dans un contexte professionnel soutenant et tolérant vécu comme quasi familial ainsi qu'à une vie familiale très structurée et s'étant adapté aux troubles de l'expertisée. Ce contexte avait volé en éclat lors de la dégradation de la relation de l'expertisée avec son mari, puis sa parentalité et enfin, lorsque son anxiété et ses absences avaient mis à mal ses rapports de confiance avec ses employeurs et fait douter l'expertisée de l'appui inconditionnel qu'elle escomptait. Elle s'était alors sentie menacée et sa psychopathologie anxieuse était devenue envahissante avec une recrudescence de crises de panique aiguës et comportements de fuite et évitements. Elle s'était repliée sur elle-même pour finalement rester strictement confinée au premier cercle affectif, le noyau familial. Parallèlement, elle consommait sans maîtrise ni élaboration avec ses thérapeutes, jusqu'à l'abus, une médication anxiolytique. Elle ne répondait plus au téléphone et ne communiquait plus que par SMS avec ses thérapeutes. Ses sorties étaient depuis plusieurs mois exclusivement réalisées avec son entourage. Elle exprimait la nécessité d'un accompagnement permanent pour toute exposition sociale. Cette présence revêtait un caractère contra-phobique aux troubles anxieux. Les absences pour maladies étaient en grande partie à mettre en rapport avec ce trouble, tant dans ses composantes affectives cognitives que comportementales.

A/3468/2014 - 16/29 -

Le 22 février 2017, la recourante a observé que le refus de l'OAI de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité, la plaçait dans une situation personnelle et financière catastrophiques. L'expertise judiciaire démontrait de manière univoque son incapacité de travail à 100%. Elle invitait la chambre de céans à se déterminer sans tarder sur cette base.

E. 35

Le 1er mars 2017, l'intimé a observé, sur la base d'un avis établi par le SMR le 17 février 2017, que l'expertise ne remplissait pas les critères jurisprudentiels applicables en la matière. L'expert n'expliquait nullement les raisons qui lui faisaient retenir le trouble de la personnalité mixte, le début de l'incapacité totale de travail n'était pas indiqué, l'expert n'avait pas discuté des observations cliniques et des conclusions du Dr F_____, qui avait examiné l'assurée à l'époque. Au final, malgré ses défauts, l'expertise montrait que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé postérieurement à l'expertise du Dr F_____ (cf. anamnèse et examen clinique). En effet, le Dr K_____ avait indiqué que la situation sociale était extrêmement détériorée, que l'expertisée ne sortait plus de chez elle sans être accompagnée « depuis plus d'un an ». Elle faisait ses courses avec sa mère et s'organisait pour que cette dernière vienne chercher son fils avec elle à l'école. La psychopathologie présentée par l'expertisée était « actuellement » enkystée. Elle ne répondait plus au téléphone et ne communiquait plus que par des SMS avec ses thérapeutes. Ces sorties étaient « depuis plusieurs mois » exclusivement réalisées avec son entourage. L'expertisée exprimait la nécessité d'un accompagnement permanent pour toute exposition sociale. Elle s'assurait de la présence de quelqu'un pour sortir de chez elle et vaquer à ses occupations à l'extérieur de la maison. Cette présence revêtait un caractère contra-phobique au trouble anxieux. L'OAI modifiait ses conclusions dans le sens où l'état de santé de l'assurée s'était aggravé postérieurement à l'expertise du Dr F_____. Selon l'avis établi par la docteure L_____, médecin SMR, le novembre 2012, l'expert retenait comme diagnostics un trouble panique (avec agoraphobie), un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère), un trouble de la personnalité mixte (dépendant et émotionnellement labile) avec des traits histrioniques et des troubles de l'humeur et du comportement liés à l'usage de benzodiazépines. L'expert considérait que la capacité de travail avait été réduite jusqu'à une incapacité totale durant ces dernières années sans en spécifier le début. Par ailleurs, l'expert ne différenciait pas les atteintes ayant ou pas des répercussions sur la capacité de travail. Pour ce qui était du trouble de la personnalité mixte, l'expert n'expliquait nullement les raisons en termes de la CIM-10 qui lui faisaient retenir cette atteinte. Or, l'assurée avait pu se former (scolarité normale, CFC de commerce) et avait pu exercer une activité professionnelle durant vingt-deux ans. La Dre L_____ ne pouvait pas suivre la position de l'expert judiciaire lorsqu'il remettait en question l'évaluation du Dr F_____, dans la mesure où il le faisait sur la base de son propre examen clinique effectué en 2016. À aucun moment, l'expert judiciaire n'avait pris comme base de son raisonnement le status (examen clinique) effectué en 2014 par

A/3468/2014 - 17/29 - le Dr F_____. Ceci expliquait la position diamétralement opposée des experts (diagnostic et capacité de travail). Une comparaison des deux expertises, notamment de l'examen clinique et de l'anamnèse, mettait en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assurée postérieure à l'expertise effectuée par le Dr F_____ (cf. notamment pages 8, 17, 18 et 21 de l'expertise judiciaire). Cette aggravation était à situer au plus tôt une année avant l'expertise judiciaire si l'on se fondait sur l'anamnèse, mais au plus tard au moment de ladite expertise, si l'on se fondait sur les constatations cliniques.

E. 36

Le 8 mars 2017, la recourante a fait valoir qu'il était impossible de déterminer si l'OAI admettait le recours ou non. Elle demandait son interpellation à ce sujet, par économie de procédure, au vu d'éviter des déterminations complémentaires et l'audition de l'expert, qui n'apparaissait pas nécessaire.

E. 37

Le 20 mars 2017, l'OAI a précisé qu'il maintenait intégralement sa position telle qu'exprimée dans son préavis du 8 décembre 2014 pour la période antérieure à l'aggravation de l'état de santé de la recourante.

E. 38

Entendu par la chambre de céans le 17 mai 2017, le Dr K_____ a déclaré qu'il avait toujours considéré les arrêts de travail comme correspondant à la réalité au vu des éléments figurant au dossier, plus particulièrement les appréciations orales de ses médecins. Il avait en effet eu des entretiens téléphoniques avec les Drs E_____ et H_____. Ce dernier lui avait expliqué que l'expertisée avait présenté de nombreuses incapacités de travail entre 2007 et 2010, représentant au total 734 jours d'incapacité de travail. S'il se fondait sur le dernier arrêt de travail de mai 2011 avec une demande de détection précoce à l'AI faite en juin 2011, mais devenue effective en octobre 2011, car l'assurée ne pouvait répondre aux convocations, il pouvait dire qu'en tout cas depuis mai 2011 l'incapacité de travail était de 100% de manière durable. Auparavant, il y avait déjà de nombreuses incapacités de travail. L'assurée avait fait une première demande d'AI en 2002 avant de reprendre son travail. Par la suite, il y avait eu une tentative de lui fournir un cadre plus sécurisant au travail, mais elle n'avait finalement pas pu tenir. Depuis 2009, il y avait eu de nombreuses incapacités de travail. L'assurée souffrait de maux de tête, parfois elle était phobique et anxieuse. Il y avait une atteinte à l'image corporelle parce qu'elle avait pris beaucoup de poids. Il était difficile de différencier les différentes atteintes à la santé et leur répercussion sur la capacité de travail. Quand on parlait de comorbidité, il s'agissait d'un ensemble et il convenait d'évaluer la capacité de travail dans sa globalité. Si la base anxieuse était délétère en 2016 lors de son expertise et qu'elle était admise par l'AI, il était difficile qu'elle soit majorée ou falsifiée en 2014, étant relevé que l'expertisée avait mis six mois pour se présenter chez l'expert M_____. Il confirmait son point de vue, à savoir que l'incapacité de travail durable datait de mai 2011, sur la base des arrêts de travail prolongés délivrés par les médecins de l'expertisée. Il convenait cependant de relever qu'en 2009, l'expertisée avait subi un sevrage qui s'était soldé par un échec. La Dre E_____ indiquait qu'elle prenait une dose de 120 mg de Tranxilium par

A/3468/2014 - 18/29 - jour, ce qui était une dose maximale. On pouvait déjà imaginer que l'expertisée n'avait pas toutes ses capacités pour tenir son activité. Il était difficile d'apprécier si l'expertisée présentait déjà une incapacité de travail totale en 2009. Face à une activité exigeante, une capacité de travail de 100% n'était en tout cas pas possible. Peut-être que dans une activité simple, elle aurait pu travailler, mais avec un rendement diminué. En 2009, elle ne sortait plus de chez elle. En tout cas à partir de mai 2011, l'incapacité de travail totale était durable. En trois ans, de 2007 à 2010, l'expertisée avait eu 734 jours d'incapacité de travail, qui étaient justifiés d'après le Dr H_____. C'était vraiment le trouble anxieux avec des attaques de panique sur un terrain de trouble de la personnalité qui expliquait l'évolution de sa pathologie. Tant qu'elle avait pu bénéficier

d'un cadre sécurisant, elle avait pu conserver une capacité de travail, qui finalement s'était étiolée surtout lorsqu'elle n'avait plus bénéficié du cadre sécurisant de son père dans le cadre de son travail. Elle manquait ses rendez-vous médicaux et ne voulait pas se confronter. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité, plusieurs éléments visibles pouvaient être cités tels que l'anxiété, l'évitement, la recherche de protection, la sensation de vide. D'autres éléments pouvaient être cités tels que des difficultés à avoir une cohérence interne, ne pas pouvoir prendre de décisions ou être très réactif à l'interlocuteur. Il avait l'impression que l'expertise du Dr F_____ était fondée sur la conviction qu'il y avait une majoration des symptômes. L'expertisée pouvait certes donner le change un moment. Cela étant, il était convaincu qu'elle ne pouvait pas travailler au regard du status clinique de son expertise et des rapports des médecins qui l'avaient examinée. La rigidité de la pensée était aussi un moyen de se défendre contre l'anxiété. La Dre C_____ qui avait vu la patiente en 2000 était particulièrement spécialisée dans les troubles de la personnalité. Elle avait, déjà à ce moment-là, posé le diagnostic d'un trouble mixte de la personnalité. En 2002, le diagnostic avait été confirmé.

E. 39

Le 7 juin 2017, l'OAI a observé que lorsque des éléments contradictoires figuraient au dossier, le rôle de l'expert consistait à procéder à une nouvelle analyse du dossier, voire à de nouvelles investigations, afin de clarifier la situation médicale de l'assurée. L'expert ne pouvait ainsi se contenter de se rallier à la position des Drs H_____ et E_____ et justifier la sévérité de l'atteinte à la santé par l'importance de l'absentéisme sans justification de l'atteinte. Il ressortait des rapports des médecins ayant suivi l'assurée et auxquels l'expert se référait pour justifier une incapacité de travail dès mai 2011 que le Dr E_____ avait indiqué dans son rapport du 27 janvier 2012, que l'assurée souffrait d'un burn out grave depuis plusieurs mois et qu'elle n'était pas en état d'assister actuellement à un entretien concernant sa situation professionnelle. Cette appréciation tenait compte d'un syndrome d'épuisement professionnel (burn out), qui n'était, en tant que tel, pas constitutif d'une atteinte à la santé invalidante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2011, consid. 2.3).

A/3468/2014 - 19/29 - Les certificats d'arrêt de travail qui confirmaient régulièrement une incapacité de travail à 100% n'étaient pas des éléments probants pour apprécier la capacité de travail au sens de l'assurance-invalidité et ne justifiaient donc pas une incapacité de travail dès le mois de mai 2011 telle que retenue par l'expert judiciaire. L'OAI ne pouvait se rallier aux conclusions de l'expert judiciaire quant au début de l'incapacité de travail fixé par ce dernier en mai 2011. Une étude attentive des status figurant au dossier démontrait une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à l'expertise du Dr F_____ (cf. duplicque du 1er mars 2017). De jurisprudence constante, dans la mesure où l'expert judiciaire persistait à maintenir le début de l'incapacité de travail en mai 2011 et que l'aggravation était postérieure à l'expertise du Dr F_____, la date d'aggravation à prendre en compte était celle de l'expertise judiciaire – moment déterminant au cours duquel l'aggravation avait été objectivée à l'appui d'un status (examen clinique). L'aggravation de l'état de santé justifiant le début d'une incapacité de travail totale devait ainsi être fixée au 10 décembre 2016, ce qui justifiait l'application de l'art. 28 LAI (délai de carence) pour l'ouverture du droit à la rente.

E. 40

Le 7 juin 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions, dès lors que l'expert judiciaire avait établi de façon incontestable que son incapacité de travail totale et durable datait du mois de mai 2011. Elle a produit l'état de frais relatif à l'activité déployée par son conseil dans le cadre de la présente procédure faisant état d'un total de 4 heures 30 d'activité (chef d'étude) et de 37 heures 35 (stagiaire).

E. 41

Les 30 août et 3 octobre 2017, la recourante a demandé à la chambre de céans de lui faire savoir quel sort avait été donné à sa requête en octroi d'une rente d'invalidité complète à compter du 1er mai 2011, étant précisé que sa situation financière était extrêmement précaire.

E. 42

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. 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. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

A/3468/2014 - 20/29 - 5. 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). 6. a. 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

A/3468/2014 - 21/29 - exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). c. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la

conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

A/3468/2014 - 22/29 - 7. 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). 8. 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 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). 9. 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. 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). Un rapport du SMR, au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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

A/3468/2014 - 23/29 - 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que

les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 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. A 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). 10. 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).

A/3468/2014 - 24/29 - 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p.

151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 12. 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 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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).

13. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 14. 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). 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

A/3468/2014 - 25/29 - 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). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). 15. a. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante du rapport d'expertise établi le 10 décembre 2016 par le Dr K_____. Ce rapport se fonde sur l'étude approfondie du dossier médical de la recourante, sur trois entretiens avec cette dernière ainsi que sur des questionnaires d'évaluation clinique réalisés avec l'expertisée le 17 octobre 2016 et des entretiens téléphoniques que l'expert a eus avec les Drs H_____ et E_____. L'anamnèse est précise et détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. b. L'intimé a remis en cause la valeur probante du rapport d'expertise du fait que l'expert n'avait pas spécifié le début de la capacité de travail nulle dans toute activité, admettant toutefois que l'expertise démontrait que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé postérieurement à l'expertise du Dr F_____ et modifiant ses conclusions dans ce sens. Le Dr K_____ a conclu que depuis 2011, la capacité de travail de la recourante avait subi une réduction de plus de 25% et qu'elle avait été réduite jusqu'à une incapacité totale durant ces dernières années. Interpelé sur cette question, le Dr K_____ a indiqué à la chambre de céans que s'il se fondait sur le dernier arrêt de travail de mai 2011 avec une demande de détection précoce à l'AI faite en juin 2011 - mais devenue effective en octobre 2011, car l'assurée ne pouvait répondre aux convocations -, il pouvait dire qu'en tout cas depuis mai 2011, l'incapacité de travail était de 100% de manière

durable. Il fondait également cette conclusion sur les arrêts de travail prolongés délivrés par les médecins de l'expertise, précisant que, de 2007 à 2010, la recourante avait eu 734 jours d'incapacité de travail, qui étaient justifiés d'après le Dr H_____. Tant que l'expertisée avait pu bénéficier d'un cadre sécurisant, elle avait pu conserver une capacité de travail, laquelle s'était finalement étiolée, surtout lorsque l'expertisée n'avait plus bénéficié de la présence de son père à son travail. Contrairement à ce qu'a indiqué l'expert à la chambre de céans, il ressort du dossier que la demande de détection précoce à l'AI a été faite à fin mai 2012 - et non en juin 2011 - et que la recourante avait produit en annexe de cette demande deux certificats de travail établis par la Dre E_____ dont le premier attestait d'une

A/3468/2014 - 26/29 - incapacité de travail totale dès le 1er mai 2012 - et non dès le mois de mai 2011 -. Il en résulte que l'expert a manifestement confondu les années 2011 et 2012. Si l'on s'en tient à sa motivation, sans tenir compte de l'erreur de date, l'on doit retenir que l'incapacité de travail durable à 100% de la recourante a débuté en mai 2012. Le SMR admet que le cas de la recourante s'est aggravé, mais situe la date de l'incapacité totale de travail durable au plus tôt une année avant l'expertise judiciaire. Il fonde cette conclusion sur des éléments de fait ressortant de l'anamnèse et de l'examen clinique du Dr K_____, en particulier sur le fait que cet expert avait mentionné dans son rapport que l'expertisée ne sortait plus de chez elle sans être accompagnée « depuis plus d'un an » et que ses sorties étaient « depuis plusieurs mois » exclusivement réalisées avec son entourage. Ces références à des périodes imprécises ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause la conclusion de l'expert, qui se fonde sur un élément objectif du dossier, à savoir la date de la demande de détection précoce et des certificats médicaux qui l'accompagnaient. Confirme le fait que la recourante était dès mai 2012 complètement incapable de travailler, la note établie le 27 septembre 2012 par l'OAI - à la suite de l'impossibilité de contacter la recourante pour fixer un rendez-vous - dont il ressort que la Dre E_____, manifestant de l'inquiétude, avait informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée ne cessait de se détériorer. c. Le 7 juin 2017, l'OAI a observé que l'expert ne pouvait se contenter de se rallier à la position de la Dre E_____ qui avait indiqué dans son rapport du 27 janvier 2012 que l'assurée souffrait d'un burn out grave depuis plusieurs mois et qu'elle n'était pas en état d'assister actuellement à un entretien concernant sa situation professionnelle - car cette appréciation tenait compte d'un syndrome d'épuisement professionnel (burn out), qui n'était, en tant que tel, pas constitutif d'une atteinte à la santé invalidante selon la jurisprudence. Si l'on s'en tient aux déclarations du Dr K_____ devant la chambre de céans le 17 mai 2017, celui-ci s'est référé au dernier arrêt de travail de mai 2011 avec une demande de détection précoce faite en juin 2011 pour retenir que depuis mai 2011 en tout cas, l'incapacité de travail était de 100% de manière durable. Contrairement à ce qu'allègue l'OAI, il ne s'est pas fondé sur le certificat médical établi le 27 janvier 2012 par la Dre E_____ également fourni par l'assurée à l'appui de sa demande de détection précoce - qui n'attestait pas d'une incapacité de travail, mais sur le fait que la recourante n'était pas en état d'assister à un entretien concernant sa situation professionnelle. Ce grief ne saurait ainsi remettre en cause la valeur probante de l'expertise. d. L'intimé a encore fait valoir que le rapport d'expertise n'expliquait nullement les raisons qui lui faisaient retenir le trouble de la personnalité mixte. La chambre de céans estime au contraire que l'expert a largement expliqué pour quels motifs il retenait ce diagnostic dans son appréciation du cas à la fin de son rapport d'expertise. L'expert a encore expliqué, par la suite, lors d'une audience

A/3468/2014 - 27/29 - devant la chambre de céans, avoir retenu ce trouble en raison de plusieurs éléments constatés, tels que l'anxiété, l'évitement, la recherche de protection et la sensation de vide. D'autres éléments pouvaient être cités tels que des difficultés à avoir une cohérence interne, ne pas pouvoir prendre de décisions ou être très réactif à l'interlocuteur. Il a également relevé que la Dre C_____, qui avait vu la patiente en 2000 et qui était particulièrement spécialisée dans les troubles de la personnalité, avait déjà posé le diagnostic d'un trouble mixte de la personnalité et qu'en 2002, ce diagnostic avait été confirmé. L'expert a ainsi expliqué de manière convaincante les motifs pour lesquels il a retenu un trouble de la personnalité mixte. e. L'intimé reproche encore à l'expert de ne pas avoir discuté des observations cliniques et des conclusions du Dr F_____ qui avait examiné l'assurée à l'époque. Force est pourtant de constater que le Dr K_____ a largement commenté le rapport d'expertise du Dr F_____ (sur plus de quatre pages), de sorte que l'on ne saurait critiquer son expertise à cet égard. f. Le SMR reproche à l'expert de ne pas avoir pris comme base de son raisonnement l'examen clinique effectué en 2014 par le Dr F_____. Au vu de la teneur de son rapport, le Dr K_____ a manifestement sérieusement pris en compte le rapport du Dr F_____. Vu les critiques qu'il a émises sur ce dernier dans son rapport et devant la chambre de céans - devant laquelle il a déclaré avoir l'impression que l'expertise du Dr F_____ était fondée sur la conviction qu'il y avait une majoration des symptômes - l'on ne peut lui reprocher de ne pas avoir pris comme base de son raisonnement l'examen clinique du Dr F_____. g. Le SMR a reproché à l'expert de ne pas avoir différencié les atteintes ayant ou pas des répercussions sur la capacité de travail. À cet égard, il convient de relever que l'expert avait précisé dans son expertise que chacun des troubles diagnostiqués étaient graves. Il faisait état de comorbidités majeures conjuguant un trouble grave de la personnalité, un trouble anxieux sévère et des épisodes dépressifs qui se renforçaient mutuellement, ajoutant que la dépendance à des produits psychotropes alimentait les composantes négatives du trouble de la personnalité et de l'anxiété. Le Dr K_____ a encore précisé à la chambre de céans qu'il était difficile dans le cas d'espèce de différencier les atteintes à la santé de l'expertisée et leur répercussion sur la capacité de travail ; quand on parlait de comorbidité, il s'agissait d'un ensemble et il convenait d'évaluer la capacité de travail dans sa globalité. Au vu de la teneur de l'expertise et des explications convaincantes à ce sujet données par l'expert à la chambre de céans, l'on ne peut reprocher à celui-ci de ne pas avoir différencié les atteintes ayant ou pas des répercussions sur la capacité de travail. h. En conclusion, sous réserve de la date du début de l'incapacité durable de travail de la recourante, laquelle doit être corrigée dans le sens précité, le rapport d'expertise du Dr K_____ est convaincant et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

A/3468/2014 - 28/29 - 16. Sur cette base, il convient de retenir que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis mai 2012. Partant, son degré d'invalidité est de 100%, depuis mai 2012, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. La demande de prestations ayant été déposée en novembre 2012, elle a droit au versement de la rente dès le 1er mai 2013 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI). 17. Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er mai 2013. 18. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera allouée à titre de participation à ses frais et dépens à charge de l'intimé (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]). 19. Vu le sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au

paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3468/2014 - 29/29 - 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.