

# **GE\_GERICHTE ATAS/1205/2019 vom 20. Dezember 2019**

GE Cour de justice, 2019-12-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1205\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1205_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1205/2019 du 20 décembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1205/2019 del 20 dicembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à un trois quart de rente dès le 1er août 2015 et sans limite de temps.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

A/652/2018 - 17/34 - 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée

de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 6**

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). 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.

#### **E. 7**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

A/652/2018 - 18/34 - 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 effet, celles-ci 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. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle

jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

## **E. 8**

a. 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). Ces indicateurs sont classés comme suit :

A/652/2018 - 19/34 - I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut

être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant

A/652/2018 - 20/34 - que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement

A/652/2018 - 21/34 - recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid.

4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

## **E. 9**

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). 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

A/652/2018 - 22/34 - 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. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du

## **E. 12**

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il

est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

### **E. 13**

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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

### **E. 14**

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

A/652/2018 - 25/34 - 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).

### **E. 15**

En l'occurrence, le rapport d'expertise judiciaire du 17 juillet 2019, comprenant son complément du 23 octobre 2019, fondé sur trois entretiens avec la recourante, un entretien téléphonique avec la médecin traitante, des tests psychométriques, une anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et psychiatrique, comprenant la description des plaintes de la recourante, des constatations objectives, des diagnostics précis et une discussion étayée de chacun de ceux-ci, ainsi que des conclusions claires sur la capacité de travail de la recourante, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les critiques émises par le SMR et l'intimé ne sont pas à même de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de ce rapport.

#### **E. 16**

L'experte a répondu de façon motivée et convaincante aux critiques émises par l'intimé et le SMR. A la suite de quoi, le SMR, suivi par l'intimé, a admis que la recourante était compliant au traitement de Reméron, que l'experte avait retenu des critères objectifs compatibles avec un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, lequel pouvait donc être retenu, que la recourante présentait bien un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, stabilisé depuis 2016, que les dépendances n'étaient pas sévères et qu'une exigibilité d'abstinence était rendue difficile en raison du trouble de la personnalité. Il est à relever que ces conclusions du SMR, qui reviennent sur les critiques émises dans un premier temps à l'encontre de l'expertise judiciaire, ont été prises à la suite du complément d'expertise, lequel reprend toutefois principalement les constatations et déductions explicitées par l'experte dans son rapport d'expertise. En particulier, s'agissant du trouble dépressif d'intensité moyenne, celui-ci comprenait déjà les critères permettant de conclure à un tel diagnostic et il est peu compréhensible que le SMR ait estimé que tel n'était pas le cas (avis SMR du 19 septembre 2019 p. 2). De même, le rapport d'expertise explicitait les critères du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline alors que le A/652/2018 - 26/34 - SMR avait seulement reconnu la présence de traits de personnalité borderline (avis SMR du 19 septembre 2019 p. 3) que l'intimé avait souligné que de tels traits n'équivalaient pas à la constitution d'un trouble de la personnalité (écriture intimé du 19 septembre 2019 p. 4) et que, finalement, le SMR a estimé qu'il n'avait jamais remis en question ce diagnostic (avis du SMR du 25 novembre 2019). Enfin, contrairement à l'avis du SMR, l'experte a bien effectué une analyse des indicateurs standards exigés par la jurisprudence dans son rapport d'expertise puisque son complément reprend essentiellement l'analyse effectuée dans ledit rapport et que les indicateurs font partie des questions de la mission d'expertise, auxquels l'experte a répondu.

#### **E. 17**

a. Le SMR maintient encore certains griefs, exposés ci-après, à l'encontre du rapport d'expertise, en concluant qu'après analyse des indicateurs standards, l'état de santé de la recourante est stabilisé depuis 2016 et permet, comme l'a estimé le Dr R\_\_\_\_\_ le 26 octobre 2016, une capacité de travail de 50 %. b. S'agissant des indicateurs précités, le SMR estime tout d'abord que les diagnostics ont été posés sur la base d'éléments principalement subjectifs. Cette remarque entre cependant en contradiction avec la reconnaissance, par le SMR, du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en constatant qu'il est fondé sur des éléments objectifs (avis du SMR du 25 novembre 2019 p. 1), du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, en disant qu'il n'a jamais été remis en question (avis du SMR du 25

novembre 2019 p. 2), ainsi que des syndromes de dépendance à l'alcool et au cannabis, admis également (avis du SMR du 25 novembre 2019 p. 2). Finalement, seul le diagnostic de trouble anxieux a été contesté par le SMR, au motif que les descriptions de l'état anxieux demeuraient subjectives (avis du SMR du 25 novembre 2019 p. 2). Or, ce diagnostic a été englobé par l'experte dans celui d'agoraphobie avec trouble panique, jugé d'intensité moyenne à sévère et fondé tant sur l'échelle de Beck anxiété que sur l'examen clinique (expertise judiciaire p. 16). L'experte a indiqué que la recourante présentait une symptomatologie anxieuse à type d'attaque de panique lorsqu'elle était confrontée aux situations anxiogènes et qu'elle évitait celles-ci ; les constatations objectives montraient une agitation psychomotrice, de la gêne, de l'anxiété, des rires inadaptés pour couvrir ses difficultés anxieuses (complément d'expertise judiciaire p. 4). Ce diagnostic, contrairement à l'avis du SMR n'est ainsi pas uniquement fondé sur une description subjective de l'état anxieux. A cet égard, le SMR n'explique d'ailleurs pas de façon cohérente pour quels motifs il admet un trouble de la personnalité borderline tel que décrit par l'experte (expertise judiciaire p. 16 et complément d'expertise p. 4 à 6) et estime que l'agoraphobie avec trouble panique ne relèverait que d'une description subjective de la part de la recourante. En outre, le SMR n'explique pas non plus pour quel motif il retient le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016 comme probant, tout en écartant le diagnostic posé par l'experte d'agoraphobie avec trouble panique, alors même que le Dr H\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic de trouble anxieux et

A/652/2018 - 27/34 - dépressif mixte et expliqué que le status clinique était marqué par des symptômes anxieux, une angoisse fluctuante accompagnée par des manifestations neurovégétatives, exacerbée de manière paroxystique dans la plupart des situations sociales en dehors du cercle des personnes proches, avec des comportements d'évitement des situations anxiogènes. La critique du SMR est ainsi infondée. c. S'agissant du traitement, contrairement à l'avis du SMR, l'experte s'est prononcée de façon suffisamment précise en indiquant que la recourante avait bénéficié d'un suivi addictologique de 2011 à 2014 avec un succès limité, qu'elle s'investissait dans le suivi de type psychiatrique-psychothérapeutique mis en place et que les mesures médicales étaient adaptées. Un traitement de Reméron (antidépresseur) avait été mis en place en octobre 2012, avec une réponse favorable au niveau des troubles du sommeil, mais sans effet notable sur l'humeur (expertise judiciaire p. 10) et le dosage de ce médicament indiquait une compliance au traitement, avec un taux plasmatique correct ; ce traitement pharmacologique était adapté (complément d'expertise p. 3) et consistait en la prise de Mirtazapine 45 mg/ jour (complément d'expertise p. 8). Au vu de ce qui précède, le traitement, soit la prise de Reméron et le suivi psychothérapeutique, est considéré comme étant adapté, l'observance est correcte mais le traitement n'a pas permis une amélioration conséquente au niveau de la symptomatologie clinique ; en particulier, la critique du SMR n'est pas pertinente dès lors que, d'une part, le traitement médicamenteux a été décrit par l'experte soit une prise de Reméron 45 mg/jour (complément d'expertise p. 8) et correspond à celui indiqué en 2016 par le Dr H\_\_\_\_\_ (45mg/jour) et, d'autre part, l'experte a considéré qu'il était adapté. d. Le SMR conteste encore le constat de l'experte selon lequel le trouble de la personnalité intensifie et aggrave les autres troubles psychiatriques, au motif que celui-ci est stable depuis plusieurs années. Or, l'experte a expliqué que, malgré la stabilisation de ce trouble, il interférait avec les autres troubles par l'aspect de l'impulsivité, l'instabilité affective, l'intolérance à la frustration, la projectivité et l'incapacité à se remettre en question ; il péjorait aussi le pronostic des autres troubles (expertise judiciaire p.

17) ; elle a précisé que ce n'était pas parce que ce trouble n'était plus décompensé (comme cela avait été le cas auparavant) qu'il n'interférait pas avec les autres comorbidités psychiatriques (dépressive, anxieuse et addictive ; complément d'expertise p. 6). La critique du SMR, non motivée sur ce dernier aspect, n'est ainsi pas pertinente. e. S'agissant des ressources, le SMR estime que la recourante bénéficie de celles émanant des personnes avec qui elle vit en colocation, de façon « indéniable ». Or, l'experte a précisé que la recourante avait très peu de ressources, que la gestion du quotidien était complexe, que le contexte social était précaire et constitué par la logeuse, qui était âgée et dépendante au jeu et son fils, qui était dépendant à

A/652/2018 - 28/34 - l'alcool, (même si la consommation de celui-ci semblait contenue à l'heure actuelle ; complément d'expertise p. 7). On ne saurait, dans ces conditions retenir, comme le fait le SMR, que la recourante dispose de ressources « indéniables ». f. Le SMR considère que les limitations fonctionnelles ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie car la recourante se prépare à manger, fait le ménage, s'occupe de ses chiens et va seule à ses rendez-vous. Or, l'experte a indiqué que les limitations de la recourante étaient uniformes et qu'en dehors des activités précitées, la recourante n'avait pas d'activité sociale ; ces limitations avaient touché le social, le relationnel et par la suite le professionnel (complément d'expertise p. 8). Par ailleurs, l'experte a indiqué que la recourante était complètement empêchée au niveau administratif et financier et qu'elle était même entravée dans sa capacité à maintenir de manière régulière son ménage et son alimentation, de sorte que, si elle vivait seule, une aide au ménage serait nécessaire (expertise judiciaire p. 21). Au vu de ce qui précède, on constate que la recourante présente des limitations fonctionnelles de façon uniforme dans tous les domaines de la vie, même s'il est admis qu'elle conserve une certaine capacité à gérer son ménage, ses chiens et ses rendez-vous médicaux. On ne saurait retenir, comme le fait le SMR, que les limitations du niveau des activités ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie du seul fait que la recourante possède encore et seulement la capacité de se faire à manger, à assumer, en partie, son ménage et à sortir seule. g. Enfin, le SMR estime que l'experte n'a pas expliqué pourquoi elle s'écartait du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016. Or, l'experte a indiqué à cet égard précisément pour quel motif le Dr H\_\_\_\_\_ avait retenu à tort un diagnostic de traits de personnalité évitante et n'avait pas retenu celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, lequel était central ; elle a souligné que l'évaluation du Dr H\_\_\_\_\_ était en discordance avec celle des médecins ayant suivi l'assurée depuis 2011 et que, dans son pronostic, il ne prenait pas en compte les traitements suivis par la recourante qui n'avaient pas amélioré les troubles, ni permis une amélioration durable de la capacité de travail (expertise judiciaire p. 21 - 22). Ces arguments sont suffisants pour considérer que l'experte s'est écartée de façon convaincante de l'évaluation faite en 2016 par le Dr H\_\_\_\_\_, étant par ailleurs relevé que le SMR n'explique pas pour quel motif le rapport de ce médecin, ancien, aurait une force probante supérieure à celui de l'expertise judiciaire, complète et étayée.

## **E. 18**

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire doivent être suivies, de sorte que la recourante est reconnue totalement incapable de travailler, à tout le moins depuis août 2014, moment déterminant pour le début de l'incapacité de travail de la recourante, le droit à une rente d'invalidité ne pouvant être reconnu que dès août 2015, puisque la demande de prestation de la recourante a été déposée le 20 février 2015. En

particulier, l'état de santé de la recourante ne s'est pas

A/652/2018 - 29/34 - amélioré depuis le 1er octobre 2016 et celle-ci présente toujours une incapacité de travail totale dans toute activité, au-delà du 1er octobre 2016.

#### **E. 19**

a. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2). b. Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au

A/652/2018 - 30/34 - moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à

plein temps (al. 4). Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalidité est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

## **E. 20**

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

A/652/2018 - 31/34 - Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les

résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

### **E. 21**

En l'occurrence, l'intimé a procédé à une enquête économique, dont le rapport du 18 septembre 2017 conclut à un empêchement de 3 %. La recourante ne conteste pas spécifiquement l'évaluation des postes à laquelle l'enquêtrice a procédé. Ce rapport, qui répond aux critères jurisprudentiel précités, a pleine valeur probante. L'avis de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 18 avril 2018, selon lequel la recourante n'est pas apte à faire les activités de ménage à long terme, avec régularité, en vue de préserver une hygiène de vie bien adaptée, ne permet pas de remettre en cause les constatations de l'enquêtrice, en particulier la prise en compte du fait que la recourante peut vaquer tranquillement aux tâches de la maison, sans stress et les répartir sur toute la semaine. Il en est de même des remarques de l'experte lorsqu'elle estime que la recourante est totalement empêchée au niveau administratif et qu'elle peut être entravée dans sa capacité à maintenir de manière régulière son ménage et son alimentation (expertise judiciaire p. 21). Par ailleurs, le rapport d'enquête a considéré que la recourante ne devait entretenir, seule, que sa chambre à coucher, les autres pièces étant communes et qu'elle bénéficiait de l'aide de ses colocataires dans l'entretien de celles-ci. La recourante n'a pas contesté ce fait. Au vu de ce qui précède, un empêchement ménager de 3 % doit être confirmé.

### **E. 22**

Le calcul du degré d'invalidité est le suivant dès l'année 2015 : Activité Incapacité de travail / Invalidité

A/652/2018 - 32/34 - empêchement Lucrative 60 % 100 % 60 % Ménagère 40 % 3 % 1 %  
Total

61 %

Un degré d'invalidité de 61 % donne droit à un trois quarts de rente d'invalidité.

En particulier, la recourante n'a pas recouvré en octobre 2016 une capacité de travail de 50 %. En conséquence, le droit de la recourante à un trois quarts de rente d'invalidité est dû au-delà du 31 décembre 2016.

### **E. 23**

a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises

judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C\_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et

A/652/2018 - 33/34 - fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3). b. En l'espèce, l'intimé s'est basé sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016 pour rendre la décision litigieuse. Compte tenu de l'avis de la Dresse K\_\_\_\_\_, divergent, il aurait dû instruire médicalement le cas. Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 4'962 59, seront en conséquence mis à sa charge.

#### **E. 24**

Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée, dans le sens que la recourante a droit à un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1er août 2015.

#### **E. 25**

Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause à droit à des dépens. Cependant, lorsqu'un assuré est représenté par une institution de droit public qui ne tire pas ses ressources des cotisations ou du soutien financier de ses membres, il n'y a pas de justification économique à l'octroi de dépens (ATF 126 V 11 consid. 5). Tel est le cas en l'espèce, la recourante étant défendue par une autorité administrative. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/652/2018 - 34/34 - 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.