

GE_GERICHTE ATAS/644/2020 vom 10. August 2020

GE Cour de justice, 2020-08-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_644_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/644/2020 du 10 août 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/644/2020 del 10 agosto 2020

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

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité, singulièrement sur le taux de sa capacité de travail.

E. 5

Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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 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). 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

A/1628/2018 - 19/34 - 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).

E. 6

Selon 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. 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). 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

A/1628/2018 - 20/34 - 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 : 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

A/1628/2018 - 21/34 - 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 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).

A/1628/2018 - 22/34 - 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 assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (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 *lege artis* 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 chargés 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

A/1628/2018 - 23/34 - 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 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

a. 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

A/1628/2018 - 27/34 - 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). b. 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 (Cst, RS 101; 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). c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou 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. 4.4.1.4).

E. 13

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

A/1628/2018 - 28/34 - Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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 (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017

consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2).

E. 14

En l'occurrence, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire bidisciplinaire se justifiait, au vu des avis des médecins traitants de la recourante, qui mettaient en doute les conclusions rhumatologiques et psychiatriques du rapport d'expertise du CEMed du 14 mai 2017.

E. 15

La valeur probante de l'expertise judiciaire rhumatologique du Dr L_____, du 12 novembre 2019, est admise par les parties. Celui-ci conclut à la présence de diagnostics de syndrome de Sjögren avec syndrome sec et arthralgies ainsi qu'une hyperlaxité des articulations des doigts aux mains qui n'entraînent aucune limitation fonctionnelle, de sorte que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle de secrétaire médicale est totale.

E. 16

a. S'agissant de l'expertise judiciaire psychiatrique de la Dresse M_____, du 19 novembre 2019, comprenant le complément du 17 mars 2020, la recourante estime qu'elle a pleine valeur probante alors que l'intimé le conteste. b. Fondé sur trois entretiens avec la recourante (totalisant 4h30), un entretien avec la Dresse C_____, comprenant une anamnèse familiale, socio-affective, professionnelle et médicale psychiatrique, la description des plaintes de la recourante ainsi que d'une journée type, un examen clinique, des diagnostics clairs et motivés, la mention des limitations fonctionnelles et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante, les éléments permettant l'analyse des indicateurs jurisprudentiels précités, ainsi qu'une appréciation consensuelle du cas avec l'expert rhumatologue, le rapport d'expertise judiciaire de la Dresse M_____ répond aux critères jurisprudentiels précités permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'experte conclut à la présence, chez la recourante, de troubles mixtes de la personnalité (F 61.0), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F 33.0) et de somatisation (F 45.0), lesquels, pris ensemble, entraînent une limitation de la capacité de travail à 50 %, depuis 2014 (date du

A/1628/2018 - 29/34 - licenciement de la recourante), en raison de troubles de la concentration, mnésiques, de la nécessité de faire des pauses fréquentes, ainsi que d'une hypersomnie diurne.

E. 17

a. Les critiques émises par l'intimé et le SMR à l'encontre de cette expertise judiciaire ne sont pas à même de mettre en doute sa valeur probante. b. Le SMR conteste la présence du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, au motif que les plaintes et le status psychiatrique étaient identiques lors de l'expertise judiciaire et lors de celle du Dr G_____ ; la fatigue et fatigabilité n'avaient pu être constatées et le trouble mnésique et de concentration n'avaient pas non plus été objectivés ; la thymie légèrement triste pouvait relever d'une dysthymie, laquelle était définie comme chronique, ce qui était le cas en l'occurrence ; le caractère récurrent du trouble ne reposait que sur les dires du psychiatre traitant, alors qu'aucune hospitalisation n'avait eu lieu. Il y avait seulement une possible diminution du plaisir, pas de trouble de la concentration, de culpabilité, d'attitude pessimiste, d'idées suicidaires, de trouble du sommeil ou de l'appétit ; il n'y avait pas de

ralentissement psychomoteur constaté. b/aa. Selon la CIM-10 (F 33), le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisode dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). L'épisode dépressif léger présuppose au moins deux ou trois des symptômes (abaissement de l'humeur, réduction de l'énergie et diminution de l'activité), lesquels s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse mais le sujet reste, le plus souvent capable de poursuivre la plupart de ses activités (F 32 et F 32.0). A cet égard, l'experte a expliqué que si une fatigue physique n'avait pas été mise en évidence chez la recourante, une fatigue psychique était présente. Celle-ci n'étant pas mesurable, elle n'en n'avait pas tenu compte mais elle l'avait néanmoins constatée par une attitude négligée (l'énergie pour effectuer des soins quotidiens, s'occuper de soi était lacunaire), une attitude en repli, des latences dans les réponses sans barrage et des troubles de la concentration ; toute activité envisagée était perçue comme une montagne, tout changement engendrant de l'inquiétude ; les troubles de la concentration et de la mémoire avaient été mis en évidence à l'examen clinique par le besoin de pauses et la nécessité de réfléchir et se concentrer. Un examen neuropsychologique était superflu. Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, les troubles de la concentration et de la mémoire ont bien été objectivés par l'experte, tout comme une réduction de l'énergie. L'experte a indiqué avoir posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger car la recourante présentait deux critères bien présents, soit une humeur dépressive et l'absence de plaisir, à manger et en général, dans toutes les activités de la vie quotidienne ainsi qu'une absence de libido. La recourante n'avait envie de rien mais se forçait à effectuer les tâches de la vie quotidienne, ce qui ne pouvait en

A/1628/2018 - 30/34 - aucun cas être considéré comme dans la norme. Enfin, un sentiment de détresse est aussi bien présent, lequel a été relevé par les experts (appréciation consensuelle de l'expertise judiciaire). Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, la recourante ne présente pas seulement une possible diminution du plaisir, mais répond aux conditions précitées pour qu'un trouble dépressif récurrent léger soit réalisé, par la présence d'une humeur dépressive, une absence de plaisir, une réduction de l'énergie, des troubles de la concentration / mémoire et un sentiment de détresse. b/bb. S'agissant du diagnostic de dysthymie, l'experte a expliqué qu'il ne pouvait pas être retenu car celui-ci impliquait une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante et dont la durée des différents épisodes était trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Or, la recourante présentait une symptomatologie dépressive survenant à plusieurs reprises dans sa vie, depuis plusieurs années, qui affectait tous les domaines de la vie quotidienne et engendrait la nécessité d'un suivi psychothérapeutique régulier. L'examen clinique n'était pas identique à celui du Dr G _____ de 2017 car la dysthymie diagnostiquée à l'époque, qui s'était chronicisée, devait être convertie en un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Contrairement à l'avis du SMR, la recourante présentait des troubles de la concentration, des idées de mort par intermittence et une perturbation du sommeil (expertise M _____ p. 19). b/cc. Le SMR estime encore qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail ni de modification notable du traitement psychotrope et que l'isolement social et la solitude relèvent de la personnalité de la recourante. A cet égard, l'experte a indiqué que la recourante travaillait, mais seulement à 50 %, dans un poste aménagé de nombreuses pauses et qu'elle maintenait cet emploi mais n'était pas capable d'augmenter son taux d'activité. L'absence d'incapacité de travail relevée par le SMR n'est donc pas pertinente ; quant au traitement psychotrope, il avait

amélioré la thymie, les troubles phobiques et anxieux mais l'amélioration n'était pas complète et un changement de traitement, vu le contexte, n'était pas préconisé. S'agissant de l'isolement social, l'experte a relevé qu'il était réalisé, la recourante n'ayant aucune vie sociale, ni affective et ne maintenait des contacts qu'avec son père, avec lequel elle vivait. Au vu des explications étayées de l'experte, il convient de constater que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, qu'elle retient est convaincant. c. L'intimé et le SMR estiment que l'analyse des indicateurs conclut à l'absence d'incapacité de travail. c/aa A cet égard, et préalablement, les troubles psychiques diagnostiqués résistent aux motifs d'exclusion, tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie, la recourante étant authentique, sans signes d'exagérations manifestes (expertise M_____ p. 25), avec même un manque

A/1628/2018 - 31/34 - relevé d'expressivité des symptômes (expertise M_____ p. 27 ; appréciation consensuelle). c/bb Concernant l'axe « atteinte à la santé », les diagnostics posés par l'experte, bien motivés et convaincants, peuvent être retenus ; on peut déduire de l'interaction des trois diagnostics posés, qui se potentialisent, un impact sur la capacité de travail de la recourante en raison des troubles mnésiques, des troubles de la concentration, de la nécessité d'avoir des pauses fréquentes et d'une hypersomnie diurne ; la recourante est dans un emploi à 50 %, au maximum de ses capacités de ressources. On peut ainsi déduire des diagnostics et symptômes retenus par l'experte un degré de gravité important de la maladie. c/cc La recourante est par ailleurs compliant à son traitement médicamenteux et psychothérapeutique, lequel a permis une amélioration sur le plan de l'humeur, des troubles phobiques et anxieux mais qui reste incomplète. L'experte a relevé qu'en raison d'un surinvestissement des traitements médicamenteux, une modification du traitement était un risque de péjoration. Selon le SMR (avis du 12 mai 2020), l'adaptation du traitement antidépresseur doit être exigible en présence d'une atteinte incapacitante. A cet égard, l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit qu'un traitement peut être exigé d'un assuré, à certaines conditions. Il incombera ainsi à l'intimé d'examiner l'exigibilité d'une adaptation du traitement, compte tenu de l'avis de l'experte judiciaire et de la psychiatre traitante de la recourante. En l'état, la recourante étant compliant au traitement instauré, lequel est reconnu comme adéquat par l'experte (expertise M_____ p. 26), qui estime même qu'il existe un surinvestissement des traitements (complément d'expertise M_____ p. 7), l'échec des traitements doit être reconnu, ce d'autant que la Dresse C_____ a expliqué que d'autres traitement médicamenteux avaient été tentés, sans succès (rapport du 22 juin 2020). c/dd S'agissant de l'axe « personnalité », l'experte a retenu une comorbidité, soit des troubles mixtes de la personnalité, lesquels se combinent et renforcent les autres diagnostics, en potentialisant le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique ; les difficultés personnelles et interpersonnelles dues au trouble de la personnalité limitent les ressources de la recourante pour s'entourer, découvrir de nouvelles activités et de nouvelles personnes qui pourraient l'aider en retour à se décentrer de ses troubles, son existence étant figée, bloquée (expertise M_____ p. 22, 24 et 25). c/ee S'agissant de l'axe « contexte social », l'experte a relevé une vie sociale inexistante ; la recourante n'a pas d'amis, n'a aucune activité sociale ni intime ; elle se contente de promener son chien deux fois par jour ; elle voit son père avec lequel elle vit mais pas sa mère, victime d'une maladie psychiatrique grave ; contrairement à l'avis du SMR (du 12 mai 2020), la recourante ne bénéficie ainsi pas du soutien de ses parents mais uniquement de son père (expertise M_____ p. 5, 11 et complément d'expertise M_____ p. 10), ce qui a été confirmé par la Dresse C_____ (rapport du 22 juin 2020).

A/1628/2018 - 32/34 - c/ff S'agissant de la cohérence, l'experte a relevé que tous les domaines de la vie de la recourante étaient touchés par les troubles retenus (expertise M_____ p. 24 - 28). La journée type décrite démontre une activité de la recourante très réduite. En sus de son travail à 50 %, elle promène deux fois par jour son chien, consulte internet, et regarde la télévision. Elle n'a aucun hobby, aucune activité sociale ou récréative et aucune vie sociale (expertise M_____ p. 14 et complément d'expertise M_____ p. 4 et 10), ce qui a aussi été relevé par la Dresse C_____ (rapport du 22 juin 2020). Le fait, relevé par le SMR, que la recourante est indépendante dans les actes de la vie quotidienne (repas, courses, toilette, déplacement), n'est pas déterminant dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail, étant par ailleurs relevé que les tâches ménagères sont effectuées par le père de la recourante, celle-ci n'ayant pas l'énergie pour les assumer (expertise M_____ p. 14 et complément d'expertise M_____ p. 10). c/gg Enfin, contrairement à l'avis de l'intimé, l'exercice de l'activité habituelle à 50 % ne saurait être considéré comme la preuve de ressources personnelles préservées chez la recourante, la question étant précisément de savoir si celle-ci dispose de suffisamment de ressources pour augmenter cette capacité partielle de travail, ce que l'experte conteste, en relevant que la recourante est actuellement au maximum de ses capacités de ressources (complément d'expertise M_____ p. 9). On ne saurait, à cet égard, suivre l'intimé qui semble considérer que toute capacité partielle de travail chez un assuré est un indice de ressources suffisantes pour travailler à plein temps. d. Au demeurant, l'analyse des indicateurs jurisprudentiels conclut à la présence, chez la recourante, d'une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, depuis 2014.

E. 18

En conséquence, au 1er juillet 2017, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (du 17 janvier 2017), la recourante, dont le statut est celui d'active à 100 %, présentait, depuis plus d'une année, une incapacité de travail de 50 %, laquelle entraîne un degré d'invalidité de 50 %, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, vu l'activité adaptée de secrétaire médicale exercée par la recourante à 50 %. Ce taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

E. 19

Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er juillet 2017.

E. 20

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

A/1628/2018 - 33/34 - 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 200.-.

A/1628/2018 - 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.