

# **GE\_GERICHTE ATAS/881/2019 vom 30. September 2019**

GE Cour de justice, 2019-09-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_881\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_881_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/881/2019 du 30 septembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/881/2019 del 30 settembre 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), 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**

Il convient de définir préalablement l'objet du litige. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est toutefois pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. En effet, l'augmentation, la réduction ou la suppression d'une rente par voie de révision repose toujours – même lorsqu'elle est rétroactive et décidée simultanément avec l'octroi de la rente – sur une comparaison de

l'état de fait existant à l'époque de la décision d'octroi de la rente (ou du début du droit à celle-ci) avec les circonstances prévalant au moment de la révision (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les arrêts cités).

A/3624/2018 - 12/23 - Dans un arrêt du 12 juillet 2007, le Tribunal fédéral a précisé que lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est d'une part le moment du début du droit à la rente et d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI (arrêt du Tribunal fédéral I 716 du 12 juillet 2007 consid. 5.2). Il découle de ce qui précède que même si, en l'espèce, seule est contestée la suppression de la rente entière d'invalidité du 1er au 31 mars 2016 et à partir du 1er octobre 2017, la chambre de céans ne saurait se contenter de déterminer s'il y a matière à révision. Il lui incombe, le cas échéant, d'examiner également si les conditions d'octroi d'une rente entière sont réunies à compter du 1er novembre 2015, respectivement à partir du 1er avril 2016 (cf. ATF 125 V 413 consid. 3b).

## **E. 5**

a. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 consid. 4.1 et les références). Aux termes de l'art. 88a RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable; l'art. 29bis RAI est applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

A/3624/2018 - 13/23 - b. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une

accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

## **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 (art. 28 al. 2 LAI). 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).

## **E. 7**

a. 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/3624/2018 - 14/23 - La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière

de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. 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 standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

A/3624/2018 - 15/23 - - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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). c. 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).

A/3624/2018 - 16/23 - 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'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). 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. 8**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le

droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

A/3624/2018 - 17/23 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/bb. 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). c/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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c/dd. Un rapport 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 se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel

A/3624/2018 - 18/23 - 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).

#### **E. 9**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

#### **E. 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).

A/3624/2018 - 19/23 -

#### **E. 11**

a. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante présentait une incapacité de travail complète dans toute activité entre le 21 novembre 2014 et le 30 novembre 2015 ainsi qu'entre le 6 avril 2016 et le 2 juillet 2017. En revanche, elles s'opposent sur la question du recouvrement de la capacité de travail de la recourante à hauteur de 50 % du 1er au 31 décembre 2015 et de 100 % du 1er janvier 2016 au 5 avril 2016 et à partir du 3 juillet 2017 dans toute activité. Dans le cas particulier, il ressort du rapport du 23 décembre 2015 de la psychiatre traitante, la Dresse D\_\_\_\_\_, que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré mi-octobre 2015, et de façon notable mi-décembre 2015, qu'il n'y avait alors pas d'état dépressif et une bonne récupération du burnout. La Dresse D\_\_\_\_\_ estime certes, dans ce même rapport, que la recourante présentait néanmoins des troubles de la concentration et de la mémoire, une fragilité émotionnelle et une vulnérabilité au stress et qu'en tant que comptable, sa capacité de travail était de 50 %. Quoi qu'il en soit, on ne saurait faire abstraction de l'inscription au chômage de l'intéressée à 50 % le 1er décembre 2015, portée à 100 % le 1er janvier 2016, étant souligné que l'aptitude au placement d'un chômeur suppose notamment sa capacité de travail (cf. l'art. 15 al. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin [LACI ; RS 837.0] où cette notion est mentionnée explicitement; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_245/2010 du 9 février 2011 consid. 5.3). À la lumière de ces circonstances, l'avis SMR du 23 janvier 2018 peut être suivi en tant qu'il conclut à une incapacité de travail de 50 % du 1er au 31 décembre 2015, respectivement de 0 % du 1er janvier 2016 au 5 avril 2016 dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. b. Reste à déterminer s'il existe des motifs suffisants pour considérer que la recourante avait recouvré une capacité de travail entière dans toute activité à partir du 3 juillet 2017, date de l'entretien de la recourante avec l'expert psychiatre. Il ressort en synthèse du rapport du 22 décembre 2017 du Dr K\_\_\_\_\_ que le « parcours morbide psychiatrique » de la recourante

relève davantage de la persistance d'une symptomatologie subdépressive d'intensité variable – doublée d'une personnalité anankastique n'ayant pas empêché l'intéressée d'exercer des activités professionnelles tout au long de sa vie –, et donc d'une dysthymie, que de l'incidence d'épisodes formellement dépressifs, à tout le moins au moment de l'expertise, le diagnostic d'épisode dépressif sévère étant écarté en outre par la présence d'idées certes suicidaires mais – ce qui est décisif – dans un registre exclusivement idéique, sans probabilité de passage à l'acte. En toute hypothèse, l'expert n'a pas constaté que l'asthénie et les troubles de la concentration et de la mémoire – que la Dresse D\_\_\_\_\_ évoquait encore dans son rapport du 25 juin 2015 pour justifier une capacité de travail restreinte – auraient été encore présents le 3 juillet 2017, lors de l'entretien avec l'expert psychiatre, la recourante se montrant capable non seulement d'être attentive et concentrée tout au long de cet entretien – ou des séries télévisées qu'elle suivait en vaquant à ses occupations

A/3624/2018 - 20/23 - (broderie) – mais aussi de mobiliser l'énergie nécessaire pour se rendre plusieurs fois par semaine aux réunions organisées par le CAPPI et la Fondation Trajets ou encore à ses cours de couture hebdomadaires, de sorte que la capacité de travail de l'intéressée était entière au moment de l'expertise. Pour le reste, le Dr K\_\_\_\_\_ ne répond pas directement à la grille de questions établie par l'OAI mais renvoie le lecteur à rechercher dans l'expertise les différents indicateurs (cf. ci-dessus : consid. 7) et à en faire la synthèse lui-même. Il résulte néanmoins de cet exercice qu'à l'aune de l'indicateur « atteinte à la santé », la dysthymie conjuguée au trouble de la personnalité anankastique, n'est pas reconnue comme incapacitante dans le contexte d'un suivi et d'une adhésion thérapeutiques ne souffrant pas la critique. Quant à l'axe « personnalité », les considérations de l'expert indiquent que le trouble de la personnalité anankastique – même s'il peut être à l'origine de difficultés relationnelles dans le cadre professionnel et extra-professionnel – n'est pas de nature à conduire à une limitation durable de l'activité professionnelle, la recourante ayant été en mesure d'exercer des activités professionnelles tout au long de sa vie et reconnaissant également, au moment de l'expertise, présenter des compétences suffisantes pour reprendre une activité professionnelle. Quant au contexte social, il n'est certes pas favorable mais les facteurs à la base de cette appréciation (chômage, situation économique difficile, âge) n'en demeurent pas moins étrangers à l'invalidité. Enfin, l'examen des indicateurs relevant de la catégorie « cohérence » ne révèle objectivement pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (participations pluri-hebdomadaires aux activités du CAPPI et de la Fondation Trajets, participation hebdomadaire au cours de couture, capacité de mobiliser son énergie, sa concentration et son attention). En synthèse, le degré fonctionnel de l'atteinte à la santé ne se répercutait pas, au moment de l'expertise, sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de comptable comme dans toute activité adaptée, cette appréciation étant également corroborée par l'examen de la cohérence, en termes de limitation uniforme de l'activité dans tous les domaines de la vie. Tenant compte des plaintes de l'intéressée, comportant une anamnèse détaillée, des diagnostics motivés et des conclusions claires et cohérentes à la lumière des indicateurs jurisprudentiels, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr K\_\_\_\_\_ remplit ainsi les réquisits permettant de lui reconnaître valeur probante. c. La recourante soutient pour sa part qu'il ne serait pas possible de se fonder sur ce rapport dans la mesure où le SMR considère lui-même, dans son avis du 23 janvier 2018, que l'expert retiendrait un trouble différent (troubles dysthymiques versus trouble dépressif récurrent) sans apporter d'élément contributif à sa prise de position. De plus, selon la

recourante, le rapport d'expertise n'emporterait pas la conviction « en raison des avis contraires unanimes de tous les médecins traitants et spécialistes ». Aussi convient-il d'examiner ces rapports.

A/3624/2018 - 21/23 - Concernant le premier point soulevé, la chambre de céans est d'avis que les critiques exprimées par le SMR ne s'avèrent pas justifiées et, partant, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert – au demeurant partagées par le SMR s'agissant de l'évolution favorable de l'état psychiatrique constatée le 3 juillet 2017 et de l'absence d'atteinte à la santé incapacitante à cette date. En effet, contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr \_\_\_\_\_ ne se borne pas à expliquer les diagnostics retenus en invoquant les rôles différents dévolus au médecin traitant, respectivement à l'expert, il explique les diagnostics retenus au moyen du « parcours morbide psychiatrique », retracé au moyen d'une anamnèse détaillée et d'un status psychiatrique qui met en lumière, d'un point de vue fonctionnel, le faible retentissement de l'atteinte à la santé psychique de la recourante ainsi qu'un état d'humeur habituellement normothymique. L'expert explique également écarter le diagnostic d'épisode dépressif sévère au vu d'idées certes suicidaires mais cantonnées dans un registre exclusivement idéique, sans probabilité de passage à l'acte. En second lieu, quand bien même des différences d'opinion entre experts et médecins traitants ne sont pas pertinentes en tant que telles pour apprécier la valeur probante d'une expertise (cf. consid. 8c/cc), force est de constater que le trouble dysthymique chronique a été posé, avant l'expert, par la Dresse D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 juin 2015 et que ce même médecin attestait également de l'absence d'état dépressif en décembre 2015. Quant au trouble de la personnalité anankastique, il y est également fait référence dans les appréciations du Dr M\_\_\_\_\_. En conséquence, on ne saurait suivre la recourante en tant qu'elle tente de tirer argument d'avis médicaux contraires, prétendument unanimes, pour dénier toute valeur probante à l'expertise. Dans ses prises de position des 26 mars et 8 octobre 2018, le Dr M\_\_\_\_\_ indique avoir pris connaissance du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ et ne pas partager l'appréciation de l'expert s'agissant du diagnostic de dysthymie. Dans son rapport du 22 février 2018, le Dr M\_\_\_\_\_ précise que depuis « notre dernier rapport du 18 octobre 2016 » (i.e. rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ rendu à cette même date), il constaterait une persistance de la symptomatologie anxio-dépressive avec une capacité de travail qui est toujours de 0 %. Ce faisant, ce médecin procède à une appréciation différente d'un même état de fait – sur lequel l'expert s'est déjà prononcé en juillet 2017 – sans faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr K\_\_\_\_\_. Ces remarques sont également valables pour le rapport du 4 octobre 2018, dans lequel la Dresse C\_\_\_\_\_ atteste un état de santé « clairement aggravé depuis 2014 entraînant une incapacité actuelle à 100 % ».

## **E. 12**

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au terme du délai d'attente d'un an, soit en novembre 2015, la recourante présentait une incapacité de travail entière jusqu'au 30 novembre 2015, de 50 % du 1er au 31 décembre 2015, de 0 % du 1er janvier 2016 au 5 avril 2016, de 100 % du 6 avril 2016 au 2 juillet 2017 et de 0 % dès le 3 juillet 2017. Pour le surplus, la durée des rentes temporaires entières

A/3624/2018 - 22/23 - versées du 1er novembre 2015 au 29 février 2016 et du 1er avril 2016 au 30 septembre 2017 a été déterminée conformément aux dispositions applicables (ci-dessus : consid. 5a) et ne prête donc pas le flanc à la critique. On précisera à cet égard

qu'il n'est pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité dès lors que le taux d'invalidité à la base de ces rentes (100 %) se confond avec le taux d'incapacité de travail de la recourante dans toute activité (cf. notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2).

**E. 13**

Mal fondé, le recours doit être rejeté. Représentée par un conseil mais n'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

\*\*\*\*\*

A/3624/2018 - 23/23 - 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.