

# GE\_GERICHTE ATAS/989/2024 vom 10. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_989\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_989_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/989/2024 du 10 décembre 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/989/2024 del 10 dicembre 2024

## Erwägungen

### E. 4

décembre 2023. Par acte du 19 janvier 2024, l'assurée, représentée par ses curateurs I\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision, concluant au fond à son annulation et, cela fait, au renvoi de la cause à l'office pour nouvelle instruction ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière. Était produit un rapport du 15 janvier 2024 de la Dre F\_\_\_\_\_, qui ne validait pas les conclusions de l'expert G\_\_\_\_\_ mais concluait à une incapacité de travail totale dans toute activité et estimait que sa patiente « nécessiterait un accompagnement spécialisé pour une réinsertion sociale et professionnelle dans un milieu protégé sous réserve qu'elle retrouve une capacité professionnelle ». b. Par réponse du 19 février 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, un avis du 16 février 2024 du SMR étant joint et maintenant sa précédente appréciation du cas. c. Par réplique du 5 avril 2024, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

A/222/2024 - 5/21 - Étaient annexés un rapport – circonstancié – de 5 pages de la psychiatre traitante du 25 mars 2024, de même qu'une attestation de sa curatrice Mme B\_\_\_\_\_ du 27 mars 2024 d. Le 9 juillet 2024, la chambre de céans a entendu les parties et la curatrice B\_\_\_\_\_ en comparution personnelle des parties ainsi que la Dre F\_\_\_\_\_ en qualité de témoin. A été produit par la recourante un rapport du 8 mai 2024 de la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénérologie, selon laquelle la recourante présentait « une maladie inflammatoire chronique de type psoriasis cutané en plaque depuis plusieurs années et actuellement sévère (avec un PASI score à 16), sans atteinte articulaire ». À l'issue de l'audience, avec l'accord des parties, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

### 1.

1.1 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 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

### E. 4.1

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021, la version antérieure indiquant « dans son domaine d'activité » plutôt que « qui entre en considération »). 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).

A/222/2024 - 7/21 - Aux termes de l'art. 6 LPGGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

#### **E. 4.2**

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). À teneur 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.

#### **E. 4.3**

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 LPGGA. 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

##### **E. 4.3.1**

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, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être

A/222/2024 - 8/21 - surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

#### **E. 4.3.2**

Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder 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). - 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)

A/222/2024 - 9/21 - 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 révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

#### **E. 4.3.3**

Il est notamment relevé que 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. 4.4**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

##### **E. 4.4.1**

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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

A/222/2024 - 10/21 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

##### **E. 4.4.2**

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. 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou

l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

#### **E. 4.5**

Il y a lieu de préciser encore que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non

A/222/2024 - 11/21 - 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

#### **E. 4.6**

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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 5.

5.1 En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, établi le 23 mars 2023, répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En effet, cette expertise psychiatrique a été conduite par un médecin spécialisé dans ce domaine concernés, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. L'expert a personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de son rapport d'expertise, et il a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et résumé ses propres constatations. Il a en outre énoncé les diagnostics

retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, les conclusions de l'expert sont claires et bien motivées, et ses appréciations reposent sur la grille d'évaluation normative et structurée (indicateurs) développée par le Tribunal fédéral. En particulier, sous l'angle de la catégorie « Degré de gravité fonctionnel », complexes A « Atteinte à la santé » et B « Personnalité », l'expert, assisté de la psychologue H\_\_\_\_\_, retient les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis

A/222/2024 - 12/21 - août 2019 au présent (F33.11) et de trouble anxieux généralisé (F41.1), et, sans répercussion sur la capacité de travail, de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse (Z73.1), « actuellement non décompensé ». Dans le cadre de l'anamnèse est décrite une enfance de l'expertisée très difficile du point de vue relationnel, avec une maltraitance psychique de la part de son père et de sa mère, qui ont divorcé lorsqu'elle avait six ans, et elle a subi un premier épisode dépressif en 1997 et un deuxième en 2004, le troisième étant celui commencé en août 2019. Les résultats d'une prise de sang réalisée le 26 janvier 2023 indiquent un taux d'escitalopram (substance du Cipralex) indétectable, et la compliance est nulle. L'évolution des troubles psychiques a été globalement stationnaire depuis août 2019, sans traitement antidépresseur et avec un suivi psychiatrique qui n'était pas hebdomadaire. La capacité de travail est de 70% depuis août 2019, soit 6h30 par jour, sans réduction de performance. Est adaptée toute activité « au niveau d'acquisition sans hiérarchie complexe et adaptée d'un point de vue somatique ». « Actuellement, l'évolution est difficilement déterminable et la situation n'étant pas stabilisée, un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur peuvent améliorer le pronostic de même qu'une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique » (p. 39). À cet égard, « en cas d'un antidépresseur à des taux sanguins efficaces et suivi psychiatrique hebdomadaire il existe 70% de chances d'augmenter la capacité de travail à 100% dans une année et il existe une exigibilité pour ce type de traitement » (p. 34). S'agissant notamment du complexe C « Contexte social », l'expert note que l'assurée s'occupe de son mari malade. Au plan financier, la recourante ne bénéficie pas d'une aide financière, elle a des dettes et des poursuites depuis ses 20 ans, et elle est sous curatelle volontaire car elle ne peut pas gérer « l'administratif complexe ». La journée type, décrite sans exagération par l'intéressée, se déroule ainsi : l'expertisée se réveille vers 9h00-10h00, elle grignote et regarde la télévision ; elle dort très peu durant la nuit (coucher vers 4h00-5h00 du matin, endormissement une heure après ou même parfois avant 1h00 du matin), car son époux a des douleurs chroniques et des insomnies ; elle dort en revanche beaucoup pendant la journée, durant laquelle elle fait un peu de dactylographie, puis le ménage (y compris la lessive) et la préparation des repas en évitant les tâches lourdes (en raison notamment de dorsalgies) ; le soir, elle mange et regarde des vidéos courtes sur internet sur des histoires de meurtres et se couche vers 4h00-5h00 du matin. Elle va régulièrement sur les réseaux sociaux pour le suivi des nouvelles, voire les boutiques en ligne. Elle ne fait rien de particulier les week-end et ne part pas en vacances depuis 20 ans. L'intéressée fait les courses, son mari la dépose et il vient parfois avec elle dans le magasin. Elle fait parfois des promenades avec son conjoint. Concernant la vie sociale, l'expertisée voit son mari (avec lequel elle vit), envoie parfois un message à une amie, parle avec sa mère au téléphone mais sans régularité dans ce contact. Depuis août 2019, son isolement social n'est pas total, mais partiel. Pour des raisons

A/222/2024 - 13/21 - financières, l'assurée ne va pas dans des restaurants, cafés ou tea-rooms ou au cinéma, ni n'invite des personnes ni n'est invitée. Le Dr G\_\_\_\_\_ note une anhédonie partielle concernant les « activités familiales ». Pour ce qui est de la catégorie « Cohérence », l'expert écrit ce qui suit : « Nous retenons des incohérences, dans le sens d'autolimitations et d'une demande de rente AI à 100% alors qu'elle présente des limitations fonctionnelles légères et pas sévères selon l'examen clinique et la journée type. [À la ligne] L'assurée décrit des avantages secondaires ce qui démontre qu'elle est authentique : difficulté à retrouver un emploi avec démotivation après une longue pause professionnelle dans un contexte de déconditionnement et de besoin de s'occuper de son mari malade. [À la ligne] Nous retenons une discordance entre une capacité de travail nulle en lien avec un trouble dépressif récurrent moyen selon le dossier asséurologique et la journée type chez une assurée qui gère son quotidien en dehors de l'administratif complexe et des activités lourdes physiques, le ménage, les courses, prépare les repas, s'occupe adéquatement de son mari malade, sans un isolement total mais partiel, sans anhédonie totale mais partielle. [À la ligne] L'absence de traitement antidépresseur avec une compliance nulle expliquée après la prise de sang, sans suivi psychiatrique hebdomadaire mais mensuel, sans hospitalisation psychiatrique, plaide aussi indirectement contre un trouble significatif mais plutôt léger, contre une décompensation de la personnalité et contre des limitations fonctionnelles significatives mais plutôt légères. [À la ligne] Malgré ses traits de personnalité, l'assurée a pu se former et travailler dans le passé sans difficulté et la personnalité n'est pas actuellement décompensée » (p. 28-29). D'après l'expert, « au moment de l'expertise l'assurée garde des capacités et ressources personnelles assez bonnes d'un point de vue psychiatrique, avec des limitations fonctionnelles légères psychiatriques objectivables, alors qu'elle serait limitée dans les activités lourdes physiquement » (p. 37). Par ailleurs, selon l'expert G\_\_\_\_\_, le pronostic de reprise professionnelle dépend de la motivation de l'expertisée et d'une aide pour une réadaptation et réinsertion professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique « au cas où elle est motivée par une reprise professionnelle, ce qui est le cas actuellement ». À cet égard, concernant ses projets personnels, l'intéressée aimerait faire du bénévolat pour une association s'occupant de chats et adopter des chats handicapés et s'en occuper chez elle, ainsi qu'avoir une vie plus saine et épanouie dans le futur. Concernant ses projets professionnels, elle souhaiterait continuer une formation de secrétaire comptable ou aide comptable et pouvoir travailler dans ce domaine, en bénéficiant à cette fin de l'aide de l'AI pour une réinsertion professionnelle progressive avec un début dans une structure protégée, une association de préférence.

5.2 Le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ répondant, en soi et indépendamment d'autres éléments du dossier, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante, cette dernière ne peut être

A/222/2024 - 14/21 - mise en doute que si des 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. 5.2.1 C'est uniquement la Dre F\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, qui critique les appréciations et conclusions de l'expert. Il est d'emblée relevé que l'incapacité totale de travail attestée le 2 septembre 2020 par le Dr D\_\_\_\_\_, neurologue, l'était sur la base des diagnostics de « burnout, état dépressif » avec état d'épuisement. Aucun rapport n'a par la suite été établi par ce médecin, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie. Son audition en qualité de témoin, sollicitée dans l'acte de recours, ne pourrait pas, par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet notamment ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d), avoir une

quelconque influence sur l'issue du présent litige, et, au demeurant, à l'issue de l'audience, la recourante n'a pas persisté dans cette demande de mesure d'instruction. Les critiques à l'encontre du rapport d'expertise formulées par la Dre F\_\_\_\_\_ dans son rapport – circonstancié – de 5 pages du 25 mars 2024 ne portent pas sur des constatations importantes de l'expert G\_\_\_\_\_, mais remettent en réalité en cause uniquement les conclusions que celui-ci tire de ses constatations et évaluations. En particulier, la journée type décrite par ce rapport du 25 mars 2024 ne diffère pas substantiellement de la description effectuée par le rapport d'expertise, mais lui correspond pour l'essentiel.

5.2.2 Dans ses rapports antérieurs à l'expertise psychiatrique, la Dre F\_\_\_\_\_, qui suit l'intéressée depuis le 19 août 2020, a diagnostiqué de manière constante un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et retenu une capacité professionnelle nulle. Au 23 novembre 2021 était noté : « La limitation est bien psychique avec une phobie sociale, une anxiété généralisée, une tendance à la rumination anxieuse associée à une thymie dépressive et une fatigue chronique, une peur de l'avenir ». Au 6 novembre 2022, comme limitations fonctionnelles : « État dépressif, thymie dépressive, anhédonie, aboulie, sentiment de dévalorisation, fatigue, laisser aller, [...] anxieux ». Concernant ces points, les rapports des 15 janvier et 25 mars 2024 de la psychiatre traitante ne présentent aucune modification. En audience, la Dre F\_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante à la question de savoir en quoi concrètement les troubles psychiques de sa patiente l'empêcheraient de travailler à 70% : « (...) la tristesse, la fatigue, les difficultés de concentration, les troubles du sommeil, l'anxiété généralisée et l'anxiété sociale, la peur de l'imprévu et le repli sur soi et le sentiment de dévalorisation et de culpabilité (une autodépréciation en permanence) l'empêchent de travailler à 70%. Le maximum serait pour moi une activité très protégée à 30% après l'octroi d'une rente AI (...) ».

A/222/2024 - 15/21 - Ainsi, la psychiatre traitante ne pose pas des diagnostics substantiellement différents de ceux de l'expert, et ce qu'elle indique comme symptômes et limitations fonctionnelles est également constaté par le Dr G\_\_\_\_\_. Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références). Des traits de personnalité signifient quant à eux que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références). Dans le cas présent, aucun élément, pas même les rapports de la Dre F\_\_\_\_\_, ne permet de penser que les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis août 2019 au présent (F33.11) et de trouble anxieux généralisé (F41.1), et, sans répercussion sur la capacité de travail, de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type

impulsif et anxieuse (Z73.1), retenus par l'expert G\_\_\_\_\_, pourraient entraîner une incapacité de travail supérieure 30% (depuis août 2019) dans une activité adaptée. 5.2.3 Certes, d'après la psychiatre traitante en audience, « il y a des traumatismes de son histoire qui sont toujours actifs, c'est pourquoi j'ai parlé de syndrome de stress post-traumatique, et l'impact psychique est encore très envahissant. Il y a notamment une histoire traumatique centrée sur les animaux (un membre de sa famille a jeté un cochon d'inde contre un mur), qui procure à Madame en permanence un sentiment de culpabilité, un besoin de sauver des animaux handicapés et la peur de perdre ses animaux de compagnie. [À la ligne] (...), concernant les éléments constitutifs d'un état de stress post traumatique, ma patiente a des "flashbacks", une anxiété et une hyper-vigilance en permanence, une peur de la mort et une peur d'être victime d'un crime d'où son addiction pendant des années aux reportages sur les crimes et d'où son repli chez elle. Un autre traumatisme est qu'elle a toujours eu de la peine à prendre soin de son corps et le psoriasis l'a obligée à s'en occuper ».

A/222/2024 - 16/21 - Toutefois, il ne ressort pas des pièces du dossier que la Dre F\_\_\_\_\_ aurait expressément diagnostiqué un état de stress post-traumatique comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (cf. ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C\_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références). Selon la CIM-10 (F43.1, in fine), « la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (Z62.0) » (<https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F43.1>). En l'occurrence, les traumatismes principaux mentionnés remontent à l'enfance. Certes, selon le rapport de la Dre F\_\_\_\_\_ du 25 mars 2024, il y a eu le décès du premier chat de l'assurée en 2017, mais « ce premier deuil ne l'a pas empêchée de poursuivre son activité professionnelle » ; « en 2020, elle perd son second chat ce qui a ouvert une plaie masquée qui a ouvert toutes ses douleurs d'enfance ». Ce second deuil n'a cependant pas conduit à une modification durable de la personnalité de l'assurée (qui a des idées noires mais pas suicidaires), et il n'est pas établi qu'il ait conduit à une évolution chronique des effets du traumatisme. Il ne peut dès lors en tout état de cause pas être reproché à l'expert de ne pas avoir retenu un état de stress post-traumatique. 5.2.4 De surcroît, tandis que la psychiatre traitante avait noté le 23 novembre 2021 que la patiente refusait de prendre un antidépresseur malgré l'insistance de la psychiatre, mais, le 6 novembre 2022, qu'elle prenait son traitement antidépresseur de manière régulière avec une bonne compliance, l'expert G\_\_\_\_\_ a relevé que les résultats d'une prise de sang réalisée le 26 janvier 2023 indiquent un taux d'escitalopram (substance du Ciprallex) indétectable et que la compliance est nulle.

A/222/2024 - 17/21 - Dans son rapport du 25 mars 2024, la Dre F\_\_\_\_\_ ne conteste pas ces constatations de l'expert, mais écrit ce qui suit : « Cette dame est très fragile psychiquement, certes elle refuse de prendre un antidépresseur à cause de son anxiété généralisée car elle a peur de tout ... le lien de confiance, le fait de respecter son rythme a fait qu'elle ose enfin prendre à petite dose son traitement antidépresseur depuis presque deux mois – de manière irrégulière – toutefois, elle est davantage apte à donner un sens au fait de le prendre ». Ceci est confirmé en audience par la psychiatre traitante, qui déclare en outre que l'antidépresseur « baisse principalement l'anxiété, les idées noires et améliore l'humeur » et « pourrait avoir un impact en plus de la psychothérapie en fonction des diagnostics et des limites de la patiente à élaborer et le rythme de l'évolution, qui pour le moment est très lente ». La recourante explique quant à elle en audience : « Je n'ai pas pris d'antidépresseur avant 2024 car je n'aime pas les antidépresseurs et que je suis davantage dans les médecines naturelles. Il y a très longtemps, j'étais suivie par un psychiatre alors que je prenais un antidépresseur, il m'a lâchée et j'ai dû finir le traitement avec les quelques plaquettes qui me restaient et cela a été traumatisant car j'ai eu des manques et que j'ai dû diminuer moi-même la dose. Depuis lors je me suis tournée plus vers la spiritualité et les fleurs de Bach. Depuis janvier 2023, j'ai suivi régulièrement le traitement antidépresseur prescrit par la Dre F\_\_\_\_\_ à une dose plus réduite que maintenant (dans un premier temps 50 mg 1x par jour), puis augmentée. [À la ligne] Concernant les effets de ce médicament, il m'aide à regarder avec plus de distance mon passé même s'il me coupe de mes émotions, comme si j'étais spectatrice ; il m'aide à mettre des mots sur les choses. Il ne m'aide pas à effectuer des tâches car je peux être assise sur le canapé à penser à l'instant présent et à ne pas voir le temps passer ». Selon la jurisprudence, dans le cadre du complexe « Atteinte à la santé », le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation – malgré une coopération optimale de l'assuré – sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence). En outre, dans la catégorie « Cohérence », 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

A/222/2024 - 18/21 - 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 (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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2). Or, en l'espèce, il n'est pas fait état d'un problème d'anognosie, et la peur de prendre l'antidépresseur n'apparaît pas avoir été d'une intensité insurmontable. L'absence de prise de ce traitement à tout le moins avant le prononcé de la décision querellée (le 4 décembre 2023), période ici pertinente, constitue un indice défavorable à la reconnaissance d'un

caractère invalidant au-delà de 30% des atteintes à la santé. À cela s'ajoute que, comme le relève l'expert, le suivi psychiatrique n'a pas eu lieu à un rythme hebdomadaire, mais, d'après les précisions effectuées par la Dre F \_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 mars 2024, à raison de trois consultations par mois la première année du suivi, puis à un rythme bimensuel les deuxième et troisième années et mensuel depuis l'année 2023, ce qui ne plaide pas non plus pour une intensité particulièrement grave des troubles psychiques, quand bien même les séances sont, selon la psychiatre traitante, douloureuses vu le passé traumatique. 5.2.5 Enfin, la recourante fait état de ce qui suit en audience : « Concernant les tâches que je peux faire, je peux faire la vaisselle car il faut bien la faire mais il y a des jours où je ne la fais pas parce que je ne suis pas motivée de la faire ou parce que je suis dans l'instant présent ; je ne peux pas répondre plus précisément. Je ne conduis pas de voiture. Je peux aussi passer l'aspirateur et c'est comme pour la vaisselle. J'ai deux chats dont je m'occupe très bien. Le Président me demandant si mon manque de motivation est dû à un manque d'envie ou au fait que je ne me sentirais pas bien, je réponds que j'ai mal au dos et qu'il y a de la place dans le lavabo ; je fais la vaisselle s'il est encombré. [À la ligne] Ce qui m'empêcherait d'exercer une activité professionnelle est la peur des conflits, la peur de ne pas être performante et la peur du contact avec les gens. Je ne sais pas pourquoi j'ai peur du contact avec les gens ». Il découle de ces paroles que parmi les obstacles principaux à une reprise professionnelle se trouvent une peur des relations sociales et un manque de motivation de la part de l'intéressée, dont on peut rapprocher le problème de procrastination évoqué par la psychiatre traitante dans son rapport du 25 mars 2024. De tels obstacles et problèmes, auxquels s'ajoute celui de la concentration et des oublis fréquents, ne relèvent pas en tant que tels, ici, d'une atteinte médicale d'une intensité telle qu'elle pourrait entraîner une incapacité de travail supérieure à 30%.

A/222/2024 - 19/21 - 5.3 Les déclarations de la curatrice B \_\_\_\_\_, contenues dans son attestation du 27 mars 2024 et formulées également en audience, font état d'une nette péjoration de l'état de santé de la recourante depuis le début du mandat de curatelle en juillet 2021, ce y compris au plan somatique avec des problèmes de dos, une hernie discale et une nette aggravation du psoriasis qui survient par flambées et qui est lié à l'humeur. Cela étant, au plan psychique, les déclarations de Mme B \_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément précis et concret susceptible de remettre en cause les constatations, appréciations et conclusions de l'expert G \_\_\_\_\_. Au surplus, contrairement à ce qu'indique la curatrice, il n'apparaît pas que l'expert considérerait un accompagnement comme une mesure préalable nécessaire à une reprise du travail, mais que, d'après lui, une aide à une réadaptation ou réinsertion professionnelle augmenterait le pronostic favorable d'une reprise professionnelle. 5.4 Le dossier ne contient aucun élément susceptible de montrer que les problèmes de dos et d'hernie discale dont souffre l'intéressée entraîneraient une incapacité de travail. Au demeurant, cette problématique somatique est prise en considération dans le rapport du 3 avril 2023 du SMR, qui mentionne la nécessité d'une activité adaptée au plan somatique, c'est-à-dire sans activité physique lourde, en particulier sans port de charge de plus de 20 kg. Selon le rapport du 8 mai 2024 de la Dre J \_\_\_\_\_, dermatologue, l'assurée présente « une maladie inflammatoire chronique de type psoriasis cutané en plaque depuis plusieurs années et actuellement sévère (avec un PASI score à 16), sans atteinte articulaire ». Cela étant, il ne ressort pas de ce rapport que le psoriasis aurait en tant que tel un effet incapacitant, la Dre J \_\_\_\_\_ mentionnant sur ce point que cette « maladie chronique de la peau » « peut engendrer de multiples conséquences dont une détresse psychique en raison de sa chronicité, des thérapies souvent longues et de l'image corporelle qui peut parfois être

impactée ». À cet égard, la dermatologue note que la patiente n'a pas souhaité, au motif qu'elle aurait peu de temps pour elle-même dans sa vie quotidienne, suivre les traitements qu'elle lui a proposés (« application d'une association de calcipotriol dipropionate et de dermocorticoïde puissant », photothérapie) et qui pourraient apporter une nette amélioration. 5.5 Enfin, dans le document « détermination du degré d'invalidité », s'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), tableau TA1\_tirage\_skill\_level, tous domaines confondus pour une femme dans le niveau de compétences 2 (« tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement des données et les tâches administratives/l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/les services de sécurité/la conduite de véhicules ») en 2020, retenu le salaire mensuel brut (pour 40 heures par semaines) de CHF 5'046.-, ajusté ensuite en fonction de la moyenne des heures travaillées en

A/222/2024 - 20/21 - Suisse (41,7 heures), c'est-à-dire CHF 5'260.-, puis annualisé (x 12) à CHF 63'120.- et indexé selon l'indice suisse des salaires (ci-après : ISS), soit CHF 63'985.- en 2023, réduit de 30%, ce qui donne CHF 44'790.-. Pour ce qui est du revenu sans invalidité, le salaire perçu de l'employeur en 2018 ne s'étant élevé qu'à CHF 38'700.-, l'intimé s'est référé, de manière non critiquable, à la ligne 47 (« commerce de détail ») du même tableau, niveau de compétences 2 pour une femme, soit CHF 4'702.- de salaire mensuel brut (pour 40 heures par semaines), ajusté ensuite en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41.7 heures), c'est-à-dire CHF 4'906.- selon l'office, puis annualisé (x 12) à CHF 58'870.- et indexé selon l'ISS, soit CHF 59'520.-, ramené à 95% (en application de l'art. 26 al. 2 RAI tel qu'en vigueur à partir du 1er janvier 2022) pour atteindre CHF 56'544.-. La comparaison des revenus sans et avec invalidité conduisait à une perte de gain de 20.79%. Ces calculs n'apparaissent pas défavorables à un éventuel droit de l'intéressée à une rente AI. On peut certes se demander pourquoi 2023 est l'année prise en compte, alors que le droit éventuel à une rente AI serait né en 2021, mais cela ne change en rien l'issue du litige. On peut également s'interroger pour quels motifs l'office n'a pas procédé à un abattement par rapport au revenu d'invalidité (cf. à ce sujet ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Toutefois, même avec un abattement de 10% – maximum éventuellement envisageable –, on arriverait à un degré d'invalidité (de 28.7%) bien inférieur au taux minimal (40%) requis pour l'ouverture d'un droit à une rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI). 6. Vu ce qui précède, et malgré les souffrances réelles de l'assurée, la décision querellée est en tous points conforme au droit, et le recours sera en conséquence rejeté. 7. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/222/2024 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

## **E. 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. 1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément. 1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours et compte tenu des fêtes judiciaires – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985

[LPA - E 5 10]). 2. L'objet du litige porte uniquement sur le droit éventuel de la recourante à une rente AI, celle-ci ayant, lors de l'audience et par la voix de la juriste du SPAd, précisé ne pas conclure à des mesures professionnelles. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la

A/222/2024 - 6/21 - date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2). 3. Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1er janvier 2022. Toutefois, un éventuel droit à une rente d'invalidité serait né au plus tôt au 1er janvier 2021, dès lors que l'incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne invoquée par l'intéressée aurait duré au moins une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) à partir d'août 2019 et dès lors que la demande de prestations avait été déposée le 1er juillet 2020 (cf. art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance 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), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur. 4.

## **E. 9**

avril 2001 consid. 1). Chez les assurés actifs – comme la recourante selon l'intimé –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.