

# **GE\_GERICHTE A/1426/2021 vom 22. November 2022**

GE Cour de justice, 2022-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1426\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1426_2021)

FR: GE\_GERICHTE A/1426/2021 du 22 novembre 2022

IT: GE\_GERICHTE A/1426/2021 del 22 novembre 2022

## **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 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).! [endif]> [if> 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'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.! [endif]> [if> La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le présent litige porte sur la question du droit ou non de la recourante à une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013 et/ou à des mesures professionnelles.! [endif]> [if>

### **E. 5**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).! [endif]> [if> En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

### **E. 6**

! [endif]> [if>

#### **E. 6.1**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution

de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

## **E. 6.2**

### **E. 6.2.1**

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). 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

### **E. 6.2.2**

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 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). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49 , aux termes desquels il y a lieu

de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

### **E. 6.2.3**

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'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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

### **E. 6.2.4**

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) 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. 6.2.5**

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). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). 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 12 mars 2018 consid 2.1). 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). Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

#### **E. 6.2.6**

Des traits de personnalité signifient 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).

#### **E. 6.3**

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé.

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

#### **E. 6.4**

##### **E. 6.4.1**

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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

##### **E. 6.4.2**

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

certain 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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; ATF 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).

#### **E. 6.4.3**

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

#### **E. 6.5**

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281 ), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409 ), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418 ) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215 ) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361 ), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281 , a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part. Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281 , l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence). En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs

pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281 . S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références). En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

## **E. 7**

!

### **E. 7.1**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

### **E. 7.2**

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du

Tribunal fédéral 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références; 9C\_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références). ![/endif]>![if>

### **E. 7.3**

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).![/endif]>![if>

### **E. 7.4**

En vertu de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.![/endif]>![if> L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

### **E. 7.5**

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).![/endif]>![if> L'art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle

initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain.

### **E. 7.6**

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

### **E. 8**

#### **E. 8.1**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 8.2**

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

préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

## **E. 9**

!

### **E. 9.1**

En l'espèce, la question se pose en premier lieu de savoir si l'intimé a ou non respecté l'arrêt du 19 octobre 2017 ( ATAS/934/2017 précité) de la chambre des assurances sociales qui avait annulé la décision du 16 juin 2017, octroyé à la recourante une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013 et renvoyé la cause à l'office pour la mise en œuvre d'un bilan neuropsychologique et, si sur la base de celui-ci une capacité de travail résiduelle paraissait probable, d'un stage d'observation professionnelle à titre de mesure d'instruction (afin d'établir concrètement quelle était la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail), ainsi que pour nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter d'octobre 2013.!

L'intimé considère avoir respecté cet arrêt, au motif que la capacité de travail entière de l'intéressée dans toute activité attestée par les experts du Q\_\_\_\_\_ excluait tout droit à des prestations de l'AI et rendrait dès lors inutile un stage d'observation professionnelle.

### **E. 9.2**

Il convient, notamment sous l'angle de la grille d'analyse comportant divers indicateurs développée par le Tribunal fédéral, d'examiner ci-après les valeurs probantes, constatations, appréciations et conclusions respectives du rapport d'expertise du Q\_\_\_\_\_ et des rapports des médecins traitants, en tenant en outre compte des autres mesures d'instruction qu'ont été le rapport d'examen neuropsychologique de M. L\_\_\_\_\_ du 6 mars 2018 ainsi que le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2019 et son complément du 2 mai 2019.!

### **E. 9.3**

!

#### **E. 9.3.1**

Tout d'abord, ont été posés en "évaluation consensuelle" par les trois experts du Q\_\_\_\_\_ les diagnostics suivants : - majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0); - dysthymie (F34.1); - autres troubles anxieux mixtes (F41.3), l'expertisée présentant une symptomatologie d'anxiété généralisée et souffrant de divers phobies; - status après extirpation macroscopiquement totale d'un méningiome fronto-temporal gauche de grade II selon l'OMS, suivie d'une radiothérapie (2012); - malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie); - céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles. A été retenue par ces experts une capacité de travail à 100 % (à plein temps et avec plein rendement) dans l'activité habituelle et une activité adaptée, ceci depuis la mise en arrêt de travail à l'exception de quelques semaines faisant suite à l'intervention sur le méningiome et la radiothérapie ( dies a quo qui paraît contredire le dispositif de l' ATAS/934/2017 précité).!

#### **E. 9.3.2**

À cet égard, il est exact que, comme relevé par le Q\_\_\_\_\_, au plan psychiatrique et en synthèse, les plaintes de l'assurée et les atteintes à la santé diagnostiquées sont très proches dans les quatre expertises psychiatriques – des Drs I\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ ainsi que Q\_\_\_\_\_ (de 2013, 2017, 2019 et 2021). En particulier, les experts Drs I\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ retiennent en substance, au lieu d'une dysthymie, un trouble ou épisode – prolongé – dépressif léger, de même que des symptômes d'ordre anxieux, avec notamment les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1; expert K\_\_\_\_\_) ou de personnalité avec traits anxieux et dépendants (expert N\_\_\_\_\_). Les – deux premiers – experts I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ont retenu, toujours au plan psychiatrique, une capacité de travail entière dans toute activité, donc sans limitations fonctionnelles. Quant à l'expert N\_\_\_\_\_, il a dans un premier temps (le 24 janvier 2019) reconnu une capacité de travail de 50 % malgré l'inexistence de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, avant de retenir (le 2 mai 2019) une capacité entière tout en suggérant une observation extérieure. De son côté, la Dresse F\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, estime que la recourante souffre depuis 2012, sans interruption – même si une péjoration en 2018 est mentionnée –, d'un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques, ce à quoi s'ajoute une personnalité anxieuse généralisée (diagnostic) que l'assurée avait par nature mais qui s'est aggravée à cause de l'opération de 2012.

### E. 9.3.3

Au plan neurologique, le rapport d'expertise du Q\_\_\_\_\_ retient des malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie, ou un "mélange des deux"), de même que des céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles, l'expert neurologue évoquant parfois des migraines, dont la différence avec les céphalées tensionnelles ne paraît ici pas pertinente, étant donné notamment que ces affections sont toutes deux des "céphalées primaires" (cf. site internet du Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après: CHUV], <https://www.chuv.ch/fr/neurologie/nlg-home/patients-et-familles/maladies-traitees/maux-de-tete-cephalees/>). Les céphalées, à tout le moins de tension, ont été évoquées, dès après l'opération contre le méningiome en 2012, par l'assurée elle-même ainsi que par le Dr C\_\_\_\_\_ (médecin généraliste traitant) puis par la Dresse F\_\_\_\_\_ et le Dr P\_\_\_\_\_ (actuel neurologue traitant) selon lequel les céphalées sont quasi quotidiennes, à la fois migraineuses et de tension, l'origine "de tension" étant plus importante que la migraineuse et venant certainement d'une anxiété importante et persistante. Quant aux malaises, avec souvent pertes de connaissance, ils ont déjà été évoqués par l'employeur en juillet 2012, puis par le Dr J\_\_\_\_\_ et les HUG; lors de l'audience, la psychiatre traitante a évoqué des attaques de panique réelles, avec notamment la perte de ses moyens, pouvant alors entraîner une chute, non en raison d'une perte de connaissance mais en raison d'une perte de contrôle du centre de respiration dans le cerveau. À cet égard, on peut noter que l'expert N\_\_\_\_\_ semble avoir laissé ouverte la possibilité d'un lien entre les pertes de connaissance et un éventuel trouble panique. En outre, selon le neurologue traitant dans un rapport établi en 2019, les pertes de connaissance pourraient constituer des pseudo-crisés dans un contexte de stress et d'anxiété. Le 3 septembre 2019, le SMR a considéré comme difficile de savoir si les malaises de l'intéressée, avec perte de connaissance, étaient attribuables à un trouble panique comme évoqué par le Dr N\_\_\_\_\_ ou à des pseudo-crisés comme évoquées par le Dr P\_\_\_\_\_, ou ces deux causes. À cet égard, ne ressortent pas clairement de l'expertise du Q\_\_\_\_\_ les motifs qui ont conduit ses experts à ne pas retenir ou prendre en considération un éventuel trouble panique, cette question n'étant toutefois à elle seule pas suffisamment

importante pour remettre en cause la valeur probante de ce rapport d'expertise; un éventuel trouble panique est néanmoins susceptible le cas échéant de faire l'objet d'investigations et appréciations complémentaires vu l'issue du présent arrêt.

#### **E. 9.3.4**

Enfin, le premier thérapeute à faire état de difficultés de concentration a été de le Dr G\_\_\_\_\_ des HUG, pour le mois d'octobre 2012, donc relativement peu de temps après l'opération contre le méningiome et relativement peu de temps après la radiothérapie. L'expert I\_\_\_\_\_ a quant à lui noté quelques troubles attentionnels, notamment de la concentration ainsi que de la mémoire. La Dresse F\_\_\_\_\_ a de son côté insisté sur la présence d'une grande fatigue ainsi que d'un trouble sévère de la concentration et de la mémoire à court terme, alors que l'expert N\_\_\_\_\_ a considéré que ce trouble n'était pas patent. Le Dr J\_\_\_\_\_ a, à fin 2014, retenu des troubles sévères en mémoire antérograde verbale, des troubles modérés en mémoire visuo-spatiale et des troubles légers de certaines fonctions exécutives, avec une discrète amélioration de la mémoire verbale. Les experts du Q\_\_\_\_\_ n'ont pas nié l'existence d'une fatigabilité et de problèmes de concentration, mais ont estimé qu'ils pourraient être liés à la médication (dont certaines molécules ont des effets sédatifs). Le Dr P\_\_\_\_\_ n'a pas non plus nié une fatigue et une absence de concentration pour la recourante, sans que soit exclue à ce sujet une possible recherche, même inconsciente, de bénéfices secondaires, et a semblé lier les troubles de fatigabilité et de concentration à un état anxio-dépressif sous-jacent bien réel, pas encore stabilisé.![endif]>![if>

#### **E. 9.3.5**

En définitive, au regard de ce qui précède, en l'état de l'examen de l'ensemble des rapports médicaux (y compris expertises), on ne voit pas ce qui pourrait confirmer les diagnostics posés par la Dresse F\_\_\_\_\_, ni ce qui permettrait de s'écarter de ceux énoncés par les experts du Q\_\_\_\_\_, en particulier la dysthymie, les autres troubles anxieux mixtes, les malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie) ainsi que les céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles. On ne voit en revanche pas ce qui autorisait les experts du Q\_\_\_\_\_ à ne pas tenir compte de la fatigabilité – qui s'exprimerait notamment, selon l'anamnèse retranscrite par l'expert psychiatre, par une fatigue atteignant l'intensité de 7 à 8/10 dès le début de l'après-midi pendant 3 à 4 heures – et des problèmes de concentration, voire de mémoire, la question de leurs liens avec la médication de l'intéressée devant être examinée plus bas.![endif]>![if>

#### **E. 9.4**

![endif]>![if>

##### **E. 9.4.1**

Les experts du Q\_\_\_\_\_ font état d'une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0), vu l'absence de substrat organique pour la symptomatologie mentionnée par les experts neurologue et neuropsychologue et la claire majoration des symptômes à l'examen neuropsychologique, de même que l'attitude histrionique (et plaintive) de l'assurée, des plaintes sans substrat organique, la fixation dans un rôle d'handicapée et le contexte d'une attente de compensation financière (recherche de bénéfices secondaires).![endif]>![if> Une telle majoration des symptômes n'a pas été attestée par les Drs I\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Il est néanmoins relevé, dans ce contexte, que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié posé par les deux premiers

experts a été abandonné à partir de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, à mesure vraisemblablement qu'étaient évoquées des attaques de panique et une recherche de bénéfices secondaires (d'après l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_) ou une problématique de majoration de symptômes ainsi que des malaises et céphalées (selon l'expertise du Q\_\_\_\_\_). Cela étant, rien ne permet d'écarter la majoration des symptômes, consciente ou inconsciente, telle que retenue par le Q\_\_\_\_\_ sur la base de constatations et appréciations circonstanciées. Aucun élément ne permet non plus de s'écarter de la conclusion du Q\_\_\_\_\_ retenant un défaut de validité des résultats de l'examen neuropsychologique en raison de l'existence d'incohérences dans les réponses aux tests ainsi que d'un défaut d'effort, conclusion qui repose sur des constatations expliquées et qui correspond du reste à celle à laquelle le neuropsychologue L\_\_\_\_\_ est déjà parvenu. Une majoration des symptômes dans la vie quotidienne, lors des entretiens avec les experts neurologue et psychiatre, comme lors de l'examen neuropsychologique, apparaît d'autant plus vraisemblable que le Dr P\_\_\_\_\_, neurologue traitant, entendu en audience, a lui-même admis ne pas pouvoir exclure une recherche, consciente ou même inconsciente, de bénéfices secondaires dans la fatigue et l'absence de concentration de la patiente, ce qui n'empêche pas, selon lui et dans l'hypothèse d'une recherche inconsciente, qu'il y a bien un état anxio-dépressif sous-jacent réel, pas encore stabilisé, à confirmer par un psychiatre.

#### **E. 9.4.2**

Apparaît toutefois problématique ce qui suit, dans les circonstances du présent cas et au regard de la grille d'analyse pour les troubles psychiques développée par le Tribunal fédéral : la majoration des symptômes et l'impossibilité de tirer des conclusions de l'examen neuropsychologique apparaissent être les seuls motifs significatifs qui permettent aux experts du Q\_\_\_\_\_ de conclure à l'absence complète de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail, au motif, s'agissant de l'examen neuropsychologique, que l'existence d'incohérences dans les réponses aux tests ainsi qu'un défaut d'effort rendraient toute interprétation objective impossible. En outre, lesdits experts ne cherchent pas à déterminer quelle part d'atteinte à la santé, le cas échéant incapacitante, resterait malgré la recherche de bénéfices secondaires de la recourante, à laquelle une simulation complète n'est pas reprochée et qui a au contraire correctement collaboré avec l'expert psychiatre du Q\_\_\_\_\_ selon ce que ce dernier a rapporté. Or, vu les considérants qui suivent, ces deux motifs, s'ils permettent certes de considérer que les atteintes à la santé et leurs conséquences ne sont de loin pas aussi graves que telles qu'annoncées par l'intéressée, sont néanmoins à eux seuls insuffisants pour exclure entièrement l'existence, pour une part restante, d'éventuelles limitations fonctionnelles, d'une diminution de rendement ou d'une incapacité de travail.![endif]>![if>

#### **E. 9.4.3**

Or, pour ce qui est de la cohérence des plaintes et limitations fonctionnelles par rapport aux activités de l'assurée dans tous les aspects de sa vie (cf. à ce sujet ATF 141 V 281 consid. 4.4), les experts du Q\_\_\_\_\_ considèrent que la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, l'atteinte est uniforme dans tous les domaines de la vie selon les descriptions de l'intéressée, et son adhérence médicamenteuse est bonne. Dans le même sens, selon l'expert neurologue, les troubles sont cohérents et plausibles; cependant, d'après ce même expert, leur nature ainsi que leur importance exactes ne peuvent pas être déterminées clairement compte tenu d'une incertitude importante sur le plan anamnestique. En définitive, si l'on ne tient pas compte de la majoration des symptômes ainsi que de

petites incohérences – ou incohérences de détail – de la part de l'intéressée relevées par ces experts, relatives en particulier à ses tentatives ou volontés de suicide ou non et à la fréquence de ses consultations auprès de la psychiatre traitante, il paraît y avoir une cohérence des plaintes et limitations fonctionnelles de l'assurée par rapport à ses activités dans tous les domaines de sa vie, notamment aux plans social et familial. On peut à cet égard relever que le fait que, selon l'expertise du Q\_\_\_\_\_, ainsi que le témoignage de la Dresse F\_\_\_\_\_, l'assurée ne peut pratiquement plus accomplir des tâches ménagères, alors qu'elle le pouvait encore selon l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, semble dénoter, depuis fin 2018-début 2019, une aggravation de son état de santé au plan psychique.![endif]>![if> Cette cohérence de la part de la recourante, qui fait en outre partie d'une des deux catégories d'indicateurs de la grille d'analyse pour les troubles psychiques développée par le Tribunal fédéral, rend d'autant plus insuffisants les seuls éléments défavorables aux conclusions du recours de l'intéressée que sont la majoration des symptômes et l'impossibilité de tirer des conclusions de l'examen neuropsychologique.

#### **E. 9.4.4**

Va dans le même sens le fait que les diagnostics retenus par les experts du Q\_\_\_\_\_, en particulier la dysthymie, les autres troubles anxieux mixtes, les malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie) ainsi que les céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles, auxquels pourraient être ajoutés le cas échéant la fatigabilité et les problèmes de concentration, voire de mémoire, n'excluent pas une incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles ou de rendement, même si chaque diagnostic est en tout état de cause à lui seul insuffisant pour entraîner de tels effets.![endif]>![if> En effet, selon le Tribunal fédéral, une dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281, procédure qui apparaît précisément avoir été suivie de manière insuffisante par les experts du Q\_\_\_\_\_ comme exposé ci-dessus.

#### **E. 9.4.5**

Au surplus, toujours selon le Q\_\_\_\_\_, la fatigabilité et les problèmes de concentration pourraient être liés à la médication (deux – ou trois – molécules de type benzodiazépines, un neuroleptique et un antidépresseur connus pour ses effets sédatifs), hypothèse qui est du reste aussi possible pour les Drs J\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, neurologues FMH, et M. L\_\_\_\_\_. Ceci pourrait valoir aussi pour les réponses fournies par l'intéressée lors de l'examen neuropsychologique, la Dresse F\_\_\_\_\_ ayant relevé que la patiente avait pris avant cet examen deux à trois comprimés de Temesta qui l'auraient ralenti dans ses facultés et empêchée de répondre correctement. En outre, il est incontesté par les experts et médecins que l'assurée est parfaitement compliant au traitement, y compris médicamenteux, qui lui est prescrit par sa psychiatre et son neurologue traitants.![endif]>![if> Plus précisément, il ressort du rapport d'expertise du Q\_\_\_\_\_, des déclarations en audience de la Dresse F\_\_\_\_\_ et de la liste produite en audience par la recourante que cette dernière prend, à tout le moins depuis fin 2020, les médicaments suivants : - prescrits par la psychiatre traitante : Saroten (Amitriptyline) 25 mg 2 fois par jour (matin et soir), les benzodiazépines Dormicum 15 mg (le soir), Temesta Expidet (Lorazepamum) 3 fois 1mg par jour plus 2 comprimés en réserve et Xanax 2 fois 1 mg par jour (matin et soir), le neuroleptique Aripiprazole (Abilify) 5 mg (le soir), Nexium 2 fois 40 mg par jour (matin et soir), Symfona

(médicament phytothérapeutique) 240 mg (le matin); - prescrits par le neurologue traitant : l'antiépileptique Lamictal (Lamotrigine) 100 mg matin et soir, et l'anti-migraines Aimovig 140 mg/ml par une injonction 1 fois par mois. D'après les rapports des 18 décembre 2018, respectivement 22 janvier et 5 mars 2019 du Dr P\_\_\_\_\_, l'état de trémulation et d'agitation de la patiente était probablement lié à la prise intempestive de benzodiazépines, en particulier Temesta, alors que le Saroten était selon lui une bonne chose pour réduire sa céphalée de tension; lors de l'audience, ce neurologue traitant a estimé que le Xanax, le Dormicum et le Temesta (benzodiazépines) ainsi que l'Aripiprazole (neuroleptique) peuvent ralentir le fonctionnement global de la patiente. Dans le cadre de l'expertise du Q\_\_\_\_\_, le bien-fondé du traitement prescrit par le neurologue traitant a été admis par l'expert neurologue. En revanche, alors que l'expert N\_\_\_\_\_ a jugé préférable dans la règle un seul benzodiazépine et énoncé d'autres propositions thérapeutiques, tout en considérant plus loin dans son rapport d'expertise que l'expertisée avait toujours bénéficié d'une prise en charge réalisée dans les règles de l'art, l'expert psychiatre du Q\_\_\_\_\_ a recommandé un sevrage des benzodiazépines, un arrêt du neuroleptique ainsi qu'un remplacement du Saroten, vu son effet sédatif important, par un autre antidépresseur à visée anxiolytique, par exemple la Sertraline ou la Venlafaxine voire le Cymbalta, traitements qu'il considère comme exigibles. Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). En l'occurrence, alors que la justification des médicaments choisis par le Dr P\_\_\_\_\_ pour traiter les problèmes de l'intéressée au plan neurologique est incontestée, la question se pose sérieusement de savoir si tous les médicaments prescrits par la Dre F\_\_\_\_\_ sont ou non nécessaires et adéquats pour soigner les atteintes à la santé psychique de la recourante. Si tel était le cas et si l'on retenait que sans les médicaments prescrits par la psychiatre traitante, l'état de santé psychique de l'assurée serait plus gravement atteint, avec notamment un épisode dépressif plus sévère, on ne verrait pas ce qui pourrait empêcher ou réduire la fatigabilité et le trouble de la concentration, voire éventuellement aussi de mémoire, de l'assurée. Or le caractère en partie incapacitant ou limitant, à tout le moins en termes de rendement, de ces deux problèmes ne saurait être en l'état nié; en effet, sur la base du présent dossier, ces deux problèmes paraissent être d'une intensité non négligeable. C'est du reste ce que l'assurée, par son avocate, a invoqué dans son écriture du 16 août 2019, soit après l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ et avant celle du Q\_\_\_\_\_, en faisant valoir ce qui suit : si, comme supposé, c'était les médicaments prescrits qui étaient à l'origine des troubles "décrits", on ne pourrait pas expressément ou tacitement approuver la médication prescrite, tout en dénonçant les effets secondaires, et en même temps lui laisser assumer les conséquences que serait l'incapacité de travail. Il sied enfin de relever que les symptômes psychotiques retenus par la psychiatre traitante, non comme au titre d'un diagnostic indépendant mais en lien avec un trouble dépressif récurrent sévère, ne sont confirmés par aucun autre élément du dossier, si ce n'est les déclarations de la recourante, et qu'ils sembleraient en tout état de cause, s'ils étaient établis, se trouver à l'arrière-plan des atteintes à la santé de celle-ci, de sorte que la question de la nécessité et de l'adéquation de l'antipsychotique (neuroleptique) prescrit se pose sérieusement. Ces éléments conduisent effectivement à s'interroger sérieusement sur la

nécessité et l'adéquation des médicaments – tous ou certains – prescrits par la psychiatre traitante, qui semblent avoir pour une part des effets négatifs sur les facultés de l'assurée, sans qu'il soit exclu à ce stade que cette médication soit conforme aux règles de l'art, nécessaire et adéquate. Ce problème rend d'autant plus difficile à déterminer si, avec un traitement réellement nécessaire et adéquat, elle a ou non une capacité de travail et si elle est ou non entravée par d'éventuelles limitations fonctionnelles ou dans son rendement, vu notamment ses problèmes de fatigabilité et de concentration, voire aussi de mémoire. Cette situation d'interrogations et d'incertitudes ne permet pas en l'état de trancher de manière claire les questions centrales que sont la capacité ou de travail et les éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement.

### **E. 9.5**

En résumé (synthèse), la recourante a certes, dans le cadre de l'expertise du Q\_\_\_\_\_ – comme à d'autres occasions –, consciemment ou inconsciemment, majoré ses symptômes et fait preuve d'un défaut d'effort à l'examen neurologique empêchant de tirer des conclusions de ce dernier. Cependant, au regard notamment de la cohérence des plaintes et limitations fonctionnelles par rapport aux activités de l'assurée dans tous les aspects de sa vie (cf. à ce sujet ATF 141 V 281 consid. 4.4) ainsi que des diagnostics posés et des incertitudes quant au bien-fondé de la médication prescrite par la psychiatre traitante, c'est sur la base d'une appréciation insuffisante, y compris sous l'angle de la grille d'analyse pour les troubles psychiques développée par le Tribunal fédéral, que les experts du Q\_\_\_\_\_ ont exclu une quelconque incapacité de travail ainsi que d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement. Il est vrai que, vu les circonstances et la complexité du cas au plan médical, il pouvait être difficile pour les experts du Q\_\_\_\_\_ de se prononcer clairement sur la question de la capacité ou incapacité de travail ainsi que celle de l'existence ou d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement. Semble témoigner de cette difficulté le revirement de l'expert N\_\_\_\_\_ qui a dans un premier temps (le 24 janvier 2019) reconnu une capacité de travail de 50 % en dépit de l'inexistence selon lui de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, avant de retenir (le 2 mai 2019) une capacité entière tout en suggérant une observation extérieure. Toutefois, cette difficulté n'autorisait pas les experts du Q\_\_\_\_\_ à exclure sur une base insuffisante une incapacité de travail ainsi que des limitations fonctionnelles ou de rendement.

### **E. 9.6**

En l'état actuel du dossier, il est impossible pour la chambre de céans de trancher la question de la capacité ou incapacité de travail ainsi que celle de l'existence ou d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement. On se trouve ici dans la situation où les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde toute sa valeur probante (cf. jurisprudence du Tribunal fédéral citée plus haut). Le rapport d'expertise du Q\_\_\_\_\_ repose en effet sur un examen et une appréciation insuffisants quant aux conclusions à tirer des constatations effectuées et des diagnostics posés, constatations et diagnostics qui semblent corrects sous réserve des éventuelles attaques – voire trouble – de panique. Il y a lieu à cet égard de s'interroger, encore, sérieusement sur la compatibilité entre d'une part les limitations fonctionnelles, retenues par le Q\_\_\_\_\_ (en particulier l'expert neurologue), que sont l'évitement d'une activité en hauteur et à proximité d'un engin à risque (ou dangereux) de blessures en cas de perte de connaissance, et d'autre part l'activité habituelle d'aide-hospitalière ou aide-stérilisatrice.

### **E. 9.7**

Vu ce qui précède, et compte tenu notamment de la possibilité d'une capacité de travail résiduelle mais qui ne peut pas d'emblée et forcément être considérée comme entière dans l'activité habituelle et/ou une activité adaptée, c'est en violation du dispositif et des considérants de l' ATAS/934/2017 précité que l'intimé n'a pas mis en œuvre un stage d'observation professionnelle avant de rendre la décision querellée.!

### **E. 9.8**

De surcroît, pour les motifs qui précèdent, en l'état actuel du dossier, l'office ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour réviser, en application par analogie de l'art. 17 LPGA (cf. à ce sujet notamment ATF 125 V 413 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_829/2017 du 31 janvier 2018 et 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid.4.3.1, non publié in ATF 137 V 369 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 9 ad art. 17 LPGA), le droit à la rente de l'assurée en défaveur de cette dernière par rapport à l'octroi d'une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013 par la chambre de céans dans son ATAS/934/2017 précité.!

### **E. 9.9**

!

#### **E. 9.9.1**

Il n'est pas fréquent qu'un stage d'observation professionnelle, voire d'orientation professionnelle comme demandé aussi par la recourante, soit ordonné par la chambre des assurances sociales. Notamment, dans un cas relativement ancien, celle-ci a ordonné la mise en place d'une mesure d'aide au placement avec stage d'observation du recourant, invité l'intimé à mettre en œuvre cette mesure dès que le mandataire du recourant l'en avertirait, et suspendu la procédure dans l'attente du sort de la mesure d'aide au placement, étant précisé que cet arrêt incident faisait suite à une audience ( ATAS/682/2008 du 3 juin 2008) et qu'au vu de la mise en place avec succès de mesures d'orientation professionnelle et de la communication de l'office du 1<sup>er</sup> décembre 2008 octroyant des mesures d'orientation professionnelle, le recours est devenu sans objet au fond et la cause a été rayée du rôle ( ATAS/1060/2009 du 1<sup>er</sup> septembre 2009). En outre, dans un cas où les constatations médicales des médecins du SMR n'étaient pas contestées mais uniquement l'appréciation que ceux-ci avaient faite de la capacité résiduelle de travail du recourant, la chambre de céans a jugé judicieux, au vu du nombre important de limitations reconnues, de mettre sur pied une observation professionnelle qui aurait pour but de déterminer plus concrètement quelle activité pourrait convenir au recourant mais aussi d'évaluer la motivation de ce dernier et, ce faisant, de vérifier si les conditions subjectives nécessaires à l'octroi d'une mesure de reclassement étaient réunies; elle a en effet considéré que, sur ce point, les faits n'étaient pas suffisamment élucidés, raison pour laquelle elle adhérait à la proposition de l'intimé de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction ( ATAS/313/2011 du 24 mars 2011).!

#### **E. 9.9.2**

Dans le cas présent, dans la mesure notamment où l'OAI conclut uniquement au rejet du recours sans ouverture pour de quelconques mesures d'instruction complémentaire, il se justifie d'annuler sa décision querellée et de lui renvoyer la cause pour mise en œuvre d'un stage d'observation et d'orientation professionnelles au titre de mesure d'instruction, comme

le demande la recourante selon laquelle un tel stage aurait le mérite de l'éclairer sur les réelles possibilités de travail et d'emploi et de jauger ainsi sa capacité de travail réelle, et surtout conformément à l' ATAS/934/2017 précité afin d'établir concrètement quelle était la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail.!

> Dans le cadre de cette mesure d'ordre professionnel, le comportement de l'intéressée sera particulièrement important, celle-ci étant d'ores et déjà rendue attentive au fait que sa motivation et ses efforts dans les tâches à accomplir auront une importance particulière dans l'appréciation du cas et la fixation de ses droits au fond. Il sied de préciser qu'en l'état actuel du dossier, l'octroi de mesures professionnelles même au fond ne pourrait pas être d'emblée exclu. En effet, si par hypothèse on procédait, sur la base d'un examen et d'un calcul très sommaires, à une comparaison des revenus de la recourante sans ou avec invalidité (art. 16 LPGa) au moment où la décision attaquée a été rendue, soit en 2021, on pourrait trouver, sous réserve de vérifications et compléments ultérieurs, trouver, comme revenu annuel sans invalidité, la somme de CHF 58'500.- (CHF 4'500.- x 13, pour 40 heures par semaine) auquel devrait s'ajouter de nombreuses indexations annuelles, et comme revenu annuel avec invalidité de CHF 53'493.-, si l'on retenait le niveau de compétence 1 (tâches physiques et manuelles simples) selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) 2020 (table ESS TA1), soit CHF 4'276.- par mois pour une femme sous "total" pour 40 heures de travail par semaine, multiplié par 12 puis ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41,7 heures). Même sur la base d'un tel calcul plutôt défavorable à la position de l'intéressée car ne tenant pas compte du nettement plus grand nombre d'indexations annuelles pour le revenu sans invalidité, on obtiendrait un taux d'invalidité d'environ 8,5 %, sans compter un éventuel abattement pouvant aller jusqu'à 25 % selon la jurisprudence. Si on appliquait par exemple un abattement de 15 % au revenu annuel de CHF 53'493.-, on obtiendrait un degré d'invalidité d'un peu plus de 22 %, légèrement supérieur au taux de perte de gain de 20% environ qui ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_500/2020 du 1 er mars 2021 consid. 2 et les références), la question restant ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). Préalablement, avant le début de la mise en œuvre du stage d'observation et d'orientation professionnelles (au titre de mesure d'instruction), il conviendra que l'office invite l'assurée à se soumettre à une évaluation pluridisciplinaire, si possible par un hôpital public tel que les HUG ou le CHUV, visant à évaluer la nécessité et l'adéquation du traitement qui lui est prodigué par ses médecins traitants actuels, en particulier aux plans neurologique et surtout psychiatrique, à vérifier si une réduction du traitement médicamenteux actuel ou un changement pour des médicaments plus efficaces et avec moins d'effets secondaires se justifieraient ou non, et à effectuer toutes propositions pertinentes.

## **E. 10**

Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction – complémentaire – sous forme d'évaluation du traitement, notamment médicamenteux, de la recourante par une équipe médicale pluridisciplinaire comme exposé plus haut, puis sous forme d'un stage d'observation et d'orientation professionnelles, et enfin nouvelle décision.!

> D'autres mesures d'instruction, quelles qu'elles soient, ne sont en l'état pas exclues si elles devaient se justifier. La nouvelle décision à rendre pourra le cas échéant prendre en considération également l'état de fait tel qu'ayant évolué jusqu'à son prononcé, si cela est

possible.

## **E. 11**

![endif]>![if>

### **E. 11.1**

La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens – légèrement réduits – qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).![endif]>![if>

### **E. 11.2**

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 400.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).![endif]>![if> \*\*\* 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.