GE_GERICHTE A/1538/2017 vom 12. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1538_2017

FR: GE_GERICHTE A/1538/2017 du 12 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/1538/2017 del 12 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1959, a travaillé en qualité d'aide-soignante dès 1991.![endif]>![if> 2. L'assurée a déposé une première demande de prestations en date du 29 octobre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant une hépatite C survenue en janvier 2008. Dite demande a été rejetée par l'OAI en raison de la reprise du travail par l'assurée à son taux usuel le 13 octobre 2008. ![endif]>![if> 3. En février 2014, l'assurée a adressé une formule de détection précoce à l'OAI. Elle a indiqué que sa capacité de travail était réduite depuis décembre 2013 en raison de douleurs lombaires.![endif]>![if> 4. Dans son rapport du 27 janvier 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a relevé que l'assurée se plaignait de lombalgies basses avec une irradiation L5-S1 non déficitaire au membre inférieur gauche et des paresthésies plantaires droites. Une IRM lombaire du 10 décembre 2013 objectivait une discopathie étagée, protrusive et inflammatoire en L2-L3 avec une sténose foraminale gauche. Une infiltration foraminale avait été réalisée. Elle pourrait être répétée en cas de résultat satisfaisant. Dans le cas contraire, un traitement antalgique devait être administré. Un travail quotidien de gainage musculaire pouvait également être bénéfique. ![endif]>![if> 5. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en date du 23 avril 2014. Elle a invoqué une atteinte lombaire, sensible de longue date et pénible depuis environ 3 à 6 ans. ![endif]>![if> 6. Selon les documents adressés à l'OAI par l'assurée en avril 2014, elle a notamment travaillé à 100 % de 1989 à 1994.![endif]>![if> 7. Dans le questionnaire rempli le 6 mai 2014, l'Institution genevoise C_____(C_____) (ci-après l'employeur) a indiqué que l'assurée travaillait à son service depuis le 1 er mars 1999. Elle était actuellement employée à raison de 24 heures par semaine. Dès mai 2014, elle réalisait un revenu de 13 mensualités à CHF 3'742.15. ![endif]>![if> 8. À la demande de l'OAI, l'assurée a précisé par courrier du 14 mai 2014 qu'elle avait baissé son taux d'activité afin de pouvoir continuer son travail. Un taux de 80 % était trop lourd à assumer physiquement, avec des journées de huit heures et des week-ends, et l'assurée se retrouvait avec des douleurs lombaires et une inflammation. ![endif]>![if> 9. Dans son rapport de mai 2014, le docteur D_____, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail des lombalgies chroniques avec exacerbations aiguës sur troubles dégénératifs et un trouble thymique-dépression chronique depuis au moins 2000. L'assurée avait également souffert d'une hépatite C chronique-cirrhose et d'un kyste ovarien droit, sans effet sur sa capacité de travail. Depuis 2000, les épisodes de lombalgies étaient de plus en plus rapprochés, dans un contexte psychosocial de plus en plus difficile. Le pronostic

était réservé compte tenu de l’aspect chronique des troubles, de l’âge de l’assurée et des exigences de son métier. Elle avait des difficultés croissantes à mobiliser les patients pris en charge à domicile et souffrait d’un épuisement psychique. L’activité d’aide-soignante était exigible à 50 % au plus, à raison de quatre heures par jour avec des charges réduites. L’assurée travaillait à 50 % de son horaire habituel, qui était de 60 %. Elle avait ainsi une capacité de travail de 30 %. ![endif]>![if> 10. Dans son rapport du 5 juillet 2014, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) depuis 2000, un trouble de personnalité, sans précision (F 60.9) depuis l’adolescence, et des lombalgies chroniques sur exacerbations aiguës de troubles dégénératifs et canal étroit. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une hépatite C avec cirrhose hépatique et un kyste ovarien. Elle constatait une baisse de l’intérêt pour toute activité, une anhédonie, la disparition de tout plaisir et de la libido, une fatigabilité accrue, une perte de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, une impossibilité à se projeter, une passivité très importante, une démotivation, des troubles du sommeil, des crises de larmes, et un isolement. Le pronostic était réservé compte tenu de l’âge et de l’ancienneté des troubles. La capacité de travail était totale. L’assurée ne pouvait tenir le rythme et les exigences de travail de l’employeur. La Dresse E_____ espérait à long terme pouvoir réintégrer l’assurée dans le monde professionnel, mais c’était pour l’heure inenvisageable. Une reconversion serait souhaitable, faute de quoi l’état de l’assurée risquait de se dégrader dans une inactivité et un repli chroniques. ![endif]>![if> 11. Le 19 juin 2014, la Dresse E_____ a notamment indiqué que l’assurée souffrait d’un état dépressif majeur depuis mai 2013, époque du décès de ses chats. Une dysthymie antérieure existait, probablement depuis l’enfance. La psychiatre a confirmé le diagnostic d’état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de trouble de personnalité, sans précision (F 60.9), ainsi que l’incapacité de travail totale de l’assurée.![endif]>![if> 12. L’assurance d’indemnités journalières en cas de maladie a confié une expertise rhumatologique et psychiatrique aux docteurs F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie.![endif]>![if> La première a rendu son rapport le 1 er décembre 2014. Elle a résumé le dossier médical de l’assurée, précisant que l’incapacité de travail à 100 % avait débuté le 6 décembre 2013 et que l’assurée avait repris le travail à 50 % le 21 décembre suivant. Dans l’anamnèse, elle a notamment relaté que l’assurée décrivait des douleurs du dos depuis l’enfance et qu’elle avait subi dans son enfance le choc violent d’un rebond de télésiège au bas du dos. En 2000 environ, elle avait réduit son temps de travail à 80 % car elle sentait son dos plus fragile avec les années. Elle s’était ensuite mise à 60 % en 2002 pour les mêmes raisons. Elle indiquait avoir eu plusieurs arrêts de travail en raison de son dos au fil des ans. Elle travaillait depuis 15 ans dans les soins à domicile mais elle expliquait qu’elle n’en avait plus la force morale et physique. Le travail était beaucoup plus stressant qu’autrefois. Elle devait souvent déplacer les patients, ce qui était dur pour son dos. Elle avait fait une demande à l’OAI pour se réadapter, sur proposition de son médecin traitant. Elle s’était blessée à l’épaule droite durant l’été. L’assurée se plaignait d’une toux chronique de la fumeuse. Depuis son traitement contre l’hépatite, elle se sentait fatiguée. Elle dormait mal et était fatiguée le matin. Ses douleurs prenaient l’ensemble du dos, l’épaule droite et la région plantaire droite. Les douleurs du dos étaient décrites comme des brûlures, des piqûres, ou comme des aiguilles. L’assurée devait parfois se pencher en avant pour les soulager. L’intensité des douleurs se situait entre 6-7/10. L’assurée présentait des douleurs dorsales chroniques, se décompensant de manière algique de plus en plus

fréquemment. Lors des décompensations, elle devait rester alitée quelques jours. L'épaule faisait un peu moins mal, sauf lors de la sollicitation. Elle ressentait des paresthésies sous le pied droit, des fourmillements, des étirements, une sensation de manque de force dans sa jambe gauche avec un fort tiraillement et une raideur douloureuse. La rhumatologue a retenu que l'assurée était collaborante, cohérente dans ses plaintes qu'elle n'exagérait pas, au contraire. Elle déambulait normalement, mais elle épargnait son dos tout au long de l'examen. Le développement musculaire du haut du corps était diminué, avec une certaine atrophie musculaire. Il existait une scoliose en S inversé, une discrète bascule du bassin à droite et une longue cyphose dorsale, des contractures musculaires para-lombaires bilatérales et une dysfonction sacro-iliaque gauche. La Dresse F_____ a pris connaissance de l'IRM réalisée en 2013. Elle a fait réaliser une échographie de l'épaule droite, laquelle a révélé un épanchement en regard du tendon du biceps, sans altération des tendons de la coiffe, et un aspect hypo-échogène de la coiffe compatible avec une capsulite débutante, ainsi qu'une arthrose débutante acromio-claviculaire, sans signe d'instabilité, un épaississement de la bourse sous-acromiale et un épanchement interne significatif. La confrontation radio-clinique révélait une maladie discale sévère selon la classification de Firmann, étendue, prédominant en L2-L3, avec, d'une part, un rétrolisthésis de L2 sur L3, et, d'autre part, une translation droite du L2 sur L3 associée à des lésions de Modic I. La discopathie L4-L5 était la plus sévère et prédominait à droite. Le canal rachidien apparaissait rétréci. Le pronostic de telles lésions discarthrosiques asymétriques sur scoliose significative n'était pas bon. Les lésions discales étaient beaucoup plus importantes que ce à quoi l'on s'attendait à l'âge de l'assurée. Le risque évolutif était sérieux et mettait l'assurée à risque de développer une symptomatologie neurologique et de canal rétréci plus nette. L'irradiation des douleurs aux membres inférieurs touchait plusieurs territoires neurologiques. L'assurée ne présentait pas de signe d'appel neurologique déficitaire, mais des signes radiculaires irritatifs du côté droit. Les transferts de patients et les « pousser-tirer » de charges l'aggravaient. Le gainage musculaire axial était nettement insuffisant, mais au vu du contexte, on ne pouvait proposer un réentrainement intensif. L'assurée devrait suivre de manière régulière un programme de physiothérapie dans un premier temps, visant à maintenir son conditionnement actuel, déjà fortement réduit par rapport à une personne de son âge. La gravité des lésions discarthrosiques rendait le travail d'aide-soignante contre-indiqué et impliquait des limitations fonctionnelles strictes. L'assurée ne pouvait plus porter de charges, elle ne devait plus travailler en porte-à-faux, pousser, tirer des charges contre résistance. Elle devait pouvoir bénéficier d'un travail avec la possibilité d'alterner les positions. Dans un travail ainsi adapté, elle pouvait retrouver une pleine capacité de travail au plan somatique. Pour la rhumatologue, le pronostic d'une reconversion professionnelle apparaissait étroitement lié à l'évolution des troubles psychiques. La Dresse F_____ a conclu que l'assurée semblait avoir travaillé en-dessus de ses forces ces dernières années. Elle avait pris sur elle en diminuant progressivement son temps de travail. S'agissant des plaintes à l'épaule, la Dresse F_____ suggérait une surveillance des amplitudes articulaires et une infiltration un mois plus tard en cas de persistance des symptômes. Les diagnostics posés étaient ceux de syndrome lombaire sur sévère spondylodiscarthrose avec scoliose (M 47.2 et M 41.9), avec irradiation sciatique de type irritative à droite ; de périarthrite scapulo-humérale droite (M 75.0) ; d'arthrose acromio-claviculaire droite actuellement symptomatique, sans signe d'instabilité radio-clinique (M 19.8) ; d'arthrose nodulaire des doigts débutante (M 15.2) ; de kyste arthro-synovial du carpe gauche (asymptomatique) (M 71.3) ; d'insuffisance pondérale

(E 45) ; d’hypotension artérielle (I 95.8) ; d’hygiène dentaire défectueuse (R 46.0) ; et d’hépatite C traitée en 2008 (B 18.2). L’incapacité de travail totale dans l’activité d’aide-infirmière était définitive. En intégrant les conclusions de l’expertise psychiatrique, un travail adapté était exigible à 60 % à partir de janvier 2015. Une reconversion professionnelle serait exigible à ce taux de 60 %. 13. L’expert psychiatre a quant à lui établi son rapport le 26 novembre 2014. Il y a résumé le dossier médical de l’assurée et a retracé son anamnèse personnelle, familiale et professionnelle.![endif]>![if> L’assurée lui a expliqué qu’elle travaillait toujours en ayant mal au dos. S’ajoutaient à cela une fatigue et une organisation qualifiée de lourde. Ses deux chats étaient morts en 2013. L’accumulation de ces facteurs s’était répercutée sur son moral. En mars 2014, un nouvel élément déstabilisant, soit l’annonce d’un cancer des poumons avancé d’une des sœurs de l’assurée, était survenu. Elle n’avait pas retravaillé depuis et s’y estimait inapte en raison du rythme de l’employeur, du stress et des horaires sans pause, ce qui était à l’origine d’angoisses. Elle pensait ne pas pouvoir reprendre ce travail pour des raisons physiques. Elle considérait qu’elle serait apte à travailler à 100 % dans un travail adapté, mais seulement à partir du début de l’année 2015. En effet, elle relevait une lassitude et le fait qu’elle n’avait « plus envie de rien ». L’assurée situait la période critique de son état entre avril et juillet 2014. La symptomatologie décrite était une angoisse avec une sensation d’étouffement, une agitation, une fatigue intense, une perte de l’appétit avec une perte de poids de 5 kg, des maux de tête, une tristesse accompagnée de pleurs, une diminution de l’intérêt, le fait qu’elle restait au lit pendant des périodes prolongées l’après-midi, un sentiment de culpabilité (l’assurée se reprochait de ne pas travailler), une perte de la confiance en soi (elle se traitait de nulle), des troubles de la concentration et de la mémoire (perte de cartes bancaires), des insomnies, mais pas d’idées de mort ou de suicide. Concernant l’évolution depuis le mois d’août 2014, l’assurée décrivait qu’elle était plus détendue intérieurement, qu’elle avait moins de craintes et qu’elle avait un meilleur sommeil. Il persistait toutefois une tristesse. Elle avait repris des chats en mai et juillet 2014. L’assurée se décrivait comme une personne assez solitaire. Elle n’avait pas de sentiments de désespoir. Elle faisait état de ruminations, qualifiées de légères. Elle rapportait une absence d’envie de parler avec les gens, cela depuis toujours, précisant qu’elle n’avait jamais été sociable. Elle se sentait apte à assumer le quotidien. Parmi les activités agréables, elle citait le fait d’être avec ses chats, les marches, le contact avec la nature, la peinture, le bricolage, la musique, la radio et le crochet. Le Dr G_____ a constaté un fonctionnement intellectuel dans la norme. L’assurée était une personne évoluée, avec des capacités d’introspection, de mentalisation et d’élaboration. Il n’y avait pas de labilité émotionnelle. L’humeur était modérément déprimée, avec un découragement, un discours à teinte négative, une légère tristesse, l’absence de pleurs, une légère diminution de l’élan vital, mais pas d’abattement. La mimique, la gestuelle et la modulation de la voix étaient conservées. Il n’y avait pas de ralentissement idéomoteur ni d’irritabilité, mais une légère anxiété et une légère tension. Le discours était structuré, clair, précis et informatif. La capacité de projection dans l’avenir était difficile mais préservée. L’assurée n’avait pas d’idées délirantes et ne manifestait aucun élément psychotique, maniaque ou hypomaniaque. Le Dr G_____ a posé le diagnostic d’épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00). Dans sa synthèse, il a relevé que le développement psycho-affectif de l’assurée avait été marqué par un père souffrant d’une problématique alcoolique, qui battait sa femme. L’enfance avait également été marquée par la pauvreté. L’assurée n’aurait pas toujours pu manger à sa faim, et la fratrie nombreuse impliquait une promiscuité. L’attention de la mère était accaparée par ses enfants en bas âge, au profit

desquels elle délaissait les aînés. La période de l'adolescence, moment de bouleversements et de profonds remaniements psychiques, avait été marquée par l'exigence du père que l'assurée quitte définitivement le domicile familial. L'assurée n'avait pas été battue, elle n'avait pas été victime de maltraitances sexuelles et il n'y avait pas eu de séparations dans le sens de placements loin du domicile familial ou d'hospitalisations longues ou répétées. Le processus de socialisation s'était déroulé normalement avec une bonne intégration dans le groupe de ses pairs. Il n'y avait pas de notion de troubles du comportement pendant l'enfance. Les conditions et événements défavorables de l'enfance avaient été à l'origine d'une carence affective ainsi que d'un sentiment d'insécurité. Malgré cela, l'assurée ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles. Pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé, il était en effet nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient existé de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui devaient s'être manifestés dans tout type de situation et avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle considérable ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Le trouble était habituellement associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. L'absence de formation professionnelle était liée à des raisons financières. L'assurée avait été à même de s'intégrer dans le monde du travail. Sa biographie professionnelle montrait une continuité et une stabilité dans l'emploi. Plus particulièrement, l'analyse du cursus professionnel ne révélait pas de changements d'emploi en lien avec une quérulence, une rigidité, une conflictualité ou avec des comportements dysfonctionnels systématiques menant à des licenciements répétés. L'assurée semblait avoir été une employée responsable et appréciée. Sur le plan sentimental, elle n'avait pas été à même de s'engager dans une relation à long terme. Toutefois sa vie affective n'apparaissait pas hautement déstructurée. Ainsi, les critères généraux pour un trouble de la personnalité n'étaient pas réalisés. Cependant, au vu des conditions défavorables de l'enfance et de l'adolescence, l'assurée présentait une fragilité constitutionnelle psychique, dans le sens d'une vulnérabilité à la manifestation de symptômes de dépression. La Dresse E_____ avait posé le diagnostic de trouble de la personnalité, sans précision, toutefois sans discussion diagnostique formelle et sans expliquer en quoi il consistait. Partant, le Dr G_____ s'en distançait. L'assurée mentionnait une tristesse présente depuis l'enfance. Une première prise en charge psychiatrique aurait eu lieu entre 1992 et 1996 à la suite d'une relation difficile avec un homme. Lors du décès de son père, en 2003, l'assurée aurait développé des troubles du sommeil et se serait vu prescrire un antidépresseur. L'assurée disait toutefois ne pas avoir souffert d'une dépression à ce moment, mais d'un deuil accentué d'une fatigue. L'épisode actuel avait débuté dans un contexte où l'assurée avait été fragilisée par le diagnostic d'une hépatite C traitée en 2008, par la mort de ses chats en 2013, puis par la nouvelle du cancer du poumon à un stade avancé de sa sœur en mai 2014. À cela s'ajoutait l'exacerbation de dorsalgies. Dans ces conditions, l'assurée avait développé une dépression, pour laquelle le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.1) avait été posé par la Dresse E_____. Au moment de l'expertise, l'humeur était modérément déprimée, avec un découragement, un discours à teinte négative, une légère tristesse, l'absence de pleurs, une légère diminution de l'élan vital, mais pas d'abattement, et une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il n'y avait pas d'anhédonie en ce sens que la recourante avait des activités qualifiées d'agréables. Il n'y avait pas de sentiment de

culpabilité, dans la mesure où les reproches que s'adressait l'assurée n'avaient pas de caractère excessif ou inapproprié. Il n'y avait pas d'idées de mort ou de suicide. Sur le plan des conduites instinctuelles, il persistait des troubles du sommeil (troubles de l'endormissement) ainsi qu'une absence de libido, alors que l'appétit et le poids étaient stables. Des ruminations qualifiées de légères étaient rapportées. II n'y avait pas de retrait social accru. L'assurée indiquait qu'elle n'avait jamais été sociable, et qu'elle n'avait pas réellement envie de parler avec les gens depuis toujours. À l'observation clinique directe, la diminution de l'élan vital était légère et il n'y avait pas d'abattement. À l'analyse du déroulement du quotidien, on constatait des levers tardifs et relativement peu d'activités au jour le jour. Cependant, cela était également dû à des moyens financiers insuffisants (par exemple, l'assurée n'allait plus au théâtre depuis plusieurs années pour cette raison). En effet, par ailleurs, l'assurée s'occupait de ses chats, elle faisait deux promenades pendant la journée, elle assumait les tâches ménagères, administratives, les courses et la préparation des repas, elle faisait du crochet, du bricolage et de la peinture. Il existait un manque de confiance en soi (l'assurée se traitait de nulle et d'incapable), aspect qui influençait négativement l'aptitude au travail. Il n'y avait pas de diminution de l'aptitude à penser dans le sens de troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Ainsi, les troubles de la concentration rapportés par l'assurée ne se vérifiaient pas. En effet, au cours de l'entretien du 24 novembre 2014, elle avait compris et répondu aux questions sans hésitations ou temps de latence anormal. De même, elle avait été capable de retrouver des dates exactes et de faire la description précise d'événements se rapportant au passé (absence de troubles formels de la mémoire). Il n'y avait pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) ou moteur, ni d'agitation psychomotrice. Il n'y avait pas de sentiments de perte d'espoir. Par conséquent, un diagnostic d'épisode dépressif devait être posé, et non de trouble dépressif récurrent, ce dernier étant caractérisé par la présence d'au moins deux épisodes de dépression clairement constitués, d'une durée chacun d'au moins deux semaines et séparés entre eux par une période exempte de toute symptomatologie dépressive d'au moins deux mois. En effet, en ce qui concernait la période de 1992, il n'y avait pas de document contenant la description clinique de l'état de l'assurée à cette époque ou mentionnant de diagnostic, et l'expert ne pouvait se baser uniquement sur les dires de l'assurée afin d'en tirer des conclusions diagnostiques rétrospectives. Ainsi, il pouvait s'être agi d'un trouble de l'adaptation (état de perturbation émotionnelle entravant habituellement le fonctionnement socio-professionnel et survenant au cours d'un ou de plusieurs événements stressants, affection ne dépassant habituellement pas une durée de six mois), ou d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Pour l'heure, les critères pour la présence d'un épisode dépressif léger étaient vérifiés. Il n'y avait pas d'éléments suffisants pour un syndrome somatique (absence d'anhédonie marquée; absence de réveil matinal précoce et de pôle dépressif matinal; absence de ralentissement psychomoteur et d'agitation psychomotrice; absence de perte marquée de l'appétit ni d'au moins 5 % du poids au cours du dernier mois). Par conséquent, le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00) devait être posé. Les limitations fonctionnelles psychiques actuelles consistaient en la réduction de l'énergie (légère) ainsi qu'en un manque de confiance en soi (degré modéré). Ces limitations fonctionnelles étaient compatibles avec l'exercice à 60 % de l'activité d'aide à domicile sur un plan purement théorique. Néanmoins, sur un plan pratique, il conviendrait que la reprise du travail ne soit effective qu'à partir du début du mois de janvier 2015. En effet, au vu de la fragilité constitutionnelle psychique, le risque en cas de reprise immédiate de l'activité professionnelle au taux habituel était celui d'une

nouvelle accentuation de la symptomatologie dépressive et anxieuse, avec une nouvelle incapacité de travail. Le laps de temps jusqu'au 1 er janvier 2015 devait permettre à l'assurée d'anticiper cette nouvelle situation. L'exploration anamnestique avait montré l'absence de problématique de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), l'absence de pathologie psychotique (psychose schizophrénique; trouble délirant; trouble psychotique aigu; trouble schizo-affectif), l'absence d'autres troubles de l'humeur (trouble affectif bipolaire; dysthymie), l'absence de trouble anxieux constitué (agoraphobie; trouble panique; phobie sociale; anxiété généralisée), l'absence de phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation, ou de trouble obsessionnel-compulsif. Les éléments de pronostic favorable étaient l'absence de consommation de substances psycho-actives, la recherche de soins spécifiques, l'évolution favorable de la dépression ainsi que l'absence de polypathologie psychiatrique. Les éléments de pronostic défavorable étaient la fragilité constitutionnelle psychique, la présence d'antécédents psychiatriques, l'étayage socio-familial restreint ainsi que l'hérédopathie. Dans le chapitre « Réponses aux questions », le Dr G_____ a indiqué que sur un plan théorique médical, l'incapacité de travail actuelle était nulle. Globalement, le pronostic devait être qualifié de prudemment optimiste. 14. Dans un avis du 2 février 2015, un médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est rallié aux conclusions et limitations fonctionnelles ressortant des expertises rhumatologique et psychiatrique. ![endif]>![if> 15. Dans un courrier du 27 février 2015 à l'OAI, le Dr D_____ a préconisé la mise en œuvre d'une réorientation professionnelle ou à défaut d'une rente, au vu des conclusions sans équivoque de l'expertise rhumatologique.![endif]>![if> 16. Le 10 juin 2015, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'une mesure d'orientation professionnelle lui était octroyée, prévue du 20 juillet au 18 octobre 2015 aux Établissements publics pour l'Intégration (EPI).![endif]>![if> 17. Selon une note de l'OAI du 22 juillet 2015, l'assurée a indiqué lors d'un entretien téléphonique du 20 juillet 2015 qu'elle ne tiendrait pas le coup durant la mesure, trop difficile pour son dos. Lors d'un nouvel entretien téléphonique le lendemain, l'assurée a déclaré qu'elle ne se rendrait pas aux EPI, se sentant incapable de suivre la mesure en raison de son dos, de son moral, et des trajets trop conséquents pour elle. L'OAI lui ayant proposé de débuter la mesure à 60 %, l'assurée a indiqué qu'elle ne pouvait accomplir des journées entières, ni se déplacer tous les jours. Elle avait arrêté le suivi avec sa psychiatre. Elle a affirmé être incapable de faire quoi que ce soit hormis s'occuper de ses chats. L'OAI l'a informée des conséquences de son refus de collaborer.![endif]>![if> 18. Le 27 juillet 2015, l'OAI a adressé une sommation à l'assurée, en rappelant notamment son obligation de diminuer le dommage. Un délai au 6 août 2015 lui était imparti pour reprendre la mesure d'orientation professionnelle prévue ou pour faire parvenir à l'OAI un rapport médical détaillant les nouveaux éléments détaillés justifiant son absence lors du stage. À défaut, une décision serait rendue en l'état du dossier.![endif]>![if> 19. Par courrier du 5 août 2015, le Dr D_____ a indiqué que la situation était pour le moins particulière, et il n'était pas certain d'avoir réussi à convaincre l'assurée de donner suite à la sommation. Le problème était en fait une décompensation majeure de son trouble dépressif, majoré par la maladie en phase terminale de sa sœur. Un second facteur aggravant était le départ en retraite de sa psychiatre, la Dresse E_____, avec une totale absence d'accroche avec sa remplaçante. Il en résultait une rupture thérapeutique sur le plan psychiatrique, et l'incapacité de l'assurée à entreprendre des démarches pour contacter une nouvelle thérapeute. Dans le même ordre d'idée, le stage aux EPI était d'ores et déjà désinvesti par l'assurée, et l'aspect même des

locaux des EPI était vécu de manière persécutoire. Le Dr D_____ l'avait encouragée à s'y présenter comme prévu le lendemain, mais il était fort probable que cela débouche tout au plus sur un constat d'incapacité de mener à bien l'évaluation prévue. Dans ce contexte, il estimait qu'une nouvelle expertise psychiatrique était incontournable, celle du Dr G_____ ne correspondant plus à la situation actuelle. ![endif]>![if> 20. Le 6 août 2015, les EPI ont informé l'OAI du fait que l'assurée leur avait annoncé qu'elle ne s'y rendrait pas.![endif]>![if> 21. Lors d'un entretien téléphonique du 27 août 2015, l'employeur a précisé à l'OAI que le début de l'incapacité de travail durable de l'assurée remontait au 6 décembre 2013.![endif]>![if> 22. L'OAI a confié une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie.![endif]>![if> Dans son rapport du 3 juin 2016, ce médecin a résumé le dossier de l'assurée et rapporté son historique médical, familial et personnel. Dans ce contexte, l'assurée a notamment indiqué qu'elle avait subi un deuil affreux et une grande souffrance lors du décès de sa sœur, qui lui manquait beaucoup. Depuis deux ou trois ans, elle se plaignait de se sentir vite agressée par le stress. Elle devait faire des efforts pour aller en ville car il y avait trop de bruit. Elle ressentait une tristesse. Elle disait ne pas avoir un tempérament très gai et ressentir une lassitude. Elle souffrait de moments d'angoisses, sous forme de sentiment d'oppression thoracique, parfois avec des vertiges, et se sentait fatiguée, surtout au plan physique. Par moments, elle souffrait de douleurs de dos et de céphalées, qui s'étaient toutefois beaucoup calmées depuis son arrêt de travail. Elle pouvait suivre une conversation ou un film et s'intéressait à l'actualité. Elle aimait la lecture mais devait faire une pause après environ 20 minutes de lecture. Elle écoutait volontiers la radio et s'intéressait surtout à des émissions culturelles, et elle appréciait également la musique. Depuis deux ou trois ans, elle constatait des difficultés de concentration ainsi que des oublis de temps en temps, surtout pendant la période de maladie de sa sœur, qui s'étaient depuis améliorées. Elle gardait une bonne mémoire des événements plus anciens. Elle décrivait la persistance d'une diminution de l'énergie depuis 2013. Depuis des années, elle connaissait des ruminations en ayant tendance à se culpabiliser et avoir des regrets concernant certains choix de vie. À la suite de l'introduction d'un antidépresseur en 2014, ses angoisses s'étaient améliorées, et elle pouvait les calmer en faisant attention à sa respiration jusqu'à ce que les symptômes s'estompent au bout de quelques minutes. Il n'y avait pas de survenue brutale d'un sentiment de panique avec une peur secondaire de mourir ou de perdre le contrôle en faveur d'attaques de panique, ni de sentiment permanent d'angoisses ou d'attente craintive en faveur d'une anxiété généralisée. L'assurée ressentait des tensions face à la foule, mais ne rapportait aucune phobie, sauf celle des cafards. Elle avait peur de souffrir d'un cancer et suivait des contrôles chez son médecin, sans élément d'une hypochondrie. Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'obsessions ou de compulsions. L'assurée avait toujours été plutôt solitaire, car le contact avec les gens lui demandait de l'énergie. Néanmoins, elle pouvait facilement aller vers les autres, par exemple dans le cadre de son travail, sans sentiment de timidité ou de gêne. Elle rapportait une tendance mélancolique depuis son enfance, avec une amélioration de sa tristesse depuis la reprise d'un antidépresseur en mars 2016. La tristesse était décrite comme fluctuante, sans période d'aggravation sévère ou d'élévation exagérée de l'humeur. Depuis trois ou quatre ans, son sommeil était perturbé avant tout par des difficultés d'endormissement, avec un épisode en 2013 lors duquel elle passait parfois des nuits sans dormir. À l'issue du status clinique, complété par des examens sanguins et un entretien téléphonique avec le psychologue de l'assurée, le Dr H_____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1), existant

depuis probablement 1994 ; d'accentuation de traits de personnalité schizoïde (Z 73.1), existant depuis l'adolescence, et de phobie isolée des cafards existant depuis des années. Dans sa synthèse, il a noté que son examen n'avait pas révélé de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. En l'absence d'une plainte principale concernant des douleurs, l'assurée ne présentait pas non plus des symptômes suffisants pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant. Spontanément, elle se plaignait surtout d'une fatigue entraînant des difficultés de concentration, de moments d'angoisses transitoires et de difficultés d'endormissement à cause de ruminations, faisant penser à un épisode dépressif majeur. Ces plaintes subjectives n'étaient cependant pas cohérentes avec des éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen. L'assurée faisait en effet preuve de réactivité émotionnelle à des événements agréables, par exemple lorsqu'elle décrivait de manière authentique son intérêt pour certains films, des émissions de radio ou la littérature. Se présentant souriante à plusieurs reprises, par exemple lorsqu'elle abordait des rencontres avec des connaissances et amis, elle laissait apparaître un sens de l'humour en faisant de petites plaisanteries. Contrairement à sa plainte subjective, elle participait activement à un entretien de plus que trois heures, au cours duquel elle interagissait attentivement avec son interlocuteur, avant de maîtriser des tests cognitifs sans signe de fatigue ni de diminution importante de l'attention ou de la concentration. Sans idée de dévalorisation, elle relativisait un sentiment de culpabilité par rapport aux hospitalisations de sa mère et de sa sœur, organisées par ses soins en 2013. Elle n'exprimait pas d'attitude morose ou pessimiste face à l'avenir, mais décrivait des projets positifs, par exemple celui de déménager à Fribourg afin de retrouver une vie plus paisible dès que sa situation sociale le permettrait. Elle niait clairement avoir des idées suicidaires et des actes auto-agressifs. Son poids était stable. En l'absence d'une diminution marquée de la libido chez une assurée décrivant un intérêt peu développé pour les relations sexuelles depuis sa jeunesse, les éléments objectivables de l'anamnèse récente et de l'examen ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif selon les critères de la CIM-10. Elle avait consulté pour la première fois un psychiatre en 1994, face à une accumulation de stress liée à la rupture avec un partenaire violent et infidèle, et à l'instabilité sociale à cause d'engagements d'une durée déterminée. Reconnue pour la qualité de son travail, elle avait bénéficié finalement d'un engagement d'une durée indéterminée à partir de 1999. Lors de l'examen en novembre 2014, le Dr G_____ décrivait une humeur modérément déprimée, avec une tristesse légère, qui ne s'accompagnait pas d'anhédonie chez une assurée préservant des activités positives, et une réduction légère de l'énergie. Ainsi, le diagnostic d'épisode dépressif léger posé par le Dr G_____ semblait se baser sur l'observation d'un manque de confiance en soi d'une assurée qui se traitait de nulle et d'incapable, de même que la plainte d'un trouble du sommeil n'entraînant pourtant pas de trouble de la concentration objectivable par ce premier expert. Malgré sa tristesse fluctuante avec des périodes d'aggravation en réaction à une accumulation de stress et hypothéquée par des pertes dans son entourage, l'assurée dérivait des périodes pendant lesquelles elle se sentait relativement bien. Elle restait ainsi capable de poursuivre des activités positives, comme des rencontres avec des amis ou des connaissances, tout en gardant un contact régulier avec ses proches, notamment sa mère et une autre sœur. Menant une vie autonome, elle continuait à passer son temps en fonction de ses intérêts. La plupart du temps, l'assurée se sentait fatiguée et déprimée. Néanmoins, elle restait capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne, par exemple de gérer ses finances malgré un budget restreint. Elle vivait en fonction de son besoin d'activités solitaires, sans signe de décompensation psychique. Elle

avait décrit une amélioration de son état psychique depuis août 2014 lors de la première expertise. À l'examen actuel, elle mentionnait un état comparable à celui de 2014, se sentant surtout épuisée émotionnellement et physiquement, hormis une aggravation de son état psychique pendant les deux ou trois derniers mois de la vie de sa sœur décédée en août 2015. La persistance de sa tristesse ne l'empêchait pas de poursuivre des activités positives, par exemple de s'occuper de ses chats ou de rencontrer des amis et connaissances. Malgré une nouvelle aggravation de sa tristesse autour des fêtes de fin d'année 2015, lorsqu'elle avait pris conscience de la perte de sa sœur, elle ne subissait pas de repli sur soi l'empêchant de participer à des fêtes familiales. Elle avait même arrêté son traitement antidépresseur en décembre 2015, avant de le reprendre – et de constater une nouvelle amélioration de son humeur – en mars 2016. L'assurée se plaignait ainsi d'une humeur fluctuante depuis des années, avec des périodes d'aggravation et d'amélioration, mais son anamnèse ne montrait pas deux épisodes dépressifs majeurs séparés par une phase de rémission. En conséquence, son anamnèse et l'examen actuel ne permettaient pas de retenir un trouble dépressif récurrent mais correspondaient à l'évolution d'une dysthymie. Dans le cadre de cette dysthymie, l'état psychique de l'assurée pouvait correspondre transitoirement aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif léger ou moyen tel que décrit par le Dr G_____ en novembre 2014. Cependant, les éléments objectivables ne montraient pas de persistance d'un épisode dépressif chez une assurée qui avait interrompu son traitement psychiatrique en avril 2015. Elle avait ensuite affronté une période particulièrement difficile pendant les trois derniers mois de la vie de sa sœur décédée en août de la même année, sans soutien psychothérapeutique. Malgré sa plainte d'une nouvelle aggravation de son état psychique, elle avait interrompu son traitement antidépresseur en décembre 2015, avant de reprendre son traitement actuel trois mois plus tard. La mise à contribution d'options thérapeutiques par l'assurée paraissait peu cohérente avec ses plaintes et contrastait avec les démarches habituelles en cas d'un épisode dépressif moyen ou sévère. Cependant, un lien entre la reprise d'un suivi psychothérapeutique fin 2015 et l'annonce d'une expertise demandée par l'OAI ne pouvait pas être exclue. Le vécu persécutoire face aux démarches aux EPI en juillet 2015, décrit par le Dr D_____, ne pouvait pas être expliqué par des symptômes psychotiques. L'assurée avait continué d'assumer ses obligations de la vie quotidienne, en s'occupant de sa correspondance et de son administration sans aide de tiers, alors qu'un tel épisode dépressif était typiquement associé à une incapacité de poursuivre les activités sociales ou ménagères. Elle avait désinvesti le stage aux EPI en juillet 2015 dans le cadre de la dégradation de l'état de santé de sa sœur qu'elle avait tenu à accompagner jusqu'à son décès en août 2015. La dysthymie de l'assurée s'inscrivait dans une structure de personnalité marquée par une préférence pour des activités solitaires ainsi qu'un intérêt réduit pour des relations amicales ou sexuelles. Néanmoins, elle décrivait de manière authentique des liens positifs avec plusieurs membres de sa famille, ainsi que deux amies qu'elle rencontrait volontiers. À l'examen actuel, elle ne montrait pas non plus d'incapacité à éprouver du plaisir, ni de froideur ou émoussement de l'affectivité, lorsqu'elle abordait par exemple ses loisirs. Sans indifférence aux éloges ou à la critique, elle ne manifestait pas d'indifférence nette aux normes et conventions sociales mais interagissait de manière adéquate avec son interlocuteur, sans attitude méfiante, ni de signe d'idées délirantes. Faisant preuve de ressources personnelles, l'assurée avait surmonté l'absence de formation professionnelle afin de travailler de manière stable comme aide-soignante et s'était adaptée à différents contextes professionnels pendant des années. Malgré une carence affective de la part de sa mère, dépassée par ses tâches, ainsi que de la part de son père, alcoolique et

violent, dans une famille chargée de pathologies psychiatriques, l’assurée était parvenue à mener une vie indépendante, sans signe de décompensation psychique. Son anamnèse ne montrait pas de persistance d’une déviation sévère de la constitution caractérologique depuis l’adolescence, nécessaire pour le diagnostic d’un trouble de la personnalité. Cependant, les particularités de fonctionnement de l’assurée correspondaient à l’accentuation de traits de personnalité schizoïde. N’ayant pas valeur de maladie, cette accentuation de certains traits de personnalité maintenait la dysthymie de l’assurée tout en expliquant ses symptômes anxieux et dépressifs en réaction à une accumulation de stress psychosocial, comme en 1994, 2014 et en été 2015. Néanmoins, ces périodes d’aggravation de symptômes affectifs restaient transitoires et sans décompensation psychique. Cette accentuation de certains traits de personnalité favorisait l’adoption d’un rôle d’invalide face à des problèmes sortant du champ médical, comme l’âge, l’absence d’une formation et le marché du travail, expliquant également son désinvestissement lors des mesures professionnelles en 2015. Ainsi, l’assurée mettait en avant des plaintes subjectives contrastant avec des éléments objectivables, par exemple concernant une fatigue, des difficultés de concentration ou des problèmes face à des doutes. Ces difficultés n’entraînaient pas de limitations uniformes du niveau d’activité dans tous les domaines. En conclusion, la dysthymie marquée par des symptômes affectifs relativement légers et maintenue par une accentuation de traits de personnalité schizoïde n’entraînait pas d’incapacité de travail durable au plan psychique. En l’absence d’une maladie psychiatrique incapacitante, l’effort à surmonter ces symptômes affectifs restait raisonnablement exigible.
23. Le 27 juillet 2016, le docteur I_____, médecin au SMR, s’est déterminé sur l’expertise du Dr H_____, qu’il a qualifiée de convaincante. Il n’y avait pas lieu de s’écarter de ses conclusions.![endif]>![if> 24. Dans une note du 29 août 2016, l’OAI s’est référé aux correspondances de l’assurée du 15 mai 2014 ainsi qu’au courriel de son employeur du 22 juillet 2015. Il a conclu que l’assurée avait diminué son temps de travail en 2002 de 80 % à 60 % en raison de ses douleurs dorsales. Un statut mixte avec une part de 80 % consacrée à l’activité professionnelle était ainsi retenu pour l’assurée.![endif]>![if> 25. Le 2 octobre 2016, l’OAI a procédé au calcul du degré d’invalidité de l’assurée. Pour le revenu d’invalide, il a tenu compte du revenu tiré d’activités simples et répétitives selon l’Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2014 (niveau 1 du TA1_tirage_skill_level), soit CHF 4'300.-. Adapté à la durée normale de travail, le revenu d’invalide était de CHF 4'483.- par mois et CHF 53'793.- par an à 100 %, et de CHF 43'034.- compte tenu d’un taux d’activité de 80 %. L’OAI a appliqué un abattement de 20 % sur ce montant en raison des limitations fonctionnelles, de l’âge et des années de service, ce qui le portait à CHF 34'428.-. Le revenu annuel brut sans invalidité s’élevait à CHF 64'864.-. Ce montant correspondait au montant de CHF 48'647.95 pour l’activité à 60 % selon le rapport de l’employeur du 12 mai 2014. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d’invalidité de 46.9 %.![endif]>![if> 26. Le 9 janvier 2017, une infirmière a réalisé une enquête au domicile de l’assurée pour déterminer les empêchements dans les activités ménagères.![endif]>![if> S’agissant de la conduite du ménage, l’assurée continuait à conduire son ménage sans difficulté. Elle disait s’en occuper au fur et à mesure. Aucun empêchement n’était retenu. Pour l’alimentation, pondérée à 40 %, un empêchement de 10 % était retenu. L’assurée continuait à préparer un repas chaud le soir. Elle entretenait au fur et à mesure sa cuisine, qui était propre et bien rangée. Elle ne pouvait plus faire de grands nettoyages à fond dans la cuisine pour ne pas trop solliciter son dos mais nettoyait tous les jours un peu. L’entretien du logement était pondéré à 20 % et un empêchement de 20 %

était retenu dans cette activité. L’assurée continuait à faire le ménage dans son appartement comme avant l’atteinte à la santé. Elle disait nettoyer la salle de bain régulièrement, elle récurait tous les jours les toilettes et le lavabo sans difficulté. Elle ne mentionnait pas de difficultés pour changer les draps. Lorsqu’elle souffrait de migraines, elle repoussait les travaux de ménage au lendemain. S’agissant des emplettes et courses diverses, pondérées à 10 %, aucun empêchement n’était retenu. L’assurée faisait ses courses dans le supermarché sis dans son immeuble. Elle utilisait un caddie pour transporter ses emplettes afin de ménager son dos. L’assurée ne rencontrait aucun empêchement pour faire la lessive, pondérée à 20 %. Dans le poste Divers, pondéré à 5 %, l’assurée ne subissait pas non plus d’empêchement. Elle avait deux chats. Elle s’occupait de leur litière sans problèmes. Elle n’avait pas de plantes. En conclusion, l’empêchement dans les travaux habituels était de 8 %. 27. Le 3 février 2017, l’OAI a adressé un projet de décision à l’assurée aux termes duquel sa demande était rejetée. Tenant compte d’un statut d’active à 80 %, il a repris le calcul du degré d’invalidité du 2 octobre 2016 et admis un empêchement de 10 % dans la tenue du ménage. Le délai de carence s’achevait en décembre 2014. À cette date, le degré d’invalidité était de 39.12 % en tenant compte de l’empêchement dans la sphère professionnelle et dans la sphère ménagère. Ce degré d’invalidité n’ouvrait pas droit à une rente.![endif]>![if> 28. Le 24 février 2017, l’assurée a contesté le projet de l’OAI. Elle a soutenu qu’elle avait réduit son taux d’activité de 100 % à 80 % en raison de problèmes de santé dès 1996, et non uniquement de 80 % à 60 %. Elle a en outre reproché à l’OAI de ne pas avoir tenu compte de ses limitations psychiques, liées notamment à la dépression et à l’épuisement.![endif]>![if> 29. Le 1 er mars 2017, l’assurée a prié l’OAI de lui faire parvenir une copie de son dossier.![endif]>![if> 30. Le 3 mars 2017, l’OAI a invité l’assurée à lui communiquer les documents prouvant qu’elle avait diminué son taux d’activité à 80 % en raison de problèmes de santé. Il lui appartenait également d’apporter des arguments médicaux si elle contestait l’appréciation de son état de santé. Il a également demandé qu’elle lui communique à quel médecin son dossier devait être adressé.![endif]>![if> 31. L’OAI a adressé une copie du dossier de l’assurée au Dr D_____ par pli du 14 mars 2017.![endif]>![if> 32. Par décision du 17 mars 2017, l’OAI a confirmé les termes de son projet de décision. Il a précisé au sujet du statut que l’assurée n’avait pas mentionné de problèmes de dos dans sa première demande de prestations d’octobre 2008. Ainsi, aucun élément ne corroborait les dires de l’assurée. L’OAI maintenait ainsi le statut mixte de l’assurée et rejetait sa demande de prestations.![endif]>![if> 33. Le 28 avril 2017, l’assurée a interjeté recours contre la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à son audition et à la mise en œuvre d’une expertise judiciaire psychiatrique et neurologique, et au fond à l’annulation de la décision, et à ce qu’il soit dit qu’elle avait droit à une rente entière d’invalidité non limitée. ![endif]>![if> La recourante est revenue sur le contenu de son dossier. Elle a précisé qu’elle n’avait pas été informée des experts désignés par son assurance d’indemnités journalières et qu’elle n’avait pu se déterminer sur les questions qui leur étaient posées. Elle a allégué qu’elle avait travaillé à plein temps avant de baisser une première fois son taux d’activité à 80 % en 1999. Elle souffrait de migraines incapacitantes depuis très longtemps, et elle avait consulté un neurologue à ce sujet, dont elle produirait prochainement une attestation. Les premiers experts avaient conclu à une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée. Elle a affirmé que c’était sa limitation au plan psychique qui l’avait empêchée de mener à bien la mesure d’orientation professionnelle, de sorte que sa capacité de travail était alors nulle tant dans son activité habituelle que dans une activité

adaptée. Vu l’aggravation de son état de santé au cours des mois ayant suivi la détection précoce, notamment entre l’expertise de novembre 2014 et les constatations du Dr D_____, il convenait de retenir que sa capacité de travail était nulle, quelle que soit l’activité. L’expertise psychiatrique devait ainsi se voir écarter toute valeur probante, ce d’autant plus qu’elle n’avait pas été établie conformément à la jurisprudence applicable en matière d’expertises en assurance invalidité. S’agissant de l’expertise du Dr H_____, la recourante a soutenu qu’il était étonnant qu’elle ne contienne aucune mention de l’impact du traitement de l’hépatite sur sa santé psychique et de l’épisode d’épuisement professionnel rencontré les dernières années. L’expertise apparaissait déconnectée de la réalité personnelle et professionnelle de la recourante. Le Dr H_____ était le seul expert à écarter tout caractère invalidant de ses troubles psychique. Par ailleurs, vu son âge, son absence de formation et ses compétences non transférables, auxquelles s’ajoutait une capacité de travail nulle sur le plan psychique, il y avait lieu d’admettre que la capacité de travail était nulle dans l’activité habituelle et dans une activité adaptée. Le degré d’invalidité était nul et une rente entière devait lui être octroyée dès le 1 er décembre 2014. En toute hypothèse, la capacité de travail dans une activité adaptée ne saurait pas dépasser 60 %, conformément aux conclusions des experts. Un abattement de 25 % devrait alors être appliqué sur le revenu d’invalide, eu égard non seulement aux limitations fonctionnelles importantes de la recourante, mais également à son âge et à l’absence de formation et de compétences bureautiques, même basiques. Le degré d’invalidité était de 70.1 %, compte tenu d’un revenu sans invalidité de CHF 81'080.- et d’un revenu avec invalidité à 60 %, soit CHF 24'207.- après réduction de 25 %. 34. Dans sa réponse du 30 mai 2017, l’intimé a conclu au rejet du recours. Il a allégué que l’expertise du Dr H_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, les experts n’avaient jamais retenu que la capacité de travail était de 60 % au plus dans une activité adaptée. Toutes les expertises concluaient à une capacité de travail résiduelle entière. En ce qui concernait l’âge de la recourante, l’intimé n’avait pas à répondre de facteurs étrangers à son état de santé et elle n’avait pas atteint l’âge auquel il n’existait pas de possibilité réaliste de retrouver un emploi. Il convenait en outre d’admettre que le marché du travail offrait un nombre suffisant d’activités légères adaptées. Le taux d’abattement de 20 % était conforme au droit et l’intimé n’avait pas abusé de son pouvoir d’appréciation en le fixant.![endif]>![if> 35. Dans sa réplique du 22 juin 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a contesté disposer d’une pleine capacité dans une activité adaptée, en soutenant que le Dr G_____ n’avait jamais affirmé que tel était le cas sur le plan psychique. La Dresse F_____ avait évoqué une capacité de travail exigible à 60 % dès janvier 2015, fixée de manière consensuelle avec le premier expert psychiatre. Pour le surplus, elle a répété que son taux d’activité initial était de 100 %. Quant au taux d’abattement, il devait être de 25 % au vu de ses compétences non transférables et du fait qu’elle ne maîtrisait absolument pas la bureautique. Elle a précisé la médication prescrite pour ses migraines. ![endif]>![if> 36. Par duplique du 19 juillet 2017, l’intimé a également persisté dans ses conclusions. Le premier expert psychiatrique avait relevé que le pronostic était favorable et c’était ainsi à juste titre que l’intimé avait tenu compte d’une pleine capacité de travail. Au sujet de l’abattement, il a rappelé que l’absence de formation n’était pas un critère de réduction. ![endif]>![if> 37. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante le 25 juillet 2017.![endif]>![if> 38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la

chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.![endif]>![if> 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).![endif]>![if> 4. Tel que circonscrit par les conclusions de la recourante, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2). ![endif]>![if> 5. Il convient en premier lieu de rappeler que la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst – RS 101]) en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 5.2). ![endif]>![if> Dans le cas d'espèce, l'intimé a rendu la décision confirmant les termes de son projet moins de quinze jours après avoir sollicité des documents de la recourante, sans même attendre leur production, et trois jours seulement après adressé une copie de son dossier à son médecin, conformément à sa demande de consultation. Il a ainsi effectivement privé la recourante de la possibilité de déposer des observations pertinentes pour la décision à rendre, alors même qu'elle avait clairement manifesté sa volonté de produire certaines pièces à l'appui de ses dires. L'intimé n'a ainsi pas respecté les garanties constitutionnelles précitées. La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 c consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3). La chambre de céans disposant d'une pleine cognition et la recourante ayant eu la possibilité de s'exprimer sur les faits de la cause et de produire des pièces dans le cadre de la présente procédure, on peut exceptionnellement admettre que la violation de son droit d'être entendue est réparée. 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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. ![endif]>![if> L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2). 7. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 LPGA) d’au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L’art. 28 al. 2 LAI dispose que l’assuré a droit à une rente entière s’il est invalide à 70 % au moins, à 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.![endif]>![if> 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l’emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l’occasion d’un stage d’observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d’être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l’assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).![endif]>![if> b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n’est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu’en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l’affaire sans apprécier l’ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 9. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.![endif]>![if> a. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). b. Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). c. Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). d. Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). Selon la jurisprudence fédérale, le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité - et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte - sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à

plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1 et les références). e. On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références). 10. Il convient de préciser ce qui suit au sujet de la méthode de comparaison des revenus.![endif]>![if> a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). c. S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid.

3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). 11. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). ![endif]>![if> L’assurance-invalidité n’a pas à répondre du fait qu’un assuré ne trouve plus d’emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge.

Dans le cadre de l’examen de l’exigibilité qu’imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d’hypothèses irréalistes, l’âge avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l’invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l’assuré n’est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n’est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d’âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). 12. Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1 er février 2010 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli par oral ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d’importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).![endif]>![if> 13. En l’espèce, il convient en premier lieu de déterminer si les expertises versées au dossier doivent se voir reconnaître valeur probante.![endif]>![if> a. En préambule, la chambre de céans relève au sujet des griefs de la recourante ayant trait aux modalités de mise en œuvre de l’expertise des Drs F_____ et G_____ que la jurisprudence récente a certes posé des exigences accrues en matière de participation et droit d’être entendu des assurés lorsqu’une assurance sociale diligente une expertise, exigences qui comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Cependant, l’expertise des Drs F_____ et G_____ a été requise par une assurance d’indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA - RS 221.229.1). Ainsi, la LPGA et les garanties relatives au droit d’être entendu ne sont pas applicables, et la force probante de ce rapport doit être analysée conformément aux lignes directives rappelées ci-dessus. b. Au plan rhumatologique, l’expertise de la Dresse F_____ est en tous points conforme aux exigences du Tribunal fédéral. La recourante n’en conteste du reste pas expressément la valeur probante. La chambre de céans n’a ainsi aucun motif de s’écarter des conclusions de

la rhumatologue, selon lesquelles la recourante n'est plus à même d'exercer son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail au plan somatique dans une activité adaptée. c. Du point de vue psychique, l'expertise du Dr G_____ contient une anamnèse détaillée, rapporte les plaintes de la recourante et pose des diagnostics précis. S'agissant de la capacité de travail, ce médecin a exposé que la reprise du travail à 60 % était possible. Cette réponse s'inscrit dans le cadre du mandat qui lui a été confié par une assurance d'indemnités journalières qui ne répond que de la perte de gain liée au taux d'activité assuré – soit 60 % en l'occurrence – et ne doit pas être comprise comme excluant la reprise d'une activité à un taux supérieur. Sur ce point, et contrairement à ce qu'affirme la recourante, le Dr G_____ n'a d'ailleurs pas exclu la possibilité d'exercer une activité adaptée à un taux excédant 60 %, puisqu'il a indiqué que l'incapacité de travail était nulle du point de vue théorique. S'agissant en revanche de la date dès laquelle ce médecin a admis qu'une activité adaptée était exigible, soit janvier 2015, les raisons avancées ne sont guère convaincantes. En premier lieu, l'admission d'une incapacité de travail jusqu'à cette date contraste avec la capacité de travail théorique totale admise. Elle n'est d'ailleurs guère cohérente au vu des éléments du diagnostic posé et du status. En outre, cette incapacité ne correspond pas à un véritable empêchement d'origine médicale mais poursuit un but prophylactique, qui ne relève pas de l'assurance-invalidité. Partant, on ne peut se rallier sans réserve aux conclusions du Dr G_____. d. En ce qui concerne l'expertise du Dr H_____, elle relate de manière complète l'historique personnel, familial et médical de la recourante. Les plaintes de cette dernière sont décrites avec précision, de même que les observations cliniques. L'expert a posé des diagnostics clairs, en exposant soigneusement pour quels motifs il écartait ceux retenus par ses confrères et les critères diagnostiques qui le guidaient. Son analyse de la capacité de travail est en outre motivée. L'expertise satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus en matière de rapports médicaux. e. Les autres rapports médicaux versés au dossier ne justifient pas que l'on s'en écarte. S'agissant des rapports de la Dresse E_____ de juillet 2014, ils correspondent à la période de dégradation transitoire de l'état psychique de la recourante de mars à août 2014, également relevée par le Dr H_____. La recourante a cependant indiqué qu'elle s'était sentie mieux dès cette date, hormis la nouvelle aggravation lors du décès de sa sœur en été 2015, qui s'est elle aussi révélée passagère selon les constatations du second expert psychiatre. C'est à cette époque que le Dr D_____ a signalé la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il convient cependant de souligner que même à cette date, ce médecin ne semblait pas considérer la recourante comme incapable de travailler, puisqu'il indiquait l'avoir encouragée à suivre la mesure d'ordre professionnel prévue aux EPI. Si l'échec de cette mesure s'explique apparemment en partie par le fait que la recourante l'a perçue de manière persécutoire, le Dr H_____ a exclu toute origine psychique à ce ressenti. Le Dr D_____ n'amène aucun autre élément nouveau dont le Dr H_____ aurait omis de tenir compte dans son appréciation. f. Eu égard aux éléments qui précèdent, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions de la Dresse F_____ et du Dr H_____, selon lesquelles la recourante ne peut plus travailler en qualité d'aide-soignante mais dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Quant à la question de savoir s'il est réaliste de considérer que la recourante peut exploiter cette capacité de travail résiduelle, il faut rappeler qu'elle est très en-deçà de l'âge auquel une réinsertion professionnelle ne peut plus être raisonnablement envisagée selon la jurisprudence. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse F_____ consistent en des mesures classiques d'épargne du rachis, et il n'est pas arbitraire de retenir que le marché du travail comprend

un large éventail d'activités légères adaptées à ses limitations et accessibles sans formation particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2).
14. En ce qui concerne le calcul d'invalidité, il convient en premier lieu de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte d'un statut mixte pour la recourante.![endif]>![if> Il ressort des explications que la recourante a données à la Dresse F_____ qu'elle a travaillé à plein temps avant de baisser son taux d'activité pour pouvoir continuer à exercer son métier malgré les sollicitations accrues qu'il impliquait pour son dos. La chambre de céans relève que l'intimé ne conteste pas la réalité de ces propos, que la recourante a tenus dans un contexte sans lien avec la détermination de son statut, alors qu'elle ignorait la portée qui pouvait leur être conférée. Conformément au principe de la première déclaration, on doit considérer que ces indications revêtent une présomption de vérité. La réduction du taux d'activité est de plus concomitante à l'apparition des douleurs dorsales, datée de l'année 2000 par le Dr D_____, ce qui accrédite également les déclarations de la recourante s'agissant des motifs pour lesquels elle n'est pas active à temps plein. De plus, cette dernière n'a pas d'enfants et vit seule. Elle ne signale aucun loisir particulier auquel elle aurait souhaité consacrer une partie importante de son temps au détriment de son activité professionnelle. En outre, son emploi était relativement faiblement rémunéré, de sorte qu'il n'apparait guère plausible qu'elle ait choisi de réduire son taux d'activité sans motif impérieux. La recourante s'est d'ailleurs ouverte des restrictions subies du fait de la faiblesse de ses ressources financières au Dr G_____, puisqu'elle lui a indiqué ne plus pouvoir assister à des représentations théâtrales qu'elle apprécie pourtant. Ainsi, compte tenu de sa situation globale, il apparaît hautement vraisemblable que la recourante aurait occupé son poste à plein temps sans problèmes de santé et qu'elle a été contrainte de réduire son taux d'activité à cause de ses atteintes dorsales. Le raisonnement de l'intimé, qui écarte l'hypothèse d'une baisse d'activité pour des douleurs dorsales au motif que la recourante ne les aurait pas mentionnées dans sa demande de prestations liée à l'hépatite C en 2008, ne peut être suivi. D'une part, il est pour le moins contradictoire, puisque l'intimé admet que le passage d'un taux de 80 % à 60 % a été dicté par les problèmes dorsaux de la recourante, alors que cette réduction est également antérieure à la demande de prestations de 2008 qui ne les évoque pas. D'autre part, un tel formulaire d'annonce n'a pas pour vocation de relater de manière exhaustive les atteintes à la santé des assurés. Le fait que la recourante n'y ait pas mentionné de telles douleurs s'explique également par son caractère peu plaintif et son souhait – louable – de poursuivre son activité d'aide-soignante malgré la sévérité de ses troubles rachidiens. Pour ces motifs, la chambre de céans retiendra pour la recourante un statut d'active à plein temps, et non un statut mixte. 15. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reprendre le calcul d'invalidité de la recourante en tenant compte d'un statut d'active à 100 %. ![endif]>![if> S'agissant du revenu sans invalidité, on peut admettre que la recourante aurait poursuivi son activité d'aide-soignante à 100 % sans atteinte à la santé. On tiendra ainsi compte du revenu signalé par son employeur en mai 2014, comme l'a du reste fait l'intimé, soit CHF 48'657.95 (13 mensualités à CHF 3'742.15) pour 60 %. Extrapolé à une activité exercée à 100 %, ce revenu s'élève à CHF 81'079.90 par an. Pour fixer le revenu sans invalidité, le recours au revenu statistique dans une activité de niveau 1 selon l'ESS 2014, tous domaines confondus, est conforme au droit. Ce revenu mensuel de CHF 4'300.- s'élève à CHF 53'793.- une fois annualisé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2014. L'intimé a opéré un abattement de 20 % sur ce montant, ce qui le porte à CHF 43'034.80. Ce faisant, il est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation, de sorte que la chambre de céans ne peut y substituer un taux de réduction

différent (cf. ATF 132 V 393 consid. 3.3). La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit ainsi à une perte de gain de 46.9 %. Ce taux d’invalidité ouvre le droit à un quart de rente. Le droit à la rente s’ouvre au plus tôt six mois après la demande de prestations et une année après l’expiration d’un délai de carence d’une année (art. 28a al. 1 et art. 28 al. 1 let. b LAI). C’est ainsi dès décembre 2014 que la recourante a droit à un quart de rente. 16. La recourante a conclu à son audition et à la mise en œuvre d’une expertise bidisciplinaire.![endif]>![if> Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En application de ce principe, la chambre de céans renoncera à l’audition et à l’expertise judiciaire auxquelles la recourante a conclu. En effet, cette dernière a eu l’occasion de s’exprimer par écrit sur tous les points concernant son état de santé, lequel a en outre été investigué à satisfaction de droit. Ces mesures d’instruction s’avèrent ainsi inutiles. 17. Le recours est partiellement admis.![endif]>![if> La recourante a droit à des dépens, qui seront en l’espèce fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d’assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l’intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.