

# GE\_GERICHTE A/338/2016 vom 22. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_338\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_338_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/338/2016 du 22 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/338/2016 del 22 dicembre 2016

## Erwägungen

### E. 3

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES 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), née en \_\_\_\_\_ 1977, a exercé durant plusieurs années une activité de réceptionniste/secrétaire.

![]> 2. Le 1 er mars 2013, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) par l'intermédiaire de son médecin traitant, la doctoresse B\_\_\_\_\_. À l'appui de sa demande, l'assurée a invoqué des apnées du sommeil, des troubles articulaires et rhumatologiques, des problèmes de dos et de genou, une obésité morbide et une dépression.!

![]> 3. De l'extrait des rassemblements des comptes individuels AVS de l'assurée versé au dossier, il ressort que celle-ci a travaillé de 2000 à 2002 pour la société C\_\_\_\_\_ SA, qu'elle a ensuite traversé une période de chômage avant de travailler, de 2005 à 2006, pour la société D\_\_\_\_\_ de Londres, qu'elle a ensuite été employée, en 2007, par la société E\_\_\_\_\_ et qu'en 2008 et 2009, elle a exercé pour F\_\_\_\_\_ SA avant de se retrouver une nouvelle fois au chômage. Il convient de relever que le père de l'assurée était administrateur des sociétés C\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_.

![]> 4. L'assurée a été adressée par l'Hospice général aux Établissements publics pour l'intégration (EPI) pour un stage d'évaluation à l'emploi, qui s'est déroulé du 12 novembre au 7 décembre 2012. ![]> Du rapport établi le 17 décembre 2012, il ressort que l'assurée a souffert du dos durant le stage et n'a pu le mener à bien, quand bien même il se déroulait à 50%. Un emploi de solidarité a été préconisé, eu égard au fait que le marché libre de l'emploi est hautement concurrentiel et axé sur la productivité.

5. Dans un rapport du 10 avril 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a conclu à un syndrome d'apnées du sommeil diagnostiqué en 2011, à un syndrome anxieux chronique depuis 2005, à une obésité morbide, à une arthrose du genou gauche, à des douleurs cervico-dorso-lombaires de surcharge et à une ostéite iliaque. Le médecin a préconisé d'éviter le port de charges, les stations statiques prolongées, la marche sur plus de vingt mètres et de tenir compte d'une somnolence diurne et d'une dyspnée d'effort. Elle a conclu à un rendement de 20% et à une activité exigible à raison de deux heures par jour depuis 2009.!

![]> 6. Dans un rapport adressé à l'AI le 25 avril 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies des poumons, a confirmé un syndrome léger d'apnée du sommeil depuis août 2011 ne justifiant pas d'incapacité de travail. ![]>

7. Le 22 mai 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a encore fait état d'un syndrome dépressif depuis 2002 en expliquant que sa patiente avait longtemps refusé une prise en charge spécialisée en minimisant la symptomatologie et qu'elle ne l'avait acceptée qu'après la demande de prestations. Le médecin a mentionné des difficultés de concentration et de mémorisation, un ralentissement idéomoteur et des difficultés d'adaptation. Selon elle,

l'activité habituelle est encore exigible à raison de 20 à 30%. Le 3 août 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire tout en mentionnant un nouveau diagnostic : celui de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) en précisant qu'une prise en charge spécialisée serait mise en place fin août 2013 par le docteur H\_\_\_\_\_.

Le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport en date du 31 janvier 2014. Il y a retenu les diagnostics de dysthymie, de syndrome hyperkinétique avec déficit de l'attention, de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, de personnalité dépendante, de troubles alimentaires et de maladie de Scheuermann. Il a fait état d'une fatigabilité accrue, d'anxiété, de tristesse, d'une grande émotivité, d'une labilité de l'humeur, de procrastination, d'impulsivité, d'insomnies, d'anhédonie et perte de l'élan vital, d'inhibition psychomotrice et de grandes difficultés à gérer la distance émotionnelle. Le psychiatre a conclu à une incapacité totale de travail depuis 2011 en expliquant que l'état psychique de sa patiente l'empêchait de répondre aux exigences inhérentes à la reprise d'une activité professionnelle structurée.

L'assurée a alors été adressée pour expertise au centre d'expertise médicale de Nyon (CEMed) plus particulièrement aux docteurs I\_\_\_\_\_ (rhumatologue), J\_\_\_\_\_ (psychiatre et psychothérapeute) et K\_\_\_\_\_ (médecine interne générale).

Les experts ont rendu leur rapport en date du 24 octobre 2014. Les plaintes de l'assurée ont été relayées ; les experts se sont livrés à une anamnèse détaillée et ont exposé leurs observations cliniques. Ils ont également décrit l'activité quotidienne de l'assurée en notant qu'elle partageait les activités ménagères avec son mari, gisait toutes les activités administratives du ménage, se livrait à des activités créatives une heure par jour, suivait une fois par semaine un cours de deux heures de photographie, pratiquait cette activité chez elle trois heures par semaine, aidait son mari pour ses devoirs de français à raison de deux heures quatre fois par semaine, surfait sur internet et s'occupait de ses plantes. Dans la sphère professionnelle, les experts ont retenu qu'en comptant les deux ans d'apprentissage, l'assurée avait travaillé en tout dix-neuf ans comme employée de commerce, activité pour laquelle elle avait assumé des tâches dans la comptabilité, la facturation, le secrétariat et l'accueil de clients. Elle avait travaillé durant plusieurs années pour son père. Après une période de chômage, elle avait exercé, à partir de 2005, des missions temporaires et fixes jusqu'en 2009. Les status physique et psychiatrique ont été décrits en détails. Sur le plan physique, il a été noté que l'assurée avait perdu plus de 30 kg et qu'elle continuait à se sentir extrêmement fatiguée. Aucune affection n'a été relevée qui puisse entraîner une diminution de la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, les lombalgies ont été décrites comme au premier plan, créant un fond douloureux chronique. A été mise en évidence une périarthrite de la hanche gauche responsable de douleurs nocturnes. Il a cependant été noté que cette affection était susceptible d'être traitée et ne jouait aucun rôle incapacitant, surtout dans une activité sédentaire. L'examen du rachis a montré une mobilisation lombaire douloureuse, mais sans limitation et l'absence de déficit moteur ou sensitif. Il a été noté que les cervicalgies - pour lesquelles il n'existait aucune image lésionnelle objective - n'étaient plus évoquées dans la justification d'une incapacité de travail de longue durée. Les gonalgies bilatérales ont été jugées non invalidantes dans une activité sédentaire et susceptibles de devenir asymptomatiques après une musculation et la poursuite de la perte pondérale. Les experts ont relevé que l'importance des plaintes douloureuses de l'expertisée, tant dans l'intensité que dans la persistance, ne correspondait pas avec les limitations fonctionnelles observées, tant au niveau lombaire que cervical. Il en allait de même au niveau des genoux. Cette dissociation entre les plaintes et les

observations objectives était d'autant plus évidente que l'expertisée ne consommait presque pas d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires et se contentait d'une physiothérapie à raison d'une fois par semaine. Qui plus est, son engagement dans la tenue du ménage était tout de même important. Néanmoins, des lésions dégénératives lombaires et des séquelles d'une maladie de Scheuermann existaient et pouvaient expliquer des épisodes rachidiens douloureux et justifier une incapacité temporaire de travail. Idem pour les genoux, qui pouvaient offrir des intervalles libres de toute douleur. En définitive, sur le plan physique, les experts ont retenu à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail : des lombalgies sur discopathies dégénératives de la colonne lombaire et un syndrome douloureux fémoro-patellaire. Ils ont considéré que l'exercice de l'activité habituelle, adaptée, était encore exigible, à condition d'éviter le port de charges, les positions statiques prolongées, les travaux en hauteur, les mouvements répétitifs du tronc et les déambulations excessives, surtout dans des escaliers. Sur le plan psychique, les experts ont indiqué avoir pris connaissance du rapport du Dr H\_\_\_\_\_. Ils ont jugé l'examen dans les limites de la norme : aucun signe dépressif, anxieux, psychotique, aucun trouble de l'attention, aucun ralentissement ni aucune difficulté dans le contact relationnel n'ont été observés. Les experts ont retenu les diagnostics suivants : trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif au premier plan, présent depuis l'enfance, traits de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, probable perturbation de l'activité et de l'attention présente depuis l'enfance, dysthymie existant depuis l'adolescence. À l'anamnèse, a été retenu un trouble dépressif récurrent désormais en rémission, avec des épisodes en 2002 et 2011, avec une caractéristique saisonnière hivernale. Le suivi psychiatrique a été jugé suffisamment régulier et le traitement prescrit en adéquation avec les diagnostics posés par le psychiatre traitant. Les experts ont retenu à titre de diagnostics psychiques : un trouble obsessionnel compulsif, une probable perturbation de l'activité et de l'attention et un trouble dépressif récurrent en rémission. Ils ont estimé que ces troubles, sans occasionner d'incapacité de travail sur le long terme, étaient à l'origine d'une diminution de rendement en raison d'une vulnérabilité au stress, d'une anxiété, d'un possible ralentissement lié aux compulsions et d'une humeur dépressive, présente notamment en hiver. Ils ont évalué cette baisse de rendement à 20% au maximum sur l'année. A noter que les experts ont également mentionné, à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail : des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline et une dysthymie. En définitive, les experts ont conclu à une pleine capacité de travail, réduite de 20%, dans une activité adaptée, telle que celle exercée précédemment.

11. Le 19 janvier 2015, le service médical régional de l'AI (SMR) a émis l'avis qu'il convenait de réinterroger l'expert psychiatre concernant les diagnostics incapacitants et non incapacitants retenus, ainsi que les limitations fonctionnelles. > 12. L'expert psychiatre a donc rendu un complément d'expertise en date du 30 janvier 2015. Il y a expliqué que les troubles compulsifs pouvaient limiter le rendement de l'assurée en ralentissant l'exécution des tâches, que ces troubles existaient depuis l'enfance de manière fluctuante et qu'ils s'exacerbaient durant les périodes de stress. > Selon l'expert, le TDAH était en rémission, vu l'absence de symptômes évocateurs au status psychiatrique (ni hyperactivité, ni agitation psychomotrice, ni ralentissement psychomoteur, ni mouvements anormaux, fonction cognitive normale). Du point de vue anamnestique, l'expert a confirmé qu'il était clair que l'assurée avait traversé des épisodes dépressifs d'intensité au moins moyenne autour de 2002-2003 et 2011. De façon générale, il existait une dysthymie pouvant se compliquer, par période, d'épisodes dépressifs d'intensité

moyenne. L'expert a indiqué ne pas retenir le diagnostic définitif de trouble de personnalité borderline mais simplement quelques traits de cette personnalité pathologique. Enfin, il a expliqué que la baisse de rendement retenue était imputable à la fois à l'état dépressif récurrent saisonnier et au trouble compulsif. 13. Le 26 mai 2015, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise. 14. Le 5 juin 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. 15. Le 5 juillet 2015, l'assurée l'a contesté en alléguant être « un champ de ruines en reconstruction ». 16. Dans un rapport du 27 juillet 2015, son psychiatre traitant a confirmé la suivre pour un trouble psychiatrique complexe et polymorphe ayant débuté durant l'enfance et l'adolescence avec un syndrome de TDAH. Le médecin a expliqué que le traitement instauré avait permis d'améliorer la symptomatologie anxio-dépressive et cognitive mais que sa patiente souffrait toujours d'une grande fragilité, surtout sur le plan émotionnel, avec des décompensations fréquentes. En résumé, son état psychique l'empêchait de répondre à l'exigence inhérente à la reprise d'une activité professionnelle moyennement structurée. 17. Le 7 décembre 2015, le SMR a émis l'avis que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ n'apportait aucune information nouvelle qui aurait été méconnue par les experts, en particulier aucun élément permettant de suggérer une aggravation de l'état de l'assurée. 18. Par décision du 16 décembre 2015, l'OAI (ci-après : OAI) a nié à l'assurée le droit à toute prestation. L'OAI, se référant aux conclusions de l'expertise, a considéré que l'intéressée avait conservé une pleine capacité de travail dans toute activité, avec une baisse de rendement de 20%. Quant au certificat médical produit par l'assurée, l'OAI a estimé qu'il ne constituait qu'une appréciation différente d'un même état de fait, non susceptible de modifier sa position. 19. Par écriture du 31 janvier 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant, préalablement, à ce que soit mise sur pied une expertise pluridisciplinaire psychiatrique et rhumatologique, principalement, à l'octroi d'une rente entière, voire d'un trois-quarts de rente. En substance, la recourante invoque les avis de ses médecins traitants, les Drs B\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ainsi que l'avis des EPI. La recourante s'étonne que les experts, bien qu'ayant retenu les mêmes diagnostics que ses médecins traitants aient considéré, contrairement à ces derniers, qu'elle pouvait continuer à exercer à 100% son ancienne activité. Elle le conteste, alléguant que sa profession requiert concentration et mémoire alors que son état dépressif induit précisément des déficits à ces niveaux. Constatant que les avis médicaux divergent sur sa capacité de travail, la recourante demande la mise sur pied d'une expertise judiciaire. 20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 février 2016, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que sa décision se fonde sur une instruction médicale complète, en particulier sur une expertise médicale pluridisciplinaire, un complément d'expertise et une analyse approfondie du dossier de la part du SMR. Selon lui, la recourante n'apporte aucun élément permettant de mettre en question la valeur probante de l'expertise et de son complément. Quant aux observations faites lors du stage aux EPI, l'intimé rappelle qu'il appartient aux médecins de porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré. 21. Par écriture du 4 avril 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle fait valoir en particulier que l'expertise a été réalisée en octobre 2014, soit près d'une année et demie plus tôt, et lui reproche de ne contenir aucune discussion quant à la valeur des rapports rédigés par ses médecins traitants. Selon elle, les nouveaux rapports médicaux émis par ceux-ci auraient dû être soumis à de nouveaux experts et pas seulement au SMR. 22. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 28 avril 2016. Le Dr H\_\_\_\_\_,

psychiatre traitant de l'assurée depuis trois ans, a indiqué que la situation était assez complexe ; les diagnostics, multiples, ont été posés au fil du temps. Le témoin a confirmé le diagnostic de syndrome d'hyperactivité et de déficit de l'attention (TDAH) d'une grande sévérité, ainsi que celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif ou borderline. Il a ajouté que l'assurée présente également une personnalité de type obsessionnel compulsif et un fond de dysthymie depuis l'enfance. Par ailleurs, presque un an après le début du suivi, a été posé un nouveau diagnostic, celui de stress post-traumatique. Le délai qui s'est écoulé avant de le retenir s'explique par les difficultés de la patiente à verbaliser. Ce syndrome s'étant révélé assez sévère, le témoin a adressé la patiente à une femme thérapeute, spécialisée en psycho-traumatologie. Le degré de sévérité de l'état anxio-dépressif a été démontré par les tests auxquels se réfère le laboratoire du sommeil. Le psychiatre traitant a émis l'avis que l'assurée est dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité lucrative, en raison de ses troubles psychiques et de leur impact sur ses relations interpersonnelles, qui se déroulent sur un mode pathologique. L'assurée a des difficultés à se distancer des autres, elle se laisse envahir par leurs problèmes, et ceci depuis son enfance. Si elle a effectivement travaillé par le passé, c'est dans un contexte très particulier, avec son père, et d'ailleurs, cela n'a pas fonctionné. Par la suite, ses tentatives de réinsertion n'ont rien donné. Informé des conclusions de l'expertise, le témoin a indiqué ne pouvoir y adhérer. Il a souligné en particulier que le diagnostic de TDAH avait été posé sur la base de tests à la fois cliniques et neuropsychologiques et qu'il ne fait donc aucun doute. Le témoin a précisé que c'est la globalité des problèmes psychiques qui conduit à l'incapacité totale de travail. Le traitement a permis une amélioration symptomatologique sensible (baisse de la dépression, perte de 40 kg, amélioration de la qualité de vie, stabilisation du trouble de l'attention, amélioration du sommeil), mais, malgré tout, on reste très loin de la possibilité d'exercer une activité, même occupationnelle. 23. Entendue à son tour, la Dresse B\_\_\_\_\_, qui suit l'assurée depuis 2008, a expliqué l'avoir adressée au Dr H\_\_\_\_\_ parce qu'elle avait constaté des difficultés psychologiques et soupçonnait un TDAH dont elle souhaitait la confirmation par un spécialiste. [endif]>![if> Sur le plan purement somatique, l'assurée souffre de douleurs rhumatismales à répétition (genoux, lombaires), d'obésité, d'hypertension artérielle (qui n'est plus traitée suite à sa perte de poids importante) et d'apnées du sommeil (non appareillée depuis sa perte de poids également). Depuis le rapport rempli en 2013, la situation est stationnaire sur le plan physique, étant précisé que les syndromes douloureux évoluent par poussées ; sur le plan psychique, il y a eu une amélioration, mais la situation reste fragile. Le témoin a indiqué avoir du mal à imaginer sa patiente exercer une activité adaptée telle que décrite par les experts. Le médecin traitant a admis être « assez d'accord » avec les observations objectives et des diagnostics retenus par les experts mais a émis l'avis qu'il était incohérent de conclure, au vu desdites observations, à une capacité de travail réduite de 20% seulement. Il faudrait une activité qui permette effectivement d'éviter le port de charges et d'alterner les positions toutes les demi-heures, ce qui paraît incompatible avec l'activité habituelle. Une activité de réceptionniste serait plus adaptée en termes d'alternance des positions, mais en revanche, le contact avec la clientèle et le stress généré seraient problématiques. L'exigence d'horaires flexibles relevée par les experts semble également difficile dans ce type de poste. Sur le plan psychique, la résistance au stress reste fragile. S'y ajoutent des difficultés de concentration et d'adaptation. 24. La recourante a pour sa part affirmé n'avoir jamais travaillé dans un cadre professionnel autre que celui que lui a offert son père. Elle a effectué deux stages de réinsertion, le premier avec le chômage, le second aux EPI, mais sans grand

succès.![endif]>![if> 25. Dans ses conclusions après enquêtes du 29 mai 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> La recourante relève notamment que les experts ne sont pas prononcés sur le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique retenu par le Dr H\_\_\_\_\_ et en tire la conclusion qu'une expertise supplémentaire judiciaire se justifie. 26. Le 30 mai 2016, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> L'intimé se réfère à l'avis de son SMR, qui constate que le Dr H\_\_\_\_\_ confirme les diagnostics précédemment retenus et en retient un nouveau, celui de stress post-traumatique, sans préciser sur quels critères il se base, ni les limitations qui en découlent et l'incidence sur la capacité de travail, alors même que l'assurée n'a pourtant jamais décrit de symptômes de stress post-traumatique (cauchemars, flash-backs, conduites d'évitement, reviviscences ou autres). Le SMR ajoute que si le Dr H\_\_\_\_\_ considère que les atteintes psychiques sont totalement incapacitantes, l'expert J\_\_\_\_\_ a clairement démontré que tel n'était pas le cas. À cet égard, le SMR souligne que l'analyse de la vie quotidienne faite dans l'expertise démontre que l'assurée est capable d'assumer les activités quotidiennes, de préparer les repas, de se consacrer à des activités créatives, de suivre des cours de photographie, d'aider son mari pour ses devoirs de français, de surfer sur internet, de lire et de regarder la télévision. Il y voit la démonstration qu'il lui reste donc bien des ressources. Le SMR relève également que les experts du CEMed ont noté que l'assurée a travaillé durant dix-neuf ans comme employée de commerce ; même si elle a changé plusieurs fois d'emploi, sa vie professionnelle est restée compatible avec un trouble hyperkinétique et un trouble obsessionnel compulsif présents depuis l'enfance. D'ailleurs, le trouble hyperkinétique a été annoncé comme partiellement amélioré par le traitement mis en route récemment. Le SMR souligne que les divergences entre le médecin traitant et les experts se limitent aux répercussions des atteintes sur la capacité de travail. Or, les limitations fonctionnelles découlant des atteintes rhumatologiques douloureuses ont bel et bien été prises en compte dans l'expertise. Concernant le syndrome d'apnées du sommeil, le SMR rappelle que les experts ont montré que l'assurée était actuellement asymptomatique et que la Dresse B\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée n'était plus appareillée. Au final, le SMR a considéré que l'on se trouvait devant une appréciation différente d'un même état de fait. 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), 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment

où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). <sup>4</sup> Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. <sup>5</sup> Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité. <sup>6</sup> 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). <sup>7</sup> 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. <sup>8</sup> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 malade, 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). <sup>9</sup> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique

(psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!endif]>![if> 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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). 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). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 10. En l'espèce, l'intimé fonde son refus de prestation sur les conclusions du rapport du CEMed. La recourante, elle, les conteste et s'étonne que les experts, bien qu'ayant retenu les mêmes diagnostics que ses médecins traitants, aient considéré, contrairement à ces derniers, qu'elle pourrait continuer à exercer à 100% son ancienne activité, ce qu'elle estime impossible à envisager, en raison principalement de ses troubles de concentration et de mémoire. [endif]>[if> Tout d'abord, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du CEMed. Le rapport d'examen des experts se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par celle-ci. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Au surplus, comme l'admet la recourante elle-même, les diagnostics retenus sont les mêmes que ceux évoqués par les médecins traitants. Le seul diagnostic supplémentaire retenu par le

psychiatre traitant est celui de syndrome de stress post-traumatique, dont on relèvera cependant qu'il a été retenu tardivement, qu'il n'a pas été étayé et qu'il n'est pas corroboré par les plaintes de la recourante, laquelle n'a jamais fait état, devant les experts ni même devant son médecin traitant, des symptômes caractéristiques d'une telle atteinte (reviviscences, flash-backs, ou autres). L'argument de la recourante qui reproche à l'expertise d'avoir été réalisée en octobre 2014, soit une année avant la décision litigieuse, n'est pas pertinent, dans la mesure où ses médecins n'ont pas documenté ni même allégué que son état de santé se serait aggravé dans l'intervalle. Cependant, il apparaît à la lecture du dossier que les experts se sont fondés sur une prémisse erronée qui semble avoir influencé notablement leur appréciation des répercussions des atteintes à la santé psychiques sur la capacité de travail de la recourante : en effet, les experts sont partis de l'idée que l'assurée avait travaillé normalement durant dix-neuf ans, sans rencontrer de difficultés particulières, alors qu'il ressort des enquêtes et de la lecture du rassemblement de ses comptes AVS qu'en réalité, elle a majoritairement travaillé pour son père (administrateur des deux employeurs principaux de la recourante). Les autres postes occupés par la recourante ne l'ont été que de manière très temporaire, ce qui corrobore les allégations des médecins traitants selon lesquelles la recourante n'a en réalité, vu ses troubles psychiques, jamais été capable d'assumer un poste en dehors du milieu protégé que lui a fourni son père. Aux dires des médecins qui suivent l'assurée, l'état psychique de celle-ci l'empêche en effet de répondre aux exigences inhérentes à la reprise d'une activité professionnelle structurée sur le marché normal du travail. Le psychiatre traitant explique à cet égard que les troubles psychiques de l'assurée ont un impact sur ses relations interpersonnelles, lesquelles se déroulent sur un mode pathologique. Il souligne que si elle a effectivement travaillé par le passé, c'est dans un contexte très particulier, avec son père, et d'ailleurs, cela a fini par ne plus fonctionner non plus. Ses tentatives de réinsertion n'ont rien donné. Les experts ont admis l'existence des atteintes psychiques et ont estimé qu'elles se traduisaient par une baisse de rendement à 20% au maximum sur l'année. Cependant, comme relevé plus haut, ils se sont fourvoyés quant au succès du parcours professionnel de l'assurée, ce qui a pu les amener à sous-estimer les répercussions réelles des troubles psychiques. Par ailleurs, ils n'ont procédé à aucune évaluation des troubles de l'attention et de la concentration allégués, se contentant de noter qu'ils n'en avaient pas observés au cours de l'examen. Dans ces circonstances, la Cour de céans considère qu'une instruction complémentaire, sous forme d'observation professionnelle approfondie, voire d'évaluation neuropsychologique serait souhaitable afin d'écarter tout doute. En conséquence, le recours est admis partiellement et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 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.