

## **GE\_GERICHTE A/438/2019 vom 27. Mai 2020**

GE Cour de justice, 2020-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_438\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_438_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/438/2019 du 27 mai 2020

IT: GE\_GERICHTE A/438/2019 del 27 maggio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Le Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS 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 le \_\_\_\_\_ 1958, d'origine suisse, divorcée, mère de deux enfants, nés le \_\_\_\_\_ 1988, respectivement le \_\_\_\_\_ 1991, était au chômage lorsqu'elle a été victime d'un accident de ski le 28 décembre 2007. Aucune incapacité de travail n'a été attestée à la suite de cet événement. Auparavant, elle avait travaillé en tant qu'employée de commerce, puis agente de sécurité, sans obtention d'un certificat fédéral de capacité (CFC). 2. Du 3 août au 3 novembre 2009, l'assurée a bénéficié d'un emploi temporaire à temps partiel (55 %) comme réceptionniste administrative à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) dans le cadre du programme cantonal d'emploi et de formation. 3. Les douleurs à l'épaule gauche consécutives à l'accident n'ayant cessé malgré le traitement conservateur (antidouleurs, physiothérapie, infiltration), son médecin traitant a attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 7 septembre au 25 octobre 2009, puis de 50 % de son taux d'activité dès le 26 octobre 2009. L'assurée a néanmoins continué à travailler durant cette période. 4. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009, l'assurée est aidée par l'Hospice général. 5. Par la suite, une rupture intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche a été mise en évidence, ayant nécessité une acromioplastie avec excision de la lésion cicatricielle et suture tendino-tendineuse le 25 novembre 2009, pratiquée par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'assurée a été mise en arrêt de travail total dès le 24 novembre 2009, date de son hospitalisation. 6. Le 5 mai 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). 7. Du 4 août au 8 septembre 2010, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation, laquelle a établi un rapport le 13 octobre 2010. Le diagnostic principal était des thérapies physiques et fonctionnelles pour raideur et douleur de l'épaule gauche. À titre de diagnostics supplémentaires étaient retenus entre autres des cervicalgies chroniques; des troubles dégénératifs cervicaux, une radiculopathie C7 gauche, par axonotmésis partielle, modérée, actuellement à un stade chronique et séquellaire. Le bilan a été complété par un consilium psychiatrique, relevant une forte émotivité en lien avec la période d'enfance pleine de souvenirs difficiles, mais excluant actuellement un épisode dépressif, un trouble anxieux spécifique et un trouble avéré de la personnalité. Au status de sortie, l'assurée présentait une discrète amélioration de la mobilité de l'épaule gauche. Il persistait des limitations dans les activités de force, au-dessus des épaules et un déficit de force. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 16 septembre 2010, puis à réévaluer. 8. Par communication du 4 octobre 2010, l'OAI a informé l'assurée que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures de

réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées. 9. Le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 2 novembre 2010, puis entière à partir du 15 février 2011. 10. Par avis du 26 septembre 2011, le service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : le SMR) a retenu les incapacités de travail suivantes dans toute activité : 100 % du 7 septembre au 25 octobre 2009; 50 % du 26 octobre au 23 novembre 2009; 100 % du 24 novembre 2009 au 1<sup>er</sup> novembre 2010; 50 % du 2 novembre 2010 au 14 février 2011; et 0 % dès le 15 février 2011. L'activité d'employée de commerce était une activité adaptée. 11. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, réalisée au domicile de l'assurée le 10 mai 2012, qui vivait seule. L'assurée a affirmé que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 %. Elle ne rencontrait pas de problèmes particuliers dans l'organisation du ménage (pondéré à 2 %). En ce qui concernait l'alimentation (pondérée à 38 %), elle préparait des repas simples. Elle achetait des légumes congelés et parfois des plats préparés pour éviter de cuisiner. Elle pouvait effectuer le nettoyage et le rangement quotidien de la cuisine, mais pas le nettoyage des placards en hauteur. Pour l'entretien du logement (pondéré à 20 %), elle faisait le minimum (poussière, coup de balai, nettoyage superficiel de la douche). Sa fille l'aidait pour les travaux physiques (nettoyage de la salle de bains à fond et des vitres, aspirateur, changement de literie). Les grands nettoyages (boiseries des portes et fenêtres) n'étaient pas effectués. S'agissant des emplettes et courses diverses (pondérées à 5 %), l'assurée faisait ses courses avec son petit sac à dos, elle achetait peu de choses à la fois. Elle pouvait s'occuper du travail administratif. Pour ce qui était de la lessive et de l'entretien des vêtements (pondérés à 20 %), l'assurée triait et faisait la lessive. Elle attendait la visite de sa fille pour sortir les pièces lourdes et les suspendre sur l'étendage (draps, housses de couette). Elle ne repassait plus et se contentait de plier et de ranger le linge propre. Quant au poste « divers » (pondéré à 15 %), il était indiqué qu'autrefois l'assurée exerçait des activités bénévoles et s'occupait de l'entretien de l'appartement (peinture du balcon, du plafond et de l'entrée, tapisserie, et changement des lampes). L'enquêtrice a évalué l'empêchement dans la conduite du ménage à 0 %, dans le poste « alimentation » à 20 %, dans l'entretien du logement à 60 %, dans le poste « emplettes et courses diverses » à 0 %, dans le poste « lessive et entretien des vêtements » à 40 %, et dans le poste « divers » à 50 %. L'empêchement pondéré total était de 36,6 %.

12. Dans un projet de décision du 4 octobre 2012, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à toute prestation. Le statut retenu était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 50 % et se consacrant à ses travaux habituels pour les 50 % restants. Depuis le 7 septembre 2009 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail et l'aptitude à accomplir les travaux habituels étaient restreintes. Le droit éventuel à une rente était fixé au plus tôt au 5 novembre 2010, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de la demande. À ce moment, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %, de sorte qu'aucune perte de gain dans la sphère professionnelle ne pouvait être retenue. L'empêchement dans la part des travaux habituels étant quant à lui évalué à 36,6 % lors de l'enquête économique sur le ménage, le degré d'invalidité pondéré résultant des deux domaines d'activités était de 18,30 %. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. La capacité de travail dans l'activité habituelle étant totale dès le 15 février 2011, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. 13. Par pli du 16 octobre 2012, complété le 23 octobre suivant, l'assurée a contesté ce projet de décision, faisant valoir que l'OAI n'avait pas pris en considération toutes ses pathologies (hernies discales lombaire et cervicale, douleur à deux doigts de la main droite et à l'épaule droite, état psychologique). Si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait travaillé à plein

temps, ou à 80 %. Elle a annexé en particulier: - une image par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 22 octobre 2007, concluant notamment à un canal lombaire constitutionnel relativement étroit; et à une dégénérescence discale avec discopathie L4-L5 associée à une hernie discale, de localisation paramédiane droite, appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural et entrant en conflit avec la racine L5 droite; - une IRM cervicale du 14 juillet 2010, mettant en évidence notamment une dégénérescence discale avec discopathie C3-C4, C4-C5 et C5-C6 associée à des ostéophytes antérieur et postérieur; une hernie discale C4-C5 de localisation médiane et paramédiane, sans conflit radiculaire; une hernie discale C6-C7 de localisation paramédiane droite, entrant en conflit avec la racine C7 droite; et une uncarthrose avec rétrécissement des canaux radiculaires C3-C4 à gauche, C4-C5 et C5-C6 des deux côtés; - une IRM de l'épaule droite du 22 octobre 2012, révélant une rupture couverte avec dégénérescence kystique et tuméfaction de la bourse sous-acromio-deltaïdienne évoquant une bursite associée; une incurvation vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion avec excroissance osseuse provoquant un conflit sous-acromial; et un discret épanchement intra-articulaire gléno-huméral. 14. Dans une note du 20 novembre 2012, l'OAI a mentionné qu'il y avait lieu de retenir un taux de 80 % dans la sphère professionnelle, comme l'avait déclaré l'assurée lors de l'enquête économique sur le ménage. 15. Dans un rapport reçu le 4 juin 2013 par l'OAI, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de rupture partielle du tendon de l'épaule droite avec bursite associée; de cervico-brachialgie persistante à droite; de tendinite de l'épaule bilatérale; de reprise de la consommation d'alcool; de mycose persistante des orteils bilatérale; de trouble anxio-dépressif récurrent modéré, d'évolution fluctuante; de cervicarthrose diffuse de C3 à C6 modérée; d'athéromatose carotidienne modérée à gauche; d'hypercholestérolémie modérée; de tabagisme chronique; de bronchopneumopathie obstructive chronique modérée; de paradontose et de claustrophobie. Il suivait l'assurée depuis le 11 octobre 2004. Le dernier contrôle remontait au 23 avril 2013. L'incapacité de travail était de 50 % depuis octobre 2007. L'assurée pouvait effectuer des activités dans différentes positions, se pencher, monter les escaliers, et porter des charges limitées à 5 kg. Les capacités de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, par contre la capacité d'adaptation et la résistance l'étaient en raison de sa personnalité fragile. 16. Par avis du 6 juin 2013, le SMR a préconisé la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologie, orthopédie et psychiatrie afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée. 17. Les 7 et 29 juillet, et 18 et 25 août 2015, l'assurée a été examinée au Centre d'expertises médicales de la Policlinique médicale universitaire (PMU) par les docteurs C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale; D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie; E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; et au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans leur rapport du 27 octobre 2015, les experts ont résumé les pièces au dossier, relaté l'anamnèse (familiale, personnelle, systématique, psychosociale, professionnelle) et les plaintes de l'assurée, ainsi que décrit ses habitudes et sa vie quotidienne, avant de procéder à l'appréciation consensuelle du cas. Les experts ont retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F32.10); de trouble mixte de la personnalité, avec des composantes émotionnellement labiles, dépendantes, et un probable noyau psychotique (traits schizotypiques, F61.0); de cervico-lombalgies chroniques, avec spondylarthrose pluri-étagée et discopathies C5-C6,

C6-C7 et L4-L5 et hernie discale L4-L5 paramédiane droite en conflit modéré avec la racine L5; et de cervico-brachialgies droites sur hernie discale C6-C7 de localisation paramédiane droite, en contact avec la racine C7. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une claustrophobie (F40.2) et des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (troubles orthopédiques, F54). Les experts ont relevé que la consommation d'alcool était irrégulière. Le test CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) était à 0. L'assurée, qui déclarait se voir encore travailler à temps partiel dans une activité adaptée à son état de santé, présentait une symptomatologie douloureuse généralisée à l'ensemble du corps, avec prédominance et constance à la région cervicale, lombaire et à l'épaule droite. D'un point de vue rhumatologique, étaient mises en évidence une limitation fonctionnelle des mouvements de la colonne cervicale en flexion extension et rotation à gauche, explicable avec une imagerie de troubles dégénératifs, avec spondylarthrose pluri-étagée; ainsi qu'une limitation fonctionnelle en rotation interne à l'épaule droite et à la hanche droite, mais sans signes radiologiques francs de lésions dégénératives. La capacité de travail était entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (éviter les activités de force avec les membres supérieurs; celles nécessitant des mouvements de traction avec les membres supérieurs et de levage de poids de manière régulière au-dessus de l'horizontale; celles sollicitant les épaules de manière continue et prépondérante et de manière répétitive en rotation externe interne maximale; de même que celles sollicitant des mouvements de rotation et de flexion extension répétitifs de la colonne cervicale). D'un point de vue orthopédique, l'examen montrait une hanche droite indolore avec une limitation de la rotation interne à 90 degrés de flexion, sans évidence de coxarthrose droite à l'IRM de mai 2015. L'assurée présentait une gonarthrose débutante des deux côtés qui n'était cliniquement pas significative et pour laquelle la patiente n'avait aucune plainte. En raison des douleurs lombaires, celle-ci arrivait difficilement à porter des charges et à faire des mouvements répétitifs au niveau de la colonne lombaire. Compte tenu des cervico-brachialgies droites, l'assurée était limitée dans les activités répétitives et au-dessus de la tête, nécessitant la force dans les membres supérieurs. Elle était également limitée par la mobilité de sa colonne cervicale et les mouvements répétitifs étaient à éviter. La capacité de travail était entière dans un poste qui respectait ces limitations avec la possibilité d'alterner entre les positions assise et debout, sans port de charge. Compte tenu de la nécessité de changer fréquemment de position, le rendement dans une activité de bureau serait réduit à 85 %. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée avait manifesté dès son enfance des signes psychopathologiques précoces (notion de retard d'acquisition du langage, énurésie, onychophagie, cauchemars récurrents). Ces difficultés psychiques étaient à mettre en lien avec une problématique d'attachement rencontrée la plupart du temps chez le sujet qui avait été privé durant les premières années d'affection et de figure parentale stable (l'assurée avait été abandonnée par ses parents à sa naissance). Des mauvais traitements dans les différents foyers où celle-ci avait résidé étaient également rapportés, paramètre reconnu pour fragiliser de façon globale la personnalité. L'expert psychiatre a relevé être face à une expertisée au contact particulier, avec une touche d'étrangeté qui dénotait d'un très probable noyau psychotique sous-jacent. Le discours était la plupart du temps très flou, à la limite de la désorganisation, avec des composantes d'ambivalence affective, dans le cadre de relations sentimentales qui n'avaient fait que pérenniser les difficultés d'attachement de l'expertisée. De façon schématique et récurrente, elle avait lutté contre les abandons en mettant elle-même un terme aux relations sentimentales. Étaient constatés chez l'expertisée des

repères identitaires très fragiles. Sur la base de sa personnalité mal structurée, un flou dans les objectifs de vie, ainsi qu'une fluctuation d'humeur rapide, associée à une ambivalence affective pouvaient également être relevés. À plusieurs périodes de sa vie, elle déclarait qu'elle avait « pété les plombs », gérant mal son impulsivité, avec également, récemment des comportements problématiques à connotation plus psychotique (elle aurait écrit sur les murs de son domicile une phrase du type « tu as le pouvoir de vie et de mort sur moi »). Elle se montrait relativement proche de certaines croyances reliées au surnaturel, sans toutefois manifester tous les signes francs nécessaires à évoquer un diagnostic de schizophrénie. Elle manifestait également dans le contact une certaine méfiance, rencontrée dans le cadre des angoisses de nature plus persécutoire. Sur cette base, l'expert a considéré que l'assurée présentait suffisamment d'altérations dans le contact et dans ses relations interpersonnelles, tout au long de sa vie, pour évoquer la présence d'un trouble de la personnalité significatif, avec des composantes émotionnellement labiles, dépendantes et avec le noyau psychotique (traits schizotypiques). Ce trouble de la personnalité avait été décompensé à plusieurs reprises durant sa vie. L'expertisée ne « disposait pas de réserve » dans le sens qu'elle estimait que la présente expertise la déstabilisait sur le plan psychique. Depuis l'entretien réalisé par l'interniste, le status psychiatrique avait changé, l'expertisée se montrait nettement plus anxieuse et déprimée. Elle l'expliquait par le fait « que l'on a ouvert la boîte de Pandore », ce qui correspondait à une réalité clinique, dans le sens que chez le sujet traumatisé, le fait de se remémorer le passé comportait des risques de déstabilisation psychique. L'expertisée manifestait également les signes cardinaux de dépression, comme la tristesse, le manque d'entrain et d'énergie, la fatigabilité, les troubles de la concentration et de la mémoire, les troubles du sommeil, et la baisse d'appétit. Sur une échelle psychométrique de dépression (MADRS), la symptomatologie se situait dans le registre de la dépression moyenne, mais elle devrait être relativisée dans son importance et dans ses répercussions fonctionnelles, car l'expertisée n'était pas ralentie sur le plan psychomoteur et des troubles cognitifs n'étaient pas objectivables. De plus, chez le sujet qui manifestait un trouble de la personnalité, avec une composante émotionnellement labile, les échelles psychométriques donnaient souvent des résultats passablement élevés (facteurs de pondération). L'expert a également relevé des angoisses dans les lieux fermés, évoquant une claustrophobie. Dans la mesure où l'expertisée présentait une personnalité mal structurée et fragile, le fait de souffrir d'une affection somatique venait souvent s'ajouter à la prédisposition psychologique, dans le sens que le vécu de la douleur pouvait être majoré. Pour tenir compte de cette composante psychologique, le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (troubles orthopédiques, F54) était retenu, mais pas celui de troubles somatoformes, car l'expertisée n'avait pas clairement verbalisé des douleurs intenses persistantes et générant un sentiment de détresse. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, l'expert a, sur la base d'un instrument de mesure des aptitudes psychiques, relevé que l'expertisée avait besoin d'une vie plutôt ritualisée, avec peu de contacts sociaux (qui restaient en partie conservés). Sa capacité de planification et de structuration des tâches restait précaire, celle-ci présentant une fatigabilité, des troubles du sommeil, ainsi qu'une personnalité et une pensée qui étaient peu structurées. La flexibilité et les capacités d'adaptation étaient diminuées. L'usage des compétences spécifiques était possible dans une certaine mesure. La capacité de jugement et de prise de décision, de même que l'endurance étaient moyennement diminuées. Au vu des idées de dévalorisation, les capacités de s'affirmer étaient également moyennement diminuées. Le sens du contact envers des tiers

pouvait se heurter aux particularités de sa personnalité, avec une composante d'irritabilité qui pouvait potentiellement générer des conflits. Sa capacité d'évoluer au sein d'un groupe restait toutefois possible dans une certaine mesure. Les relations proches étaient actuellement encore conservées. L'assurée gardait certaines activités récréatives bien investies (tricot une fois par semaine). L'hygiène et les soins corporels étaient conservés, de même que la capacité de déplacement. Sur cette base, et en tenant compte des différentes affections psychiques, ainsi que des facteurs de pondération, une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique paraissait raisonnable dans une activité adaptée sur le plan physique et évitant les lieux trop fermés (claustrophobie). L'expert recommandait à l'assurée un suivi sur le plan psychiatrique qui pourrait lui permettre de maintenir cette capacité de travail, voire de l'améliorer. Du recul serait nécessaire à ce sujet sur une période de six mois à une année. Le pronostic était toutefois réservé au vu des facteurs de fragilité de la personnalité. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont admis les incapacités de travail ponctuelles sur le plan orthopédique et rhumatologique attestées par les médecins traitants depuis le 7 septembre 2009. Sur le plan psychique, la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles physiques énumérées, ce depuis le 2 juin 2013, date du premier rapport médical évoquant le trouble anxio-dépressif récurrent. 18. Par avis du 18 décembre 2015, le SMR, se référant au rapport d'expertise, a retenu les incapacités de travail suivantes: 100 % du 7 septembre au 25 octobre 2009; 50 % du 26 octobre au 23 novembre 2009; 100 % du 24 novembre 2009 au 1<sup>er</sup> octobre 2010; 50 % du 2 octobre 2010 au 14 février 2011; 0 % du 15 février 2011 au 1<sup>er</sup> juin 2013; et 50 % depuis le 2 juin 2013 dans toute activité. Les limitations fonctionnelles correspondaient à celles énumérées par les experts. 19. Dans un rapport du 3 février 2016, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie, a posé les diagnostics de probable syndrome d'Ehlers-Danios (EDS) hypermobile; de discopathies cervicales et lombaires pluri-étagées avec canal lombaire étroit; d'athérosclérose modérée carotidienne bilatérale; d'hypercholestérolémie; de syndrome obstructif chronique sur tabagisme actif; de hernie hiatale; de status post thermo-ablation pour tachycardie par réentrée intra-nodale en 2010; et de status post hystérectomie. Enfant/adolescente, l'assurée présentait une hyperlaxité globale qui s'était associée à des arthralgies chroniques à l'âge adulte. Lors de la consultation, le score de Beighton à 5/9 et les multiples manifestations articulaires et extra-articulaires étaient compatibles avec un EDS hypermobile, difficile à confirmer. 20. Une IRM de l'abdomen supérieur du 17 février 2016 a conclu à une dilation sous-segmentaire des voies biliaires dans le segment II dans le cadre d'une atteinte de cholangite sclérosante auto-immune sans évolution par rapport à l'examen antérieur du 21 mai 2015. 21. Dans un rapport du 28 février 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis 1978 au moins (F33.11); et de trouble de la personnalité, sans précision depuis l'adolescence (F60.9). Il suivait l'assurée depuis le 6 août 2015 en raison d'une sensation de débordement affectif lié à une expertise médicale en cours. Celle-ci avait une longue histoire d'épisodes dépressifs récurrents à compter de 1978. Le contexte psychosocial était complexe. La patiente avait été abandonnée par ses parents, et élevée dans plusieurs établissements spécialisés, avec ruptures successives. Elle avait subi diverses atteintes somatiques et éprouvait de multiples douleurs chroniques (cervicarthrose, hernies cervicale, dorsale et lombaire, cervico-brachialgies, gonarthrose, coxarthrose). Son humeur fluctuait, avec tristesse et

anxiété fréquentes. La thymie s'améliorait progressivement. Le discours, de tonalité normale, devenait parfois moins compréhensible. Elle avait eu des idées suicidaires dans le passé, mais n'en avait pas actuellement. Elle ne présentait pas d'idées délirantes ni d'hallucinations. Les limitations étaient : labilité de l'humeur avec moments de tristesse intenses, anxiété, troubles de la concentration, difficultés dans les relations interpersonnelles, repli avec incapacité à interagir, perte de confiance en soi, asthénie. La capacité de travail était nulle dans toute activité. 22. Par avis du 16 mars 2016, le SMR a mentionné que la baisse du taux d'activité depuis 2007 se justifiait pour des raisons médicales. 23. Par avis du 12 septembre 2016, le SMR a mentionné que les nouveaux documents transmis par l'assurée, notamment le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 3 février 2016 et l'IRM du 17 février 2016, n'apportaient pas d'éléments médicaux susceptibles de changer l'avis du 18 décembre 2015. 24. Des radiographies des mains, du coude, du bassin de face et des hanches réalisées le 21 septembre 2016 ont mis en évidence une arthrose inter-phalangienne proximale des quatrième et cinquième doigts bilatéraux sans phénomène érosif; une calcification intra-articulaire au niveau du coude droit, sans épanchement et sans remaniement sous-chondral; et une discrète coxarthrose bilatérale plus marquée à gauche, ainsi qu'un pincement articulaire ou remaniement ostéo-chondral. 25. Une IRM du genou gauche du 16 novembre 2016 a révélé une déchirure atteignant la corne postérieure de la portion intermédiaire du ménisque externe accompagnée d'une petite ébauche de kyste méniscal poly-kystique peu important longeant essentiellement la portion intermédiaire de ce ménisque; une chondropathie focale de grade III à IV du bord versant plutôt médian de l'articulation fémoro-tibiale externe avec une petite ébauche d'oedème médullaire osseux du plateau tibial; une déchirure focale sous forme d'un remaniement de signal de grade III horizontal prédominant à la jonction entre la corne postérieure et la portion intermédiaire du ménisque interne; et des discrets remaniements de type cicatriciel du tissu graisseux sous-cutané pré-rotulien sans bursite collectée. 26. Une IRM du genou droit du même jour a montré une déchirure sous forme d'un remaniement de signal de grade III atteignant le versant inférieur de la corne postérieure du ménisque interne avec un aspect émoussé et diminué de la portion intermédiaire, sans chondropathie significative fémoro-tibiale ou fémoro-patellaire; ainsi qu'un discret épaissement de type cicatriciel du tissu graisseux pré-rotulien sans bursite collectée. 27. Une IRM du bassin du même jour a conclu à une ébauche de coxarthrose des deux côtés prédominant légèrement à droite; une périarthrite de hanche droite avec ébauche de bursite collectée; une possible tendinopathie et insertionite proximale du tendon du muscle biceps fémoral sur l'ischion droit; et une franche discopathie L4-L5 partiellement visualisée sur cet examen. 28. Par décision du 21 novembre 2018, notifiée le 7 janvier 2019, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, fondé sur un degré d'invalidité de 47 %. L'OAI a admis qu'en bonne santé, l'assurée aurait travaillé à 80 %. Sur la base de l'avis du SMR, il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 2 octobre 2010. Pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, le degré d'invalidité, qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels, découlait du calcul suivant: Activités Part Empêchement Invalidité Professionnelle 80 % 37,5 % 30 % Travaux habituels 20 % 36,6 % 7,32 % Taux d'invalidité total Arrondi à 37 % Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, compte tenu de la modification réglementaire relative à l'évaluation des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, le degré d'invalidité découlait du calcul suivant: Activités Part Empêchement Invalidité Professionnelle 80 % 50 % 40 % Travaux habituels 20 % 36,6 % 7,32 % Taux d'invalidité total Arrondi à 47 % 29. Par acte du 1<sup>er</sup>

février 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. La recourante a fait valoir que l'instruction médicale avait été lacunaire. Sur le plan psychiatrique, se référant aux conclusions de son psychiatre traitant, elle a estimé que son incapacité de travail était totale. Sur le plan somatique, les investigations menées par le Dr G\_\_\_\_\_ en octobre 2015 avaient mis en évidence un syndrome d'Elhers-Danlos. Ses troubles statiques (troubles de l'équilibre, tremblements) étaient mis sur le compte d'une suspicion de syndrome vestibulaire. À la fin de l'année 2018, une évaluation neurochirurgicale par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, avait révélé l'importance d'une symptomatologie cervico-arthrosique. Elle a produit : - le rapport du 13 janvier 2019 du Dr H\_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2); et de trouble mixte de la personnalité, avec des critères de personnalité émotionnellement labiles type impulsif et schizotypique (F61.0). Les troubles du langage jusqu'à l'âge de 5-6 ans étaient vraisemblablement consécutifs à une surdité totale d'origine infectieuse et inflammatoire. L'isolement affectif (absence de parents, résidence en foyer avec maltraitances, enfermement, contraintes physiques) avait été majoré par la privation des sensations auditives, entraînant des troubles du comportement dans l'enfance et des crises clastiques à répétition. Cette surdité, opérée plus tard, avec bon résultat sur l'apprentissage du langage, avait laissé des séquelles sur le plan du développement psycho-affectif. Sur le plan du langage, des lacunes sémiologiques pouvaient encore être objectivées, notamment en ce qui concernait les mots qui qualifiaient l'état émotionnel de la patiente. Il lui arrivait parfois d'utiliser un néo-langage ou de substituer un mot à un autre pour décrire son ressenti, compliquant ainsi ses relations interpersonnelles. Sur le plan somatique, les investigations effectuées fin 2015 avaient permis de conclure à la présence d'un syndrome d'Elhers-Danlos. La patiente avait progressivement présenté un ralentissement moteur global, une démarche vacillante, ralentie, des tremblements au niveau des quatre membres, et des chutes. Les troubles statiques (troubles de l'équilibre, tremblements) avaient pu être considérés sur le plan ORL (oto-rhino-laryngologie) avec suspicion de syndrome vestibulaire. Sur le plan psychiatrique, la patiente présentait une dépression récurrente, dont l'intensité fluctuait. À la fin 2018, en présence d'un état dépressif sévère avec incapacité à se prendre en charge sur le plan des actes de la vie quotidienne, une tentative d'hospitalisation avait été effectuée, mais interrompue en raison des difficultés d'interaction avec le personnel soignant. Les troubles du comportement associés au trouble mixte de la personnalité posaient un problème majeur dans la vie professionnelle et privée de la patiente. Elle entraînait très fréquemment en conflit avec les personnes de son entourage socio-professionnel du fait de son sentiment d'incompréhension et de son interprétation persécutoire des actions des autres. Elle ne pouvait pas supporter d'être trop régulièrement confrontée dans son récit d'histoire personnelle. Même le lien actuel de la relation psychothérapeutique avec le psychiatre traitant était régulièrement remis en question en dépit d'une écoute thérapeutique neutre et bienveillante. Les symptômes persécutoires étaient accentués lorsque la patiente était sous l'influence d'un stress extérieur ou lorsque l'épisode dépressif s'intensifiait. L'état dépressif actuel étant présent depuis au moins 2015, il était peu probable qu'une amélioration significative puisse avoir lieu. Le pronostic du trouble mixte de la personnalité était mauvais. La capacité de travail était nulle depuis le 6 août 2015. La conclusion du Dr E\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de la patiente était

inexacte, car elle était basée sur une évaluation ponctuelle, de qualité réduite en raison de la mauvaise qualité du lien avec ce médecin. - le rapport du 3 février 2016 du Dr G\_\_\_\_\_, déjà cité plus haut. 30. Dans sa réponse du 19 février 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a exposé que le rapport du 3 février 2016 du Dr G\_\_\_\_\_ avait déjà été examiné par le SMR dans son avis du 12 septembre 2016. Quant au rapport du 13 janvier 2019 du Dr H\_\_\_\_\_, il s'est rallié à l'avis joint du 18 février 2019 du SMR et a considéré que l'instruction avait été effectuée à satisfaction de droit. Dans ce document, le SMR a mentionné que le Dr H\_\_\_\_\_ reprenait l'anamnèse déjà évoquée dans le rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, en particulier les déclarations relatives aux mauvais traitements subis lors de l'enfance au foyer. Il insistait sur les atteintes physiques qui sortaient de son champ de compétence. La description du trouble dépressif récurrent et celle du trouble de la personnalité ne montraient aucun signe de sévérité. Il ne rapportait que des troubles de l'attention et de la concentration. Il attestait une incapacité de travail totale sans fournir d'élément permettant de s'écarter de l'évaluation du Dr E\_\_\_\_\_. Sur cette base, l'OAI a estimé que son appréciation du 18 décembre 2015 demeurait valable. 31. Dans sa réplique du 15 mars 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a indiqué être suivie, sur le plan de son déficit vestibulaire, par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie. Elle a argué que son état de santé psychique occasionnait à lui seul une invalidité totale et définitive. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait expliqué les motifs pour lesquels le trouble dépressif récurrent et le trouble de la personnalité étaient invalidants sur le plan privé et professionnel. Elle a demandé l'audition du Dr H\_\_\_\_\_, et à ce que les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ soient invités à se prononcer par écrit sur les limitations qu'entraînent la symptomatologie cervico-arthrosique et le déficit vestibulaire. Elle a produit le rapport du 22 novembre 2018 du Dr I\_\_\_\_\_, mentionnant que la recourante se plaignait de troubles de l'équilibre et de tremblements, dont le dernier épisode sévère remontait au mois de septembre dernier. L'IRM de la colonne cervicale récente montrait principalement un canal cervical étroit de C3-C4 à C6-C7 dominant nettement en C4-C5 et C5-C6 avec empreinte sévère sur le cordon médullaire sans myélopathie cervicale associée. La patiente présentait une symptomatologie cervico-arthrosique importante pour laquelle une indication chirurgicale pourrait être proposée afin de libérer le fourreau dural et la moelle cervicale et éviter une évolution vers un syndrome centromédullaire ou vers l'apparition d'un déficit neurologique en cas de compression plus sévère et/ou de traumatisme même bénin. Actuellement, il n'existait pas de symptomatologie neurologique déficitaire qui nécessiterait une opération en urgence. La patiente décrivait tout de même des troubles sensitifs en progression, des lâchages d'objets et des troubles de l'équilibre récents. Ces derniers pouvaient être partiellement augmentés par une atteinte ORL. Une atteinte centrale ne pouvait être totalement exclue. Il convenait de suivre le problème médical de manière régulière, cliniquement et radiologiquement. 32. Dans sa duplique du 3 avril 2019, l'intimé s'est rallié à l'avis annexé du 3 avril 2019 du SMR, dans lequel ce dernier a relevé qu'il existait une aggravation de l'état de santé au niveau de la pathologie cervicale, en comparant la description de l'IRM dont le Dr I\_\_\_\_\_ a fait mention à celle du 14 juillet 2010, qui se reflétait également sur le plan clinique (troubles de la sensibilité et hyper-réflexie). Le SMR a rappelé avoir retenu des limitations fonctionnelles strictes d'épargne du rachis, dans son précédent avis du 18 décembre 2015, lui-même basé sur l'expertise pluridisciplinaire. Il a conclu que la péjoration de l'état de santé n'engendrait pas des limitations fonctionnelles supplémentaires. Du point de vue somatique, la capacité de travail restait à 50 %. 33. Le 23 juillet 2019, la chambre de céans a requis des Drs

H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ des renseignements complémentaires. 34. Dans un rapport du 24 août 2019, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que si les diagnostics psychiatriques qu'il retenait étaient identiques à ceux posés par le Dr E\_\_\_\_\_, en revanche, il parvenait à une conclusion différente concernant la capacité de travail de la recourante sur la base de son observation continue depuis le 6 août 2015, soit un total de 133 consultations de cinquante minutes chacune, auxquelles s'ajoutaient de nombreux entretiens téléphoniques. Le trouble dépressif récurrent entraînait des épisodes dépressifs sévères durant lesquels la patiente présentait une fatigue importante, une humeur effondrée avec des idées noires parfois suicidaires. Elle restait souvent prostrée à domicile et sa pensée se désorganisait, avec apparition de troubles de la concentration sévères et d'idées délirantes de persécution. Elle s'alimentait alors peu et mal, ce qui la menaçait entre autres de déplétion vitaminique. Ces épisodes étaient de durée imprévisible, brefs ou parfois plus prolongés, et pouvaient apparaître sans lien évident avec un stress extérieur. Il avait observé que l'état dépressif de la patiente avait été présent lors de plus de 80 % de leurs rencontres. À répétitions, il avait dû prendre contact par téléphone pour s'assurer qu'une hospitalisation n'était pas nécessaire. L'assurée avait décommandé à plusieurs reprises des rendez-vous car son état de santé ne lui permettait pas de se déplacer ou d'être en relation avec le psychiatre traitant. L'aspect bref de certains épisodes dépressifs excluait la possibilité d'une hospitalisation sous contrainte. Par ailleurs, ses antécédents traumatiques en matière d'enfermement auraient été réactualisés en cas d'hospitalisation forcée. Rétrospectivement, le médecin pouvait certifier que durant les épisodes dépressifs successifs, l'état de santé de sa patiente était resté incompatible avec une activité professionnelle, principalement en raison de sa faiblesse générale, de son incapacité à se concentrer, de ses troubles de comportement désorganisés, de son absence de motivation et de son risque de passage à l'acte auto-agressif si la contrainte de stress extérieur dépassait le minimum vital. C'était notamment la raison pour laquelle elle n'arrivait pas à sortir de chez elle. Une activité professionnelle à un taux de 50 % durant un épisode dépressif d'une telle intensité était impossible. Le trouble mixte de la personnalité était un obstacle majeur à la pratique d'une activité continue professionnelle ou même à titre de loisir personnel. Le moindre stress conduisait la patiente à devenir interprétative, voire à développer des idées de persécution. Elle entrait très fréquemment en conflit avec son entourage, puis s'isolait pour s'éloigner de ceux qui s'opposaient à son point de vue et ne parvenait souvent plus à rétablir la communication. Ce sentiment de persécution n'était pas limité à des personnes. Il pouvait s'étendre à des tâches ou des ressentis qu'elle interprétait ponctuellement de manière persécutoire. Cette problématique était présente de manière permanente dans tous les secteurs, y compris dans le suivi médical et psychiatrique. Lorsqu'elle était face à une situation de stress, des mécanismes de défense archaïques apparaissaient rapidement, comme le déni (elle affirmait « c'est bon, il n'y a pas de problème » alors qu'elle se sentait très mal), la projection (elle accusait dans un second temps l'autre de l'avoir déconsidérée). Elle s'éloignait ensuite en se considérant victime et s'isolait en refusant le soutien extérieur. Ce comportement était involontaire et ne pouvait être amélioré qu'au prix d'un éloignement de tous les facteurs de stress, dans une isolation totale souvent à domicile. Ce comportement d'isolation et de clivage permanent était incompatible avec la vie professionnelle. Malgré les divers traitements psychotropes et la prise en charge psychothérapeutique, les réactions de la patiente restaient imprévisibles et excluait le maintien d'un lien dans un cadre non-protégé. Si cet état de désorganisation de la pensée était aussi important en l'absence d'activité, le stress d'une activité professionnelle même à temps partiel maintenue au-delà de quelques jours, désorganiserait la pensée de la

patiente et provoquerait des conflits importants ainsi qu'un état dépressif. Dans l'anamnèse du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, il était d'ailleurs indiqué que la patiente n'avait en réalité pu maintenir une activité professionnelle que très peu de temps durant sa vie et que son niveau de formation était resté faible (sans obtention d'un CFC). Ses relations interpersonnelles avaient également été gravement perturbées (divorce, rupture des liens dans la famille, conflits avec tous ses proches). Il serait insensé de croire qu'elle pouvait maintenir une activité à 50 %. Les troubles du comportement liés au trouble de la personnalité exposaient la patiente à un jugement erroné de la part d'autrui et pouvaient occasionnellement conduire à une surévaluation de ses capacités. Une estimation de sa capacité de travail devait absolument être fondée sur une observation prolongée et non sur une observation ponctuelle. 35. Dans un rapport du 28 août 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé que, lors de la consultation du 22 novembre 2018, et d'un point de vue strictement neurochirurgical, la capacité de travail de la patiente était pleine et entière. Les seules limitations fonctionnelles à respecter dans le cadre d'une activité adaptée étaient : évitement de port de charges de plus de 15 kg, évitement de porte-à-faux cervicaux prolongés et d'impacts ou de traumatismes dans la région cervicale. Il n'avait pas revu la patiente depuis lors, de sorte qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution du cas. 36. Le 30 août 2019, la chambre de céans a invité le Dr E\_\_\_\_\_ à se déterminer sur les rapports du psychiatre traitant des 28 février 2016, 13 janvier, et 24 août 2019. 37. Dans un rapport du 3 septembre 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué que l'estimation de la capacité de travail chez un sujet qui souffrait d'un trouble de la personnalité n'était jamais aisée. Une période d'observation thérapeutique, qui n'était pas à la disposition de l'expert en 2015, devait effectivement être prise en compte. Dans le rapport du 28 février 2016, les diagnostics étaient superposables à ceux figurant dans le rapport d'expertise de 2015. L'épisode dépressif était qualifié de moyen. Le psychiatre traitant retenait « une labilité de l'humeur avec moments de tristesse intenses et invalidants », puis « fluctuation de l'humeur avec tristesse et anxiété fréquentes », aspect discontinu de la symptomatologie thymique présent habituellement dans le trouble de la personnalité, pris en compte lors de l'expertise. Dans ce rapport, il n'existait pas d'évidence pour une symptomatologie dépressive sévère; le psychiatre traitant déclarait « a eu des idées suicidaires par le passé, n'en a pas actuellement ». La thymie était également jugée « en amélioration ». Le psychiatre traitant retenait le trouble de la personnalité et décrivait les éléments en relation, notamment « sensibilité extrême au stress, difficultés dans les relations interpersonnelles, longues périodes invalidantes et récurrentes de trouble de l'humeur ». Les altérations relationnelles étaient également relevées dans le rapport d'expertise. En ce qui concernait le rapport du 13 janvier 2019, il mettait en évidence une aggravation de la symptomatologie thymique (état dépressif sévère avec incapacité à effectuer les actes de la vie quotidienne à partir de la fin 2018, interruption du séjour à la Clinique de Montana en raison des difficultés d'interactions avec le personnel soignant). Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé une incohérence sur la durée de cet état; le psychiatre traitant indiquait que l'état dépressif actuel était présent depuis au moins 2015, alors qu'il retenait une symptomatologie dépressive moyenne et non sévère dans le rapport du 28 février 2016. L'interruption abrupte du séjour d'hospitalisation démontrait certainement les importantes altérations de la personnalité de la patiente. Le Dr E\_\_\_\_\_ était d'avis que la personnalité de la patiente était plus déterminante que les aspects dépressifs, bien que la symptomatologie dépressive ait pu se renforcer à la fin de l'année 2018. Le rapport du 24 août 2019 faisait état de l'aspect fluctuant de la composante thymique et de l'impact sur le comportement. L'aspect psychotique de la personnalité était évoqué de façon pertinente et plus durable (« moindre

stress conduisait la patiente à devenir interprétative, voire à développer des idées de persécution, elle entrait très fréquemment en conflit avec son entourage, s'isolait, des mécanismes de défense archaïques apparaissaient rapidement comme le déni puis la projection, elle refusait le soutien extérieur»). Le rapport du 13 janvier 2019 allait également dans ce sens (« même le lien actuel de la relation psychothérapeutique était régulièrement remis en question, malgré l'écoute thérapeutique neutre et bienveillante »). Le Dr H\_\_\_\_\_ disposait d'une période de recul pour estimer l'impact des limitations fonctionnelles liées au trouble de la personnalité. Le suivi auprès de son confrère qui n'avait pas permis à la recourante d'assouplir les caractéristiques pathologiques de sa personnalité pouvait amener à reconsidérer à la baisse les ressources de l'expertisée, notamment à partir de la fin 2018, où une aggravation paraissait clairement établie. Une résistance au traitement était avant tout liée au trouble de la personnalité et à la probable accentuation de la composante dépressive, et non à des facteurs extra-médicaux. Compte tenu des difficultés majeures de la recourante à contenir ses émotions et à adopter des relations interpersonnelles équilibrées, de l'absence d'amélioration du trouble de la personnalité décrite par le psychiatre traitant malgré le traitement dispensé, et de l'aggravation probable des troubles thymiques à partir de la fin 2018, l'expert reconnaissait que, dès ce moment en tout cas, la recourante ne disposait plus de ressources suffisantes qui lui permettraient d'exercer une activité professionnelle, même à temps limité. Depuis cette date, l'incapacité de travail était totale. 38. Dans sa détermination du 30 septembre 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a produit l'avis du 24 septembre 2019 du SMR, selon lequel le Dr E\_\_\_\_\_ s'était prononcé sur les différents rapports du psychiatre traitant qui étaient postérieurs à l'expertise de 2015. Ces documents mettaient en évidence une aggravation de l'état de santé psychique depuis fin 2018 (fin décembre 2018), soit postérieurement à la décision litigieuse. Sur cette base, l'intimé a rappelé que seuls pouvaient être pris en compte, dans le cadre de la présente procédure, les faits antérieurs à la date de la reddition de cette décision. 39. Par pli du 28 octobre 2019, la recourante a fait savoir qu'elle n'avait pas d'observations à formuler. 40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). b. 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). Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral

9C\_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27 bis al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1<sup>er</sup> décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

6. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 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).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1;

VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6). 9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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 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). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. a. En l'occurrence, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 octobre 2015 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il comprend le résumé du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques somatique et psychiatrique, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas. Les conclusions des experts quant aux diagnostics et à la capacité de travail de la recourante sont motivées, et convaincantes. b. Les experts ont posé des diagnostics psychiatriques. Il convient donc d'examiner leur caractère invalidant à l'aune des indicateurs jurisprudentiels. S'agissant de l'« expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes », l'expert psychiatre et le psychiatre traitant s'accordent pour dire que la recourante souffre, avec incidence sur sa capacité de travail, d'un trouble dépressif récurrent, dont l'intensité varie au cours du temps, ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité, avec des composantes émotionnellement labiles et des traits schizotypiques. L'expert psychiatre a du reste motivé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il a retenu ces diagnostics et exclu d'autres (troubles somatoformes, schizophrénie). S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante consulte ses médecins traitants, y compris son psychiatre traitant, et prend des médicaments pour ses douleurs somatiques mais pas pour ses troubles psychiques (cf. rapport d'expertise, p. 408 et 416 du dossier AI). Les experts n'ont pas relevé que celle-ci était confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. S'agissant de la « comorbidité », la recourante présente également des troubles somatiques concomitants au niveau du dos et des épaules qui entraînent des limitations fonctionnelles. Il faut toutefois encore examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assurée de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Or, en l'occurrence, les experts ont, sur la base des imageries et de leur examen clinique, énuméré toutes les limitations fonctionnelles à mettre objectivement en lien avec les atteintes somatiques constatées et conclu que celles-ci n'empêchent pas la pratique d'une activité adaptée à plein temps, avec une diminution de rendement de 15 % pour tenir compte de l'alternance des positions debout et assise dans une activité de bureau (cf. rapport d'expertise, p. 429 du dossier AI). S'agissant du complexe de « la personnalité », l'expert psychiatre a retenu à l'instar du psychiatre traitant un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue (F61.0). L'expert a, sur la base d'un instrument de mesure des aptitudes psychiques, constaté que si certaines des capacités de la recourante étaient diminuées (planification, structuration des tâches, flexibilité, capacité d'adaptation), et d'autres moyennement diminuées (capacité de jugement et de prise de décision, endurance, capacité de s'affirmer), en revanche, l'usage des compétences spécifiques était encore possible, de

même que sa capacité à évoluer au sein d'un groupe dans une certaine mesure. Le trouble de la personnalité conjugué au trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne ne diminuait pas de manière significative les ressources psychiques de la recourante ni ne renforçait son isolement social ou sa désinsertion professionnelle (p. 420 du dossier AI), étant relevé que, de l'aveu même de celle-ci, elle souhaitait travailler (p. 410). Pour ce qui est du « contexte social », la recourante maintenait des liens avec ses amis (p. 409 et 420) qu'elle voyait une fois par semaine (p. 421). L'environnement social de la recourante était donc positif. En ce qui concerne la catégorie « cohérence », l'expert psychiatre a relevé certaines discordances, car il n'a observé ni un ralentissement psychomoteur ni des troubles cognitifs, alors que la recourante alléguait que tel était le cas (p. 419). En outre, au moment de l'expertise, celle-ci était autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. Elle faisait du sport (elle marchait beaucoup; p. 408), gérait ses tâches administratives, cuisinait, sortait se promener avec ses amis, lisait, regardait la télévision et tricotait (p. 409 et 420). Son hygiène personnelle était en outre conservée (p. 420). Au vu de l'analyse des indicateurs, on doit admettre avec l'expert psychiatre que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % sur le plan psychique depuis le 2 juin 2013, date à compter de laquelle le psychiatre traitant a attesté que les affections psychiques de celle-ci influencent sa capacité de travail. L'expert a expliqué que ce taux tient compte des limitations fonctionnelles psychiques de la recourante, ainsi que des facteurs de pondération (échelles psychométriques avec des résultats élevés en cas de trouble de la personnalité, avec une composante émotionnellement labile; absence de ralentissement psychomoteur et de troubles cognitifs; p. 419-420). c. En ce qui concerne les rapports du psychiatre traitant des 28 février 2016, 13 janvier, et 24 août 2019, dans lesquels celui-ci évalue la capacité de travail de la recourante à 0 %, l'expert psychiatre a, dans son rapport du 3 septembre 2019, expliqué de manière détaillée et convaincante les motifs pour lesquels il reconnaît une aggravation de l'état psychique de la recourante à compter de la fin de l'année 2018 seulement. En effet, comme il le souligne, il avait déjà tenu compte des éléments médicaux relevés par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 février 2016 (soit trouble dépressif qualifié de moyen et non de sévère; aspect discontinu de la symptomatologie thymique, en amélioration progressive; absence d'idées suicidaires; difficultés relationnelles). Dès lors qu'en 2016, le psychiatre traitant n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert, on ne peut remettre en cause le rapport d'expertise du seul fait que le psychiatre traitant évalue la capacité de travail de la recourante à 0 % dans toute activité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De plus, la « mauvaise qualité du lien avec l'expert psychiatre » (pour reprendre les termes du psychiatre traitant) n'est pas pertinente pour discréditer les conclusions de l'expert d'antan, dès lors que, de l'aveu même du psychiatre traitant, la recourante remet également en question sa relation psychothérapeutique avec celui-ci. En revanche, dès la fin de l'année 2018, l'état dépressif de la recourante est qualifié de sévère avec incapacité à se prendre en charge sur le plan des actes de la vie quotidienne et interruption abrupte de son hospitalisation en raison des difficultés d'interaction avec le personnel soignant, ce qui témoigne des importantes altérations de sa personnalité, ce de manière durable malgré la prise en charge psychothérapeutique et les divers traitements psychotropes - en particulier, le moindre stress conduit celle-ci à devenir interprétative et à développer des idées de persécution ; elle entre fréquemment en conflit avec son entourage ; elle s'isole et refuse le soutien extérieur. Dans son avis du 24 septembre 2019, le SMR a mentionné que l'aggravation de l'état psychique de la recourante remontait à fin décembre 2018. Dans son écriture du 28 octobre

2019, celle-ci n'a pas contesté cette date. Comme l'a relevé à juste titre l'intimé, dans la mesure où la péjoration de l'état de santé psychique constitue un fait nouveau, postérieur à la décision querellée du 21 novembre 2018, la chambre de céans ne saurait en tenir compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). d. Sur le plan somatique, la recourante a produit à l'appui de son recours le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 3 février 2016, dans lequel celui-ci a posé entre autres le diagnostic de probable syndrome d'Ehlers-Danios hypermobile. Outre le fait que ce médecin a indiqué qu'il est difficile de confirmer ce diagnostic, il n'a de toute manière pas attesté que les diagnostics qu'il retenait avaient une conséquence sur la capacité de travail de la recourante. De manière analogue, la recourante n'allègue qu'au stade de son recours souffrir d'un déficit vestibulaire. Bien qu'elle informe dans sa réplique être suivie par le Dr J \_\_\_\_\_ pour ce trouble, elle n'a produit aucun rapport émanant de ce médecin qui confirmerait que cette atteinte l'impacterait dans l'exercice d'une activité lucrative. De même, en ce qui concerne les IRM postérieures à l'expertise, que la recourante a transmises à l'intimé avant le prononcé de la décision attaquée, on constate que celle-ci n'a produit aucun rapport médical qui relèverait que les éléments mis en évidence sur les imageries entraîneraient d'éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. On observe en particulier que les conclusions de l'IRM de l'abdomen supérieur du 17 février 2016 sont identiques à celles de l'examen antérieur du 21 mai 2015, lequel a déjà été pris en compte par les experts (cf. rapport d'expertise, p. 403 du dossier AI). Or, c'est le lieu de rappeler que l'administration, ou le juge en cas de recours, doit pouvoir s'appuyer sur des rapports médicaux pour pouvoir établir le droit à des prestations. Enfin, s'agissant de la symptomatologie cervico-arthrosique, le Dr I \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 28 août 2019 que cette affection n'est pas incapacitante. Force est ainsi de constater que, sur le plan somatique, les conclusions des experts demeurent valables. e. Dans la décision litigieuse, l'intimé a indiqué que le SMR concluait à une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 2 octobre 2010. S'il est vrai que, dans son avis du 18 décembre 2015, le SMR a mentionné que la capacité de travail de la recourante était de 50 % du 2 octobre 2010 au 14 février 2011, il s'agit toutefois d'une erreur, puisque dans son avis du 26 septembre 2011, se basant sur l'appréciation du Dr B \_\_\_\_\_, le SMR avait retenu que la capacité de travail de celle-ci était de 50 % du 2 novembre 2010 au 14 février 2011. En conséquence, la chambre de céans retiendra, à l'instar des experts, que la capacité de travail de la recourante est de 0 % du 7 septembre au 25 octobre 2009; de 27,50 % du 26 octobre au 23 novembre 2009 (50 % de son taux d'activité de 55 %); de 0 % du 24 novembre 2009 au 1<sup>er</sup> novembre 2010; de 50 % du 2 novembre 2010 au 14 février 2011; de 100 % du 15 février 2011 au 1<sup>er</sup> juin 2013 et de 50 % depuis le 2 juin 2013 dans toute activité. 12. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel l'intimé s'est livré. 13. a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces

trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. En l'espèce, conformément aux déclarations de la recourante lors de l'enquête économique sur le ménage, l'intimé a admis que celle-ci aurait exercé une activité lucrative à 80 % si son état de santé le lui avait permis. Partant, l'intimé a à juste titre retenu, dans sa note du 20 novembre 2012, un statut mixte réparti à raison de 80 % pour la sphère professionnelle et de 20 % pour la sphère ménagère. 14. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100 % et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour

effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5).

15. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

16. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). Toutefois, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). 17. Selon l'art. 27 bis RAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPG, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Sous l'empire de l'art. 27 bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPG. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

18. a. En l'espèce, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 7 septembre 2009, date de l'incapacité de travail durable de la recourante, et est arrivé à échéance le 7 septembre 2010 (art. 28 al. 1 LAI). b/aa. En ce qui concerne le calcul de l'incapacité de gain dans la sphère professionnelle, il y a lieu de rappeler que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité à l'échéance du délai d'attente d'un an, ce qui correspond à une invalidité de 100 % (cf. ATAS/642/2015 du 31 août 2015 consid. 15c). b/bb. Pour la période du 2 novembre 2010 au 14 février 2011, la capacité de travail de la recourante était de 50 % dans toute activité. Dès lors que sa capacité résiduelle de travail était exploitable dans son activité habituelle d'employé administratif, qui est adapté à son état de santé, il est superflu de chiffrer les revenus avec et sans invalidité avec exactitude. Dans cette hypothèse, le degré d'invalidité, qui se confond en principe avec l'incapacité de travail, est, compte tenu d'un taux d'activité de 80 %, de  $37,5 \% ([80 \% - 50 \%] / 80 \% \times 100)$ . b/cc. Pour la période du 15 février 2011 au 1<sup>er</sup> juin

2013, la capacité de travail de la recourante étant totale dans toute activité, elle ne subit pas de perte de gain. b/dd. Pour la période dès le 2 juin 2013, la capacité de travail de la recourante étant de 50 % dans toute activité, le degré d'invalidité est de 37,5%, comme exposé au consid. 18b/bb, jusqu'au 31 décembre 2017. Conformément à l'art. 27 bis al. 3 let. a RAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, dans la mesure où le revenu sans invalidité correspondant au taux d'activité de 80 % est désormais extrapolé pour un taux d'activité de 100 %, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail, soit en l'espèce 50 %. c. En ce qui concerne le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, la chambre de céans constate que l'enquête économique sur le ménage a été effectuée par une personne qualifiée au domicile de la recourante, en présence de cette dernière. L'enquêtrice a rappelé l'atteinte à la santé dont celle-ci souffre et a pris en compte ses limitations fonctionnelles dans l'évaluation des empêchements ménagers. Elle a également relaté les indications de la recourante concernant les tâches qu'elle accomplissait avant son atteinte à la santé, et celles qu'elle continue à effectuer depuis lors. Les conclusions du rapport d'enquête économique, selon lesquelles l'empêchement dans la sphère ménagère est de 36,6%, reposent donc sur un examen concret des circonstances du cas d'espèce. Par conséquent, il y a lieu de retenir que l'enquête ménagère a pleine valeur probante, ce qui n'est pas contesté par la recourante. d. Il convient à présent de procéder aux calculs du degré d'invalidité global de la recourante, compte tenu d'une part professionnelle de 80 % et d'une part consacrée aux activités ménagères de 20 %. d/aa. À l'échéance du délai d'attente d'un an le 7 septembre 2010, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 80 % ( $80\% \times 100\%$ ). Il est de 7,32 % dans la sphère ménagère ( $20\% \times 36,60\%$ ). Partant, le taux d'invalidité global de 87,32 % donne droit à une rente entière. d/bb. Pour la période du 2 novembre 2010 au 14 février 2011, ainsi que du 2 juin 2013 au 31 décembre 2017, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 30 % ( $80\% \times 37,50\%$ ). Dans la sphère ménagère, il est de 7,32 % ( $20\% \times 36,60\%$ ). Partant, un degré d'invalidité global de 37,32 %, inférieur au taux minimal de 40 % (art. 28 al. 2 LAI), ne donne pas droit à une rente d'invalidité. d/cc. Pour la période du 15 février 2011 au 1<sup>er</sup> juin 2013, compte tenu de la pleine capacité de travail de la recourante dans toute activité, il convient de retenir qu'elle ne subissait pas d'empêchement notable dans la tenue de son propre ménage pendant cette période (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/05 et I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.1). De toute manière, un taux d'invalidité de 0 % dans la sphère professionnelle additionné à celui de 7,32 % dans la sphère ménagère, aboutit à un degré d'invalidité global de 7,32 %, qui est inférieur au taux de 40 %. d/dd. Pour la période dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 40 % ( $80\% \times 50\%$ ). Dans la sphère ménagère, il est de 7,32 % ( $20\% \times 36,60\%$ ). Partant, un degré d'invalidité global de 47,32 %, arrondi à 47 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI), comme retenu à juste titre par l'intimé. 19. a. Reste encore à déterminer la date à compter de laquelle la rente entière doit être octroyée et supprimée. b. La rente d'invalidité ne peut être versée conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (soit dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance), qu'à condition que l'assuré ait présenté sa demande dans le délai de six mois avant l'expiration du délai d'attente d'une année. Si l'assuré dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son incapacité de travail (ou du délai d'attente), il s'agit d'une demande tardive, ayant pour conséquence la perte du droit à la rente pour chaque mois de retard (cf. Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2187-2190; Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impuissance dans

l'assurance-invalidité, chiffres 2025 et 2027). c. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1), étant précisé que la modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (cf. ATAS/218/2017 du 21 mars 2017 consid. 23b). d. In casu, la recourante a déposé sa demande de prestations le 5 mai 2010, soit plus de six mois après le début de son incapacité de travail durable le 7 septembre 2009. Il s'agit donc d'une demande tardive (deux mois de retard), ayant pour conséquence que sa rente entière d'invalidité ne peut lui être versée qu'à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010, ce jusqu'au 28 février 2011 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain dès le 2 novembre 2010). 20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 21 novembre 2018 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> novembre 2010 au 28 février 2011. La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 1'000.-. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à 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.