

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1521/2018

ATAS/71/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 janvier 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par LE SYNDICAT DES SERVICES PUBLICS SSP **recourante**

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE **intimé**

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président ; Mesdames Anny SANDMEIER et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1956, est titulaire d'un diplôme d'infirmière spécialisée en psychiatrie depuis 1977. En dernier lieu, elle a travaillé comme directrice d'institution à 100% dès le 7 novembre 2011.
2. Le 3 novembre 2015, elle a été victime, en Égypte, d'un accident de la circulation ayant impliqué le minibus dans lequel elle avait pris place et un autre minibus. Souffrant d'une hémorragie interne sur perforation des intestins, de deux déchirures méésentériques (de l'intestin) et d'une perforation du caecum (première partie du gros intestin) suturée sur place, elle a été rapatriée et transférée dans le service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où elle a séjourné du 6 novembre au 30 décembre 2015. Selon la lettre de sortie du 12 janvier 2016 signée par le docteur B_____, médecin-chef, l'assurée a subi, le 12 novembre 2015, une résection iléo-caecale en raison d'une nécrose de l'iléon (troisième partie de l'intestin grêle) sur 60 cm et la réalisation d'une iléostomie. Le 17 novembre 2015, un abcès de la paroi du héli-abdomen a été drainé. L'accident a exacerbé un état anxio-dépressif chronique.
3. Selon la lettre de sortie du 8 mars 2016 des HUG, établie par la doctoresse C_____, médecin-adjointe, l'assurée avait séjourné dans le service de chirurgie viscérale du 16 au 29 février 2016 afin de bénéficier d'un rétablissement de continuité avec anastomoses iléo-iléale et iléo-ascendante. L'assurée souffrait déjà avant son accident d'un trouble anxio-dépressif, qui s'était péjoré lors de la première hospitalisation.
4. Le 1^{er} mars 2016, l'assureur-accidents a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce.
5. Le 17 avril 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Elle a indiqué souffrir de douleurs, de diarrhées et de fatigue importante.
6. Dans un rapport du 10 mai 2016, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté une capacité de travail exigible de 25% dans l'activité habituelle. L'incapacité de travail avait été de 100% du 3 novembre 2015 au 3 avril 2016, et de 75% dès le 4 avril 2016. Les restrictions consistaient en fatigabilité, douleurs abdominales et diarrhées. L'activité exercée était encore exigible avec une reprise progressive afin d'atteindre une capacité totale de travail d'ici quelques mois.
7. Selon le questionnaire pour employeur du 18 juillet 2016, le contrat a été résilié par celui-ci avec effet au 31 août 2016.
8. Par communication du 2 septembre 2016, l'OAI a estimé qu'aucune mesure de réadaptation n'était actuellement possible en raison de l'état de santé de l'assurée. Il

allait examiner si celle-ci remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.

9. Dans un rapport du 27 septembre 2016, la Dresse D_____ a indiqué que l'état de santé physique de l'assurée s'était amélioré. Celle-ci présentait un syndrome de stress post-traumatique « accident » et des troubles digestifs résiduels post-opératoires. Il y avait eu un changement dans les diagnostics. Un trouble dépressif réactionnel au licenciement abusif entraînait un arrêt de travail à 100% dès le 31 mai 2016 accordé par le docteur E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. En revanche, il n'y avait plus d'arrêt de travail attesté par elle-même.
10. Dans un rapport du 10 octobre 2016, le Dr E_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F 33.10) depuis le début de l'âge adulte et un épisode actuel depuis mai 2016. Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) depuis le début de l'âge adulte. Il suivait l'assurée depuis le 20 mars 2001. Avant lui, celle-ci avait consulté divers psychiatres dans d'autres cantons. L'épisode dépressif actuel était consécutif à des tensions avec l'employeur de l'assurée. Le pronostic était bon à court et moyen termes. Le traitement consistait en une thérapie cognitive hebdomadaire et une médication avec anti-dépresseurs. L'incapacité de travail était entière du 30 mai au 31 octobre 2016. Une reprise probable était prévue le 1^{er} novembre 2016. Les restrictions consistaient en diminution de confiance, vulnérabilité au stress et anhédonie. La capacité d'adaptation et la résistance étaient limitées. Puis, dans son rapport du 15 décembre 2016, il a fait état d'une capacité de travail nulle en raison de la persistance de l'épisode dépressif moyen. La capacité de travail serait probablement entière dès le 1^{er} janvier 2017. Les limitations fonctionnelles consistaient en vulnérabilité au stress, diminution de la flexibilité mentale, procrastination et manque d'énergie.
11. Dans un rapport du 13 décembre 2016, la Dresse D_____ a précisé que les troubles digestifs résiduels/diarrhées étaient en légère aggravation. Un avis spécialisé avait été demandé au docteur F_____, gastro-entérologue FMH. Dans son rapport du 7 mars 2017, elle a indiqué qu'elle ne suivait plus l'assurée pour les problèmes gastroentérologiques.
12. Sur demande de l'OAI, l'assureur-accidents lui a transmis son dossier, le 9 mars 2017.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2016, le Dr E_____ a précisé que l'assurée le consultait depuis 2001 pour divers événements de vie stressants. À sa sortie des HUG, elle avait repris un suivi régulier dès le 12 janvier 2016. Elle lui avait fait part de ses inquiétudes vis-à-vis de l'attitude de ses supérieurs. Elle avait le sentiment d'être écartée des séances du comité et qu'on lui cachait des informations. Ceci avait été confirmé par l'annonce de son licenciement, le 31 mai 2016. Elle se sentait également diminuée physiquement suite à son accident. L'étiologie de l'affection en cause était multifactorielle. Les facteurs étrangers à

l'accident, à savoir les tensions avec l'employeur, représentaient un pourcentage de 80%.

Selon le rapport de la Dresse D_____ du 21 juillet 2016, l'assurée aurait repris le travail à 100%, en juillet ou en août, si elle n'avait pas été en arrêt de travail pour maladie. Puis, dans son rapport du 1^{er} décembre 2016, elle a diagnostiqué un trouble dépressif réactionnel à l'accident et au licenciement.

13. Par rapport du 20 mars 2017, le Dr E_____ a signalé une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis début février 2017. La capacité de travail n'avait pas été de 100% dès le 1^{er} janvier 2017, mais de 50% dès le 1^{er} février 2017. Entretemps, une incapacité de travail était intervenue à 50% pour des motifs gastroentérologiques. Depuis mi-février 2017, le suivi psychiatrique avait lieu auprès du docteur G_____, psychiatre et psychothérapeute FMH.
14. Le 7 avril 2017, l'assureur-accidents a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 27 avril 2017 consécutif à son examen du 18 avril 2017, l'expert a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen (F 32.1) en cours de rémission depuis avril 2016 et un trouble anxieux sans précision (F 41.9). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F 43.1) en quasi rémission complète. Dans son appréciation, l'expert a expliqué qu'à la suite de l'accident, l'assurée avait été exposée à une situation exceptionnellement menaçante qui avait provoqué des symptômes de détresse et des angoisses de mort constitutifs d'un état de stress post-traumatique actuellement en cours de rémission. Cette dernière était importante, même s'il persistait une symptomatologie séquellaire anxieuse et des troubles du sommeil. La succession de cet état de stress post-traumatique en novembre 2015 et du licenciement en avril 2016 avait généré la symptomatologie d'un épisode dépressif moyen actuellement en cours de rémission. Pour le moment, l'activité exercée jusqu'ici n'était pas exigible. On pouvait escompter avec la poursuite du traitement une rémission progressive des symptômes et une « capacité de travail entière, horaire et rendement » dès le 1^{er} septembre 2017. Il y avait surtout une diminution de rendement importante en raison de la fatigue, de la lenteur, du manque d'énergie, des difficultés d'attention et de concentration, diminution qui limitait la capacité de travail à 50% d'un point de vue psychiatrique. L'assurée disposait de ressources psychiques lui permettant de s'adapter à un nouvel environnement professionnel conforme à ses qualifications. Une capacité de travail dans une profession adaptée à ses limitations physiques et aussi à son rendement diminué pouvait être améliorée par un emploi qui exigerait moins de célérité, d'attention, de concentration et de responsabilités. Dans le cadre d'une autre activité, sa capacité de travail d'un point de vue psychiatrique était de 50%, rendement 100% avec horaire à 50%, bien qu'un temps de conditionnement d'une à deux semaines était nécessaire pour parvenir à un rendement de 100%. Avec de telles adaptations, l'on pouvait s'attendre à un retour à une activité à 50% horaire et à 100% de rendement au plus tôt au début

juillet 2017. Une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée à 100% avec un rendement diminué à 50%, mais le plus vraisemblable était un horaire à 50% avec un rendement à 100%. Il y avait lieu de tenir compte des limitations somatiques, entre autres la proximité des toilettes. Des mesures de réadaptation n'étaient pas nécessaires dès le 1^{er} septembre 2017.

15. Dans un rapport du 23 juin 2016 (recte : 2017), le Dr H_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, une dépression moyenne à sévère (F 32.2) et sans effet sur la capacité de travail, une dysthymie et un trouble de la personnalité mixte. Il suivait l'assurée depuis le 31 janvier 2017. Celle-ci vivait très mal son licenciement à soixante-et-un ans ainsi que l'absence de travail qui s'en suivait. Elle se sentait inutile avec une « perte de sens à vivre » et sans motivation. Au début du suivi, en janvier 2017, elle présentait une symptomatologie de dépression sévère avec importante anxiété. Elle souffrait aussi de troubles du sommeil importants avec des difficultés d'endormissement, des ruminations et des soucis. L'incapacité de travail était de 50% depuis le 1^{er} mars 2017. Les capacités de concentration et d'adaptation de l'assurée ainsi que sa résistance étaient limitées.
16. Selon le dossier de l'assureur-accidents, transmis à l'OAI le 31 octobre 2017, ledit assureur a versé ses indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% du 6 novembre 2015 au 3 avril 2016, 75% du 4 avril au 16 mai 2016, 50% du 17 mai au 31 mai 2016, 100% du 1^{er} juin 2016 au 31 juillet 2016 et 50% du 1^{er} février 2017 au 30 septembre 2017. Pour sa part, l'assurance-maladie perte de gain avait versé ses prestations sur la base d'une incapacité de travail de 100% du 8 août 2016 au 31 janvier 2017, puis de 50% du 1^{er} février 2017 au 31 août 2017.
17. Le 2 novembre 2017, l'assurée a informé l'OAI qu'elle s'était inscrite auprès de l'assurance-chômage en septembre 2017 à un taux de 50%.
18. Le 14 novembre 2017, l'office cantonal de l'emploi a indiqué que l'assurée avait droit à des indemnités de l'assurance-chômage dès le 6 septembre 2017 et que le taux de l'activité recherchée était de 100%.
19. Dans un rapport du 23 janvier 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que l'expertise du Dr H_____ n'avait pas de valeur probante au motif qu'elle ne mentionnait aucun status clinique objectif et que l'expert se basait sur les plaintes subjectives de l'assurée pour étayer ses conclusions. De plus, l'atteinte psychiatrique était une conséquence du licenciement du 31 mai 2016, soit une atteinte réactionnelle et non durable, ce que confirmait le Dr E_____ dans ses divers rapports. Sur le plan somatique, dans son rapport du 21 juillet 2016, la Dresse D_____ mentionnait une capacité de travail de 100% dès août 2016, soit une absence d'incapacité de travail durable, car inférieure à un an.
20. Par projet de décision du 24 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande. Il a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assurée. Sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 3 novembre 2015. Le statut d'assuré retenu

était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Les incapacités de travail successives concernant différentes atteintes à la santé n'étaient pas durables, de sorte qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. Le droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité devait être nié.

21. Par courrier du 23 février 2018 adressé à l'OAI, l'assurée a fait part de ses objections. Selon les certificats médicaux annexés du Dr I_____ (établis les 7 décembre 2017, 5 janvier 2018 et 4 février 2018), elle était toujours en incapacité de travail à 50%. Sa reprise du travail à 25% en avril 2017 avait été faite prématurément dans la douleur et sous morphine. Inscrite au chômage à 50%, elle avait retrouvé un emploi précaire le 15 novembre 2017, payé à l'heure, en tant que coordinatrice pour les proches aidants. Il lui était actuellement impossible de travailler à 100% comme elle l'avait fait durant quarante-trois ans consécutifs. Elle suivait encore une psychothérapie hebdomadaire auprès de Madame J_____, psychologue, pour du stress post-traumatique grave, un traitement psychothérapeutique hebdomadaire auprès du Dr H_____ et un traitement gastroentérologique fréquent auprès du Dr I_____. L'assurée a demandé à l'OAI de préciser quels étaient les rapports médicaux lui permettant de conclure à l'absence d'élément médical objectif en faveur d'une atteinte à la santé incapacitante et durable.
22. Dans son courrier du 26 février 2018, l'OAI a précisé que l'appréciation du SMR se basait sur les rapports médicaux de l'ensemble des médecins traitants contenus dans le dossier AI et dans celui de l'assureur-accidents.
23. Par décision du 23 mars 2018, l'OAI a maintenu sa position. En l'absence de faits nouveaux importants et/ou de nouvelles pièces médicales probantes, les éléments produits dans le cadre de la procédure d'audition ne lui permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.
24. Par acte du 7 mai 2018, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a conclu à la reconnaissance d'une incapacité de travail durable et à la poursuite de l'examen de mesures professionnelles et, cas échéant, d'une rente. Elle a exposé que son incapacité de travail à la suite de l'accident du 3 novembre 2015 avait été de 100% du 3 novembre 2015 au 3 avril 2016, de 75% du 4 avril 2016 au 29 mai 2016, de 100% du 30 mai 2016 au 31 août 2017 et de 50% dès le 1^{er} septembre 2017. L'assureur-accidents avait mis un terme au versement de ses indemnités journalières dès le 1^{er} septembre 2017 pour la part de l'incapacité psychiatrique. L'incapacité de travail à hauteur de 50% pour motifs gastroentérologiques durait toujours. La décision litigieuse était fondée exclusivement sur le rapport du SMR du 23 janvier 2018, qui faisait état d'une reprise totale du travail dès le mois d'août 2016 alors qu'elle n'avait jamais pu recouvrer une capacité de travail entière. De plus, ledit rapport ne mentionnait à aucun moment l'aggravation des troubles digestifs relatée par la Dresse D_____ dans son rapport du 13 décembre 2016 et interprétait faussement son rapport du 21 juillet 2016 en admettant une capacité de

travail de 100% dès août 2016. Le SMR retenait également faussement que l'atteinte psychique était une conséquence du licenciement du 31 mai 2016 alors que les nombreux rapports mentionnaient également un stress post-traumatique lié à l'accident et accentué par le choc du licenciement.

25. Dans sa réponse du 29 mai 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur un plan objectif, la capacité de travail de la recourante était entière, car si le licenciement avait certes provisoirement accru la symptomatologie, une telle réaction était temporaire et réactionnelle à un événement ponctuel. Sur le plan physique, les différents rapports médicaux au dossier retenaient une capacité de travail entière à condition que des toilettes fussent à disposition. Par ailleurs, il semblait que la recourante était inscrite et indemnisée à 100% par l'assurance-chômage.
26. Dans sa réplique du 18 juin 2018, la recourante a relevé que l'intimé se basait dans son écriture sur le rapport du Dr H_____ en citant un extrait de ce dernier alors que le SMR considérait qu'il n'était pas convaincant. En outre, il le citait de façon tronquée en occultant l'état de stress post-traumatique et l'état résiduel séquellaire avec anxiété et troubles du sommeil, ainsi que les conséquences somatiques intestinales qui fondaient une incapacité de travail de 50%. Selon l'expert, l'état psychique entraînait une incapacité de travail de 50% jusqu'à la fin août si l'évolution positive perdurait et les troubles intestinaux provoquaient un arrêt de travail de 50% sur lesquels il ne pouvait pas se prononcer. Les décomptes de l'assurance-chômage qu'elle produisait dans la procédure démontraient qu'elle était indemnisée à 50% par ladite assurance et non pas à 100% comme le prétendait à tort l'intimé. Par ailleurs, à la suite de la décision de celui-ci, l'assureur-accidents avait suspendu le versement de ses indemnités journalières de manière rétroactive. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.

Elle a produit dans la procédure les décomptes de l'assurance-chômage de février à avril 2018 faisant état d'un gain assuré de CHF 6'123.- et d'un gain intermédiaire variable, ainsi que les décomptes de l'assureur-accidents mentionnant le versement d'indemnités journalières à 50% du 1^{er} octobre au 30 novembre 2017.

27. Dans sa duplique du 16 juillet 2018, l'intimé a indiqué que la dernière écriture de la recourante n'appelait pas de commentaires particuliers de sa part. Il a persisté dans ses précédentes conclusions.
28. Le 17 juillet 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante.

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. 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).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA-GE).

4. Malgré leur libellé, les conclusions de la recourante doivent être interprétées en ce sens qu'elles tendent à la condamnation de l'intimé au versement de prestations. Il ne s'agit dès lors pas d'une action en constatation, laquelle ne serait pas recevable en raison de son caractère subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2).

Par conséquent, est litigieux le taux d'invalidité de la recourante et plus particulièrement sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En 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).

b. 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).

c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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.

6. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), 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. En effet,

celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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, des 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).

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée ; ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2).

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des

preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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).

e. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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).

f. 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).

8. En l'espèce, l'intimé conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H_____ mise en œuvre par l'assureur-accidents au motif, d'une part, que ses conclusions reposent sur les plaintes de la recourante et non sur ses constatations, et d'autre part, que les troubles psychiques de la recourante ne sont pas durables, mais réactionnels à son licenciement.

Dans son rapport du 27 avril 2017, l'expert diagnostique, avec effet incapacitant, un épisode dépressif moyen depuis avril 2016 en cours de rémission et un trouble anxieux sans précision. Sans effet sur la capacité de travail, il pose également un diagnostic d'état de stress post-traumatique en quasi rémission complète. Il conclut à une capacité de travail d'un point de vue psychiatrique « de 50%, rendement de 50% » eu égard au ralentissement de la recourante, de ses difficultés d'attention et de concentration, de sa fatigue et du manque de confiance en elle. Il considère qu'à la date de l'expertise, l'activité de directrice d'institution n'est pas exigible car elle n'est pas adaptée aux limitations psychiques de la recourante, qui nécessitent une activité impliquant moins de responsabilités, d'attention, de concentration et de rapidité. Il retient surtout une diminution de rendement qui limite la capacité de travail à 50%. Il escompte une capacité de travail entière dès le 1^{er} septembre 2017 avec la poursuite de la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique intégrée à une prescription d'antidépresseur et d'anxiolytique. Dans une activité adaptée exigeant moins de célérité, d'attention, de concentration et de responsabilités, il s'attend à une capacité de travail de 50% (rendement 100% avec horaire à 50%) à partir du début juillet 2017 au plus tôt.

L'expert indique que la recourante se plaint de séquelles douloureuses de l'accident sous forme de coliques avec diarrhées se produisant cinq à six fois par jour, de douleurs lombaires et de céphalées frontales se manifestant trois à quatre fois par semaine. Sur le plan psychique, il fait état des plaintes du passé concernant les abus sexuels dont la recourante a été victime et qu'elle a pu surmonter avec succès, de même que l'exposition à des situations exceptionnellement menaçantes de guerres et de conflits dans son travail de déléguée pour le CICR. À l'anamnèse de l'accident, il retient la confrontation brusque à un événement exceptionnellement stressant avec peur de mourir. Il mentionne également la confrontation à un facteur de stress psychosocial qui correspond à un trouble de l'adaptation, auquel a rapidement succédé une symptomatologie dysthymique constitutive d'un épisode dépressif moyen. Les plaintes subjectives sont encore présentes sous forme de pleurs, anhédonie relative, fatigue, troubles du sommeil, manque de confiance en soi, sentiments de culpabilité, idéations suicidaires en plus d'un ralentissement et de difficultés d'attention. À l'examen clinique, il constate un ralentissement avec des difficultés d'attention et de concentration en début d'entretien, que la recourante a pu surmonter par la suite.

Dans son appréciation, l'expert précise que le diagnostic d'état de stress post-traumatique implique des manœuvres d'évitement qui ne sont pas évoquées par la recourante. Toutefois, les difficultés d'endormissement, les troubles du sommeil et quelques cauchemars lui permettent de retenir un état de stress post-traumatique en cours de rémission. Il indique qu'à la suite de son licenciement, la recourante se plaint de tristesse dépressive, fatigue, anhédonie relative qu'il ne retient toutefois pas, manque de confiance en elle, sentiments de culpabilité, troubles du sommeil et idéations suicidaires. Même si elles n'étaient pas importantes lors de son examen, l'expert admet également l'existence de difficultés d'attention et de concentration compte tenu du rapport du Dr H_____.

Par conséquent, contrairement à ce que soutient le SMR, l'expert décrit, dans le status psychiatrique, les troubles qu'il a observés et ne se base pas exclusivement sur les plaintes de la recourante. En effet, dans son appréciation, il relativise les plaintes de la recourante, ce qui dénote l'objectivité de sa démarche. Par ailleurs, c'est le propre d'un rapport d'expertise psychiatrique de reposer sur des éléments subjectifs (déclarations des patients, documents médicaux antérieurs, etc.) dès lors qu'il n'existe pas de moyens techniques pour mettre en évidence une pathologie psychique contrairement à ce qui prévaut sur le plan somatique. La rémission partielle de l'épisode dépressif moyen anamnestique et de l'état de stress post-traumatique, ainsi que la récurrence des troubles anxio-dépressif ne sauraient de toute évidence se justifier uniquement par des éléments objectifs observés concrètement par l'expert (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_107/2016 du 18 octobre 2016 consid. 4.2.2).

Le Dr H_____ a dûment motivé ses conclusions en tenant compte de l'anamnèse du dossier médical, au terme d'un examen clinique et en considération des plaintes de la recourante. Bien que ses conclusions quant à la capacité de travail de la recourante mentionnent une pleine capacité de travail et de rendement dans l'activité habituelle au 1^{er} septembre 2017, respectivement une capacité de travail de 50% avec un rendement de 100% dans une activité adaptée au plus tôt dès le début juillet 2017, cette contradiction apparente est plutôt une imprécision de sa part. En effet, il serait difficilement compréhensible que la recourante présente une capacité de travail et de rendement de 100% dans son activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2017 mais pas dans une activité adaptée moins astreignante sur le plan psychique. Dès lors, il faut comprendre ses conclusions comme retenant une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} septembre 2017 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Par ailleurs, son rapport d'expertise concorde avec les conclusions des autres psychiatres qui se sont prononcés, de sorte qu'il a en principe une pleine valeur probante.

Quant à la question de savoir si les troubles psychiques de la recourante ne sont pas durables car réactionnels à son licenciement, force est de constater que dans son rapport d'expertise, le Dr H_____ retient que c'est la succession de l'état de stress post-traumatique de novembre 2015 puis du licenciement en avril 2016 qui a généré

la symptomatologie d'un épisode dépressif moyen actuellement en cours de rémission.

On peut toutefois se demander si, malgré l'absence d'un examen structuré des indicateurs retenus par la jurisprudence – à savoir 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) –, le rapport d'expertise permet de statuer en pleine connaissance de cause.

En l'occurrence, cette question peut rester indécise dès lors que dans son mémoire de recours, la recourante allègue qu'elle présente toujours une incapacité de travail de 50% pour des motifs gastroentérologiques et qu'elle ne conteste pas les conclusions de l'expert quant à une capacité de travail de travail de 100% dès le 1^{er} septembre 2017 dans une activité adaptée, ni ne produit de rapport médical dûment motivé faisant état d'une incapacité de travail pour les troubles psychiques au-delà du 1^{er} septembre 2017. Étant donné que l'accident a eu lieu le 3 novembre 2015, force est de constater que l'incapacité de travail sur le plan psychique a duré moins d'une année alors que l'art. 28 al. 1 LAI prescrit que le droit à la rente est subordonné à l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année.

9. Sur le plan physique, la recourante conteste avoir une capacité de travail entière. Elle invoque notamment une aggravation de ses troubles gastroentérologiques qui entraînent une incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} septembre 2017 et qui est toujours en cours.

Dans son rapport du 13 décembre 2016, la Dresse D_____ relate une légère aggravation des troubles digestifs résiduels de la recourante au sujet de laquelle elle demande l'avis spécialisé du Dr F_____. Bien qu'ayant eu connaissance de cette évolution intervenue avant la décision litigieuse, le SMR n'en a pas tenu compte dans son rapport du 23 janvier 2018 et s'est basé, à tort, uniquement sur le rapport du médecin traitant du 21 juillet 2016 pour retenir une capacité de travail de 100% dès août 2016 sur le plan somatique. Malgré l'aggravation invoquée, l'intimé n'a procédé à aucune instruction à ce sujet, en violation de son obligation d'instruire d'office et de recueillir les renseignements dont il a besoin pour trancher, prévue par l'art. 43 al. 1 LPGA.

En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du

12 juin 2013 consid. 4.1). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné (ATF 132 V 108 consid. 6.5; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Elle est tenue d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368 consid. 4).

Par conséquent, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il poursuive l'instruction médicale sur le plan gastroentérologique en premier lieu auprès du Dr I_____, voire en mettant en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste en gastroentérologie, afin de déterminer si la recourante présente une incapacité de travail durable et/ou une baisse de rendement notamment en raison de ses diarrhées journalières fréquentes, puis rende une nouvelle décision en procédant si nécessaire à un calcul du degré d'invalidité.

10. Il se justifie, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, de confirmer la décision du 23 mars 2018 en tant qu'elle retient que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail durable sur le plan psychique, de l'annuler pour le surplus et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

La recourante étant représentée par un syndicat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]; ATF 126 V 11 consid. 2).

Etant donné que depuis le 1^{er} 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 de CHF 500.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision du 23 mars 2018 en tant qu'elle retient que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail durable sur le plan psychique.
4. Annule ladite décision pour le surplus, et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le