

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1740/2012

ATAS/443/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 juin 2015**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CHÂTELAINE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Uzma KHAMIS  
VANNINI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), a suivi une formation de journaliste, sanctionnée par un certificat obtenu en 1993 ainsi qu'une formation de travail social en 2000. Elle a notamment travaillé en tant qu'assistante sociale, à différents taux. Elle était employée en dernier lieu à 50 % auprès des B\_\_\_\_\_ (B\_\_\_\_\_).
2. En date du 11 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé). Elle a invoqué un épuisement professionnel, des épisodes dépressifs, des symptômes anxieux, ainsi qu'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).
3. Selon le compte individuel AVS de l'assurée, son revenu annuel en 2009 s'élevait à CHF 57'084.-.
4. Les B\_\_\_\_\_ ont indiqué dans le questionnaire du 11 février 2011 que le traitement mensuel de l'assurée s'élevait à CHF 3'887.65. Cette dernière était en incapacité de travail totale depuis le 10 mars 2010.
5. Selon un rapport du 4 mars 2011 de l'OAI, l'assurée aurait déclaré qu'elle avait baissé son taux de travail à la demande de son employeur. Son taux de travail idéal aurait été de 90 %. Son problème de santé se manifestait par une tendance à la procrastination, des troubles du sommeil, une fatigue, une anxiété, une sensibilité au stress, une tendance à la dispersion, une «impatience dans tout le corps» et des douleurs articulaires en cas de concentration intense ou d'inactivité. Elle avait présenté d'autres épisodes d'incapacité de travail avant le 10 mars 2010. L'assurée ne parvenait pas à se projeter dans l'avenir.
6. Dans son rapport du 20 avril 2011, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un épuisement professionnel depuis juillet 2008, une dépression majeure réactionnelle devenue chronique (F 34.1) depuis décembre 2008 avec troubles somatoformes (F 45.1) et troubles du sommeil (F 51.0), un trouble de focalisation de l'attention (F 90.0) existant depuis toujours mais diagnostiqué en 2010, un trouble anxieux généralisé (F 41.19) depuis septembre 2008, aggravé en 2010, et une onychophagie (« se mange les doigts »), compulsive depuis 2008. Ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée présentait également des séquelles d'un accident de circulation sous forme de sciatalgies, un bégaiement et des tics vocaux fluctuants, des allergies cutanées chroniques et des troubles hormonaux, sans incidence sur sa capacité de travail. La Dresse C\_\_\_\_\_ a relaté les difficultés rencontrées par l'assurée dans son travail. Cette dernière avait une humeur un peu meilleure depuis l'introduction d'Effexor® mais elle était insécurisée par son statut professionnel. Elle n'avait pas récupéré de son épuisement et son sommeil s'était dégradé. Le médecin a notamment mentionné une incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2010. L'activité exercée n'était pour l'heure pas exigible mais après récupération, une activité à 30 % dans un autre contexte professionnel était envisageable. Parmi les

---

limitations fonctionnelles relevées, l'assurée présentait des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et une résistance limitées.

7. Dans son rapport du 24 juin 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.3) depuis 2008, un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F 90.0) et des troubles anxieux mixtes (F 41.3) depuis l'enfance, avec des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée l'avait consulté en 2010 en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, évoluant depuis 2008 dans le contexte d'un épuisement professionnel et de difficultés relationnelles au travail, qui l'avaient déjà incitée à entamer des démarches psychothérapeutiques en 2005. La thymie était basse, l'anxiété sévère, avec une agitation psychomotrice, un bégaiement fluctuant et une onychophagie mutilante. Le cours de la pensée était digressif. Un bilan neuropsychologique avait démontré l'importance des atteintes attentionnelles chez l'assurée, qui aggravaient les symptômes anxieux et thymiques. Le traitement médicamenteux avait permis une amélioration progressive du fonctionnement, mais elle restait très vulnérable et décompensait rapidement face au stress. Le pronostic était moyennement favorable à court terme. Les progrès réels accomplis depuis une année restaient insuffisants pour envisager une capacité de travail à 100 % dans une activité en rapport avec le métier de l'assurée. S'agissant de la capacité de travail, le Dr D\_\_\_\_\_ s'est référé au rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_. Il a indiqué que l'activité exercée restait exigible à 50 % ou 60 %, avec une perte de rendement de 20 à 30 % en cas de travail à 60 % en raison des troubles attentionnels et émotionnels résiduels sous traitement. Une activité de 4 à 5 heures par jour évitant la multiplication des lieux de travail était envisageable. Une réévaluation devait se faire à la fin de l'été pour déterminer à quelle date la reprise du travail à 60 % était possible. Le médecin a précisé que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance de l'assurée étaient limitées.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a joint à son envoi trois rapports de Madame E\_\_\_\_\_, neuropsychologue.

Le premier, daté du 13 janvier 2009, ne mettait pas en évidence d'élément relatif à la lignée dépressive. Le status cognitif était dans la norme, sans atteinte lexicale. Les plaintes de l'assurée étaient à interpréter dans le contexte de phénomènes de type lapsus et actes manqués dans le cadre d'un stress professionnel important. L'assurée s'était rendu compte que ses troubles avaient une origine liée au contexte professionnel et envisageait une réorientation.

Le deuxième rapport du 7 juin 2010 relevait une aggravation des éléments anxio-dépressifs liés au travail depuis le précédent bilan. L'examen cognitif plus approfondi avait mis en évidence la participation de troubles attentionnels et exécutifs évoquant une composante d'hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention, sans doute aggravé par la comorbidité dépressive. Le status actuel laissait supposer qu'en dehors de la décompensation et de ses effets sur l'attention,

la composante hyperactive de base concernait plutôt les versants psychocomportementaux (impulsivité, hyperémotivité) que strictement cognitifs (attention et contrôle exécutif). Elle était également en lien avec les éléments traumatiques.

8. Dans son troisième rapport du 8 avril 2011, la neuropsychologue a indiqué qu'une évaluation du quotient intellectuel avait révélé des scores significativement inférieurs aux tests sensibles au facteur attentionnel. Les réponses montraient un traitement déficient sur le plan analytique. Le dysfonctionnement du système de raisonnement et l'émergence de l'émotionnel, conjugués aux éléments du TDAH, venaient désorganiser dangereusement les capacités d'appréhension cognitive des situations.
9. Dans son avis du 19 juillet 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué avoir passé en revue le dossier de l'assurée avec le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Ils avaient retenu un épisode dépressif sévère et un trouble de type anxiété généralisée. En revanche, il était impossible de retenir le TDAH, absent lors de l'évaluation neuropsychologique de 2008. Les troubles de l'attention ressortant des évaluations de 2010 et 2011 apparaissaient liés à la dépression et à l'anxiété et n'étaient pas typiques du TDAH. De plus, l'assurée avait réussi plusieurs formations. Une révision était prévue une année plus tard, avec une amélioration escomptée, toutefois peut-être sans capacité entière. Pour la part ménagère, il était difficile de retenir une incapacité totale et durable. Une enquête ménagère était suggérée.
10. Par courrier du 29 octobre 2011, l'assurée a signalé à l'OAI qu'elle avait repris son travail d'assistante sociale le 11 octobre précédent, au taux contractuel de 50 %. Elle était contente de reprendre une activité et de voir si elle était apte à travailler. A la fin de sa 3<sup>ème</sup> semaine, elle constatait cependant ne pas pouvoir travailler à plus de 50 %, certains symptômes restant présents ou s'étant même dégradés.
11. Selon une note de l'OAI du 6 décembre 2011 relatant un entretien téléphonique avec l'employeur de l'assurée, cette dernière avait effectué plusieurs missions temporaires de 2001 à 2004 à des taux variables de 70 % ou 75 %. Au fil des changements de postes, liés notamment à du mobbing et au choix de l'assurée pour préserver sa santé, son taux d'activité avait été ramené à 50 %. L'OAI retenait le statut d'une personne exerçant une activité à 80 %, les 20 % restant étant dévolus à la tenue du ménage.
12. Dans un questionnaire rempli le 6 mars 2012 portant sur son statut, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait en tout cas à 80 % (selon son taux d'engagement), mais qu'elle aimerait travailler à 100 % sur deux postes en qualité d'assistante sociale, car elle appréciait l'émulation du travail et de la vie socio-économique. Elle a précisé ne pas avoir d'enfants à charge. Sa situation financière avait changé depuis mars 2007 avec une diminution forcée de son temps de travail et un refus des B\_\_\_\_\_ de lui accorder une activité supplémentaire, à laquelle elle disait avoir droit.

13. Par courrier du 8 mars 2012, l'assurée a précisé à l'OAI qu'elle avait eu une bonne santé jusqu'en 2005. Elle a transmis un courrier qu'elle avait adressé à son supérieur en octobre 2009, demandant l'autorisation d'exercer une activité accessoire de 30 % à 35 % ; un courrier du 26 janvier 2010 à son employeur demandant derechef l'autorisation d'exercer une activité à 30 % ou 35 % en sus du 50 % exercé aux B\_\_\_\_\_ ; ainsi qu'un courrier des B\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2009 l'autorisant à exercer une activité d'assistante sociale à 5 % ou 10 % auprès d'une association en plus de son emploi.
14. L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère, qui a été réalisée le 19 mars 2012 au domicile de l'assurée. Cette dernière a signalé qu'elle rencontrait certains problèmes au travail et rentrait épuisée à la maison. Sa femme travaillait comme architecte à plein temps et l'aidait dans les tâches ménagères. Elle avait dû prendre une femme de ménage et elle avait besoin de plus de temps pour toutes les tâches. Elle ne sortait plus car elle était trop anxieuse. Elle se mangeait les peaux des doigts et avait des mains très abîmées. Après avoir consigné les empêchements dans les différents postes du ménage en tenant compte de l'exigibilité de la femme de l'assurée, l'enquêtrice a conclu à un empêchement total de 24 % dans la sphère ménagère. Elle a ajouté qu'il lui paraissait vraisemblable de tenir compte d'un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %.
15. Selon une note du 20 mars 2012, l'employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière poursuivait son travail à 50 % et que la reprise se passait bien.
16. Le 21 mars 2012, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, retenant un statut mixte avec une activité professionnelle à 80 % et une part ménagère de 20 %. Selon le SMR, la capacité de travail était restreinte du 10 mars 2010 au 11 octobre 2011. A l'issue du délai de carence, soit au 10 mars 2011, l'assurée présentait une incapacité de gain de 40 % au moins. La demande de prestations étant tardive, le versement des prestations pourrait être fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2011. En comparant le revenu sans invalidité, correspondant au revenu de CHF 3'944.35 multiplié par 13 mensualités pour un taux de 50 % et extrapolé à 80 %, soit CHF 82'043.- par année, et le revenu avec invalidité de CHF 51'276.55 pour 2011 selon un temps de travail raisonnablement exigible de 50 %, la perte de gain était de 37.50 %. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 24 % dans la sphère ménagère, le degré d'invalidité global était de 34.80 % (soit 37.5 % pondérés à 80 % et 24 % pondérés à 20 %). Par conséquent, la demande était rejetée.
17. Par décision du 11 mai 2012, l'OAI a confirmé la teneur de son projet.
18. Par écriture du 6 juin 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et à son audition, à l'audition de Madame E\_\_\_\_\_, des Drs D\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ et de Madame H\_\_\_\_\_, infirmière de santé publique aux B\_\_\_\_\_, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique à confier à un expert du TDAH ; et au fond à l'octroi d'un trois quarts de rente, et à

---

titre subsidiaire d'un quart de rente. Se référant à l'avis du SMR selon lequel son incapacité de travail était complète, elle a contesté le calcul de l'OAI. Une capacité de 50 % d'une activité à 80 % fondait un degré d'invalidité de 40 %, à laquelle s'ajoutait le degré d'invalidité de 24 % dans le ménage. Par ailleurs, il n'était pas admissible que les appréciations de l'intimé soient réalisées par des personnes ignorant son cahier des charges.

19. Le 18 juillet 2012, la recourante a produit les documents suivants :

- a. certificat du 2 juillet 2012 du Dr D\_\_\_\_\_, attestant d'un TDAH existant depuis l'enfance mais diagnostiqué en 2010 seulement, mentionnant que l'évolution clinique était favorable depuis deux ans. Les difficultés dans les relations professionnelles continueraient néanmoins à révéler un handicap neuropsychologique résultant du TDAH et les problèmes de communication et d'ajustement limitaient la capacité de travail de la recourante, avec un risque de récives dépressives élevé. La réduction de la capacité de travail à 50 % résultait de l'atteinte chronique à sa santé psychique.
- b. certificat du 12 juillet 2012 de la Dresse C\_\_\_\_\_, faisant état notamment de TDAH, de stress post traumatique et de réactivation de la dépression chronique, avec une dégradation en présence de stress. Les tocs, l'anxiété généralisée, le tic vocal, le bégaiement et le trouble borderline s'étaient dégradés depuis 2011. La recourante souffrait également d'hypersensibilités qui entraînaient un empêchement d'au moins 50 % dans le ménage. Relatant le parcours et les difficultés professionnelles de la recourante, la Dresse C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (F 43.2) ; de trouble dépressif sévère récurrent (F 33.2) ; d'anxiété généralisée (F 43.1) ; de trouble obsessionnel compulsif (F 42.8) sous forme d'auto-mutilations ou trouble du contrôle des impulsions non spécifié (F 63.9), d'état de stress post-traumatique (F 43.1) ; de tic moteur ou vocal chronique (F 95.1), de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité d'intensité sévère et de personnalité borderline (F 60.3). Elle a conclu à une perte de la capacité de travail de 50 % au moins.
- c. courrier du 10 juillet 2012 de Madame E\_\_\_\_\_, aux termes duquel elle avait adressé la recourante à une consœur pour travailler les aspects déficitaires du TDAH l'entravant dans sa vie quotidienne.

20. Le 27 septembre 2012, la recourante a conclu à l'audition de Madame E\_\_\_\_\_, de Madame I\_\_\_\_\_, psychologue, et des Drs D\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et nouveau médecin traitant, K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique confiée à un spécialiste du TDAH. Elle a souligné que sa sœur et son père étaient atteints de troubles bipolaires. Elle avait changé cinquante fois de poste de travail. Elle a exposé son suivi médical et ajouté qu'elle avait toujours affirmé sa volonté d'exercer une activité à plein temps, à une exception près.

- 
21. Dans sa réponse du 25 octobre 2012, l'intimé a conclu à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2011 et a persisté dans ses conclusions pour la période postérieure au 31 octobre 2011. Il a relevé s'agissant du statut que la recourante avait demandé plusieurs fois à compléter son travail par une activité accessoire, qui aurait porté son taux d'activité à 80 % ou 85 %, mais qu'elle n'aurait pas repris une activité à 100 % contrairement à ce qu'elle alléguait. Elle n'avait en effet jamais demandé une augmentation à 100 % de son taux de travail à son employeur. Quant au rapport d'enquête ménagère, il avait pleine valeur probante. L'intimé a en outre repris le calcul du degré d'invalidité, fixé à 35 %. Il a admis que la recourante devait se voir reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 octobre 2011, correspondant au mois de la reprise de son activité. Les nouveaux documents médicaux produits par la recourante avaient été soumis au SMR, dont l'intimé produisait l'avis auquel il se ralliait. Les suivis auprès de la Dresse L\_\_\_\_\_ et de Madame I\_\_\_\_\_ étaient postérieurs à la décision attaquée. Le dossier étant complet, les mesures d'instruction étaient inutiles.

Dans l'avis joint du 8 octobre 2012 de la doctoresse M\_\_\_\_\_, celle-ci a brièvement commenté les certificats produits en affirmant notamment que les diagnostics psychiques n'étaient pas du ressort de la Dresse C\_\_\_\_\_, que le TDAH mentionné par Madame E\_\_\_\_\_ avait déjà été exclu par le psychiatre du SMR, et que la recourante avait d'ailleurs réussi plusieurs formations professionnelles. Ces documents ne modifiaient ainsi pas l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, pour autant que cette dernière conserve sa capacité de travail de 50 %.

22. Dans sa réplique du 19 novembre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions en requérant en outre l'audition du docteur N\_\_\_\_\_ et de Madame O\_\_\_\_\_, ses anciens collègues, ainsi que des Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, à qui son employeur avait été contraint de l'adresser. Elle a allégué qu'elle avait toujours souhaité travailler à 100 %. C'était ainsi de manière arbitraire que l'intimé considérait que tel n'était pas le cas. L'employeur de la recourante n'avait en effet pas pu augmenter son taux. Elle a contesté être entièrement capable de travailler au taux de 50 %. Sa demande d'invalidité avait été formulée par Madame H\_\_\_\_\_. Elle a soutenu que la Dresse M\_\_\_\_\_ ne justifiait pas de compétences particulières en matière de TDAH et qu'elle avait passé sous silence les troubles relevés par la Dresse C\_\_\_\_\_, qui démontraient l'aggravation de son état de santé.

Elle a annexé un courrier du 20 novembre 2012 de la doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de l'employeur de la recourante, aux termes duquel cette dernière était médicalement inapte à effectuer son travail d'assistante sociale, et soulignant la nécessité d'investigations complémentaires.

23. Par duplique du 19 décembre 2012, l'intimé a persisté dans les conclusions de son écriture du 25 octobre 2012. Il a affirmé que le courrier de la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'amenait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier son

appréciation. L'instruction du dossier étant complète, les auditions de témoins n'étaient pas nécessaires.

24. Le 10 janvier 2013, la recourante a déclaré persister dans sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
25. La chambre de céans a entendu les parties le 6 février 2013.

L'intimé a indiqué que les B\_\_\_\_\_ n'avaient pas répondu à la question de savoir si un taux de de 80 % voire de 60 % avait été imposé ou non à la recourante. Il n'avait pas pris garde au fait que la recourante avait demandé l'autorisation de travailler en plus de son activité.

La recourante a indiqué qu'elle avait subi une incapacité de travail complète de fin février 2009 à fin juillet 2009, et qu'elle avait repris le travail à 50 % à mi-septembre 2009. Les B\_\_\_\_\_ l'avaient engagée à 80 % en disant qu'il était hors de question d'augmenter ce taux. Par la suite, elle avait dû travailler à 60 % sur ordre de son employeur dans le cadre de mesures de restructuration. Elle aurait bien voulu travailler à plus de 80 % mais cela n'était pas possible. Elle cherchait des postes à temps plein, mais acceptait les postes qui lui étaient proposés à temps partiel. Elle avait dû mettre un terme à ses activités accessoires pour des raisons de santé. Elle présentait une kyrielle de symptômes ayant trait au TDAH depuis longtemps, mais elle ignorait à l'époque de quoi il s'agissait. La reprise à 50 % s'était mal passée et elle avait été adressée aux médecins-conseil des B\_\_\_\_\_. On l'avait finalement invitée à rester chez elle. Elle a persisté dans sa requête d'expertise psychiatrique.

26. Le 18 février 2013, l'intimé s'est déterminé sur le statut de la recourante. Il a soutenu que la recourante n'avait jamais déposé d'autres demandes d'augmentation du temps de travail que celles qui figuraient au dossier. Il s'en tenait ainsi au taux d'activité retenu de 80 %. Au vu de l'avis du SMR du 7 février 2013, joint en copie, l'intimé ne pouvait se prononcer sur l'influence du TDAH sur la capacité de travail de la recourante et préconisait une expertise psychiatrique, raison pour laquelle il concluait au renvoi de la cause. A défaut, il proposait la désignation soit du docteur R\_\_\_\_\_, soit du Professeur S\_\_\_\_\_, tous deux psychiatres spécialistes du TDAH.

Dans l'avis joint du SMR, la doctoresse T\_\_\_\_\_ a suggéré une expertise pour évaluer l'influence du TDAH sur la capacité de travail et l'évolution du trouble dépressif.

27. Dans ses observations du 19 février 2013, la recourante a proposé plusieurs noms d'experts, dont le Dr R\_\_\_\_\_. Elle a en outre produit un courrier du 5 février 2013 du docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin-conseil des B\_\_\_\_\_, à qui la recourante avait fait part de ses préoccupations et d'événements conflictuels au travail. Le Dr P\_\_\_\_\_ avait mis en évidence une composante émotionnelle extrême et une difficulté à apprécier la situation avec distance. Compte tenu également de ses difficultés passées, la recourante apparaissait

médicalement inapte à assumer sa fonction d'assistante sociale. La recourante a également transmis à la chambre de céans le certificat du 8 mars 2012 de la Dresse C\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale pour maladie du 1<sup>er</sup> au 5 mars 2012.

28. Le 12 mars 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a préconisé la désignation du Dr R\_\_\_\_\_ et affirmé qu'un document de l'intimé relevait qu'elle avait sollicité un poste à 100 % auprès de sa hiérarchie, ce qui avait été mal perçu. Elle ne travaillait ainsi pas à temps partiel par choix.
29. Après avoir octroyé un délai aux parties pour se déterminer sur la désignation du Dr R\_\_\_\_\_ à titre d'expert et les questions à poser à l'expert, la chambre de céans a confié à ce spécialiste l'expertise de la recourante par ordonnance du 24 avril 2013.
30. Par courrier du 5 décembre 2013 adressé à la recourante, le Dr R\_\_\_\_\_ l'a invitée à confirmer les taux d'incapacité attestés qui ressortaient du dossier. Il a fait parvenir une copie dudit courrier à la chambre de céans.
31. Le 13 janvier 2014, la recourante a indiqué à l'expert qu'elle n'entendait pas apporter de modifications au rapport d'expertise mais qu'elle craignait que seuls les taux effectifs d'arrêt de travail soient pris en compte.
32. Dans son rapport du 31 janvier 2014, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait reçu la recourante à cinq reprises et avait pris connaissance du dossier complet de la cause. Il a procédé à une anamnèse personnelle et sociale détaillée. Dans ce cadre, la recourante avait signalé qu'elle avait souffert d'un bégaiement important depuis son enfance et de problèmes relationnels avec ses pairs durant toute sa scolarité. Elle avait échoué à sa maturité socio-économique puis dans la section diplôme de commerce, avec l'obtention d'une attestation de scolarisation durant ces quatre années. Elle avait eu des facilités scolaires qui lui avaient permis de « surnager », mais elle relatait également avoir été tout le temps distraite et dans la lune, et avoir eu de la peine à comprendre ce que les enseignants disaient et devoir beaucoup travailler à la maison. Elle pensait rétrospectivement avoir été confrontée durant sa scolarité à des problèmes d'attention. La lecture de son curriculum vitae et les informations fournies par la recourante démontraient que cette dernière avait eu plus de cinquante postes différents depuis le début de sa carrière professionnelle en 1986. La recourante situait le début de son stress professionnel à l'augmentation de sa charge de travail comme assistante sociale aux B\_\_\_\_\_ en 2005, avec la mise en place du plan Victoria. Elle avait été confrontée à partir de mai 2008 à un épuisement dans le cadre de son travail avec un manque de personnel, une ambiance délétère et un cahier des charges mal défini. A cette époque, elle avait développé un burn out et avait subi le décès brutal de sa thérapeute. Elle avait alors développé une dépression réactionnelle décrite d'intensité majeure, tout en souffrant par ailleurs d'un trouble anxieux généralisé, et de troubles somatoformes douloureux chroniques. La reprise de son travail dès le 12 octobre 2011 s'était

réalisée dans un contexte flou aux plans hiérarchique et administratif. Elle était fréquemment confrontée à des situations lourdes.

Relatant le suivi thérapeutique de la recourante, l'expert a relevé que le Dr U\_\_\_\_\_, son nouveau psychiatre, aurait complété l'investigation relative au TDAH effectuée par le Dr D\_\_\_\_\_. Le dossier ne comportait toutefois pas de documents médicaux détaillés du Dr U\_\_\_\_\_, ce qui ne permettait pas de prendre en considération l'avis de ce médecin. A ce sujet, le Dr R\_\_\_\_\_ a souligné le nombre très élevé de professionnels et de méthodes, ce qui soulevait des questions sur la tendance intrinsèque de la recourante à se disperser et sur ses difficultés importantes à se centrer sur ses problématiques personnelles.

La recourante relatait un nombre très important de plaintes et de souffrances, l'expert ne reprenant toutefois que les éléments qui lui semblaient les plus importants pour cette expertise : la recourante disait utiliser fréquemment un mot pour un autre, déclarait un bégaiement ancien, aggravé depuis fin 2008, des difficultés très importantes concernant la mémoire de travail, l'organisation et la planification, une tendance à la procrastination, des problèmes de sommeil (réveils nocturnes, difficultés d'endormissement), une fatigue et une fatigabilité, une anxiété très importante, une sensibilité au stress persistante, une tendance à la dispersion, une sensation d'«impatience dans tout le corps», une sensation d'«une saturation des neurones » après un effort de concentration durant plus d'une heure, des douleurs articulaires en cas de concentration intense ou d'inactivité, des douleurs bilatérales constantes de type sciatgie, des douleurs chroniques au niveau des mâchoires et des saignements gingivaux quotidiens ces quatre derniers mois. Elle estimait que sa capacité de travail était nulle en raison de ces différents plaintes et symptômes.

Lors du status clinique, l'expert a relevé que l'évocation des différents sujets était chargée de beaucoup d'émotions et de souffrances authentiques, qui suscitaient de l'empathie. La recourante paraissait intelligente et ne présentait pas de signes évoquant une atteinte organique sur le plan cognitif. Ses capacités de compréhension et ses capacités langagières étaient bonnes, avec un registre lexical excellent. La recourante frappait rapidement l'observateur par un fond anxieux très important, une thymie de tonalité dépressive avec des expressions faciales où prédominaient la tristesse et les préoccupations, un ralentissement moteur et une pesanteur dans l'investissement de son corps. Au plan anxieux, la recourante avait des difficultés importantes à contrôler son anxiété. Elle donnait l'impression d'être agitée, fébrile, irritable et très fatiguée. Elle présentait également un abaissement important de l'humeur, une diminution très importante du plaisir, une réduction marquée de l'énergie, de l'estime et de la confiance en soi. La recourante exprimait aussi des idées très marquées de dévalorisation et des attitudes pessimistes face à l'avenir, sans idéation suicidaire avérée ou inquiétante. Elle ne présentait pas de troubles formels de la pensée. Elle avait tendance à partir dans des détails en ne suivant pas assez la thématique abordée, donnant l'impression de manquer d'esprit

de synthèse, et en livrant une série d'informations qui pouvaient susciter des pertes de repères chez l'interlocuteur. Elle paraissait avoir une fragilité narcissique importante et être confrontée à des failles dans ses enveloppes psychiques, devant lutter contre des souffrances existentielles douloureuses, des angoisses importantes et une thymie dépressive importante. Elle semblait avoir des difficultés à garder une bonne distance dans l'évocation de ses difficultés professionnelles aux B\_\_\_\_\_, ainsi qu'une certaine difficulté à gérer la distance relationnelle avec l'expert. L'examen clinique ne mettait pas en évidence la présence de troubles de la réalité de type psychotique, ni de symptômes évocateurs d'un trouble délirant ou de phénomènes hallucinatoires, ou de trouble bipolaire, ni de pathologie cérébrale organique sous-jacente. Partant, l'expert n'avait pas proposé de bilan cognitif ou de tests neuropsychologiques. La recourante mentionnait également plusieurs comportements addictifs.

Les consultations chez l'expert avaient mis en évidence la présence de nombreux symptômes correspondant aux critères diagnostiques du DSM-IV d'un déficit de l'attention avec hyperactivité et impulsivité (TDAH/ADHD), associé à des difficultés importantes au niveau des fonctions exécutives, présent depuis l'enfance et persistant à l'âge adulte. Les symptômes de troubles de l'attention présents de manière importante et fréquente étaient par exemple les suivants : difficultés à rester concentrée, durée d'attention diminuée, fautes d'inattention, distraction, pertes d'objets, rêverie. Les symptômes de troubles hyperactifs consistaient par exemple en une agitation intérieure et comportementale, le fait de ne pas tenir en place. Les symptômes de troubles impulsifs, présents de manière assez peu importante et selon une fréquence modérée, étaient par exemple les suivants : perturber les activités des autres, répondre avant d'attendre la fin de la question, interrompre les autres, difficultés importantes et fréquentes à supporter les files d'attente. La recourante présentait des troubles exécutifs importants qui la pénalisaient fortement dans les activités quotidiennes et qui la pénaliseraient aussi dans des activités professionnelles. A titre d'exemple, l'expert mentionnait des troubles importants par rapport à l'organisation, la planification, l'achèvement de projets ou de tâches administratives, la régulation de l'attention et de la gestion émotionnelle, la hiérarchisation des priorités et la mémoire de travail. Les troubles exécutifs observés chez la recourante étaient des difficultés objectives, mais ils ne pouvaient être considérés comme étant pathognomoniques d'un diagnostic psychopathologique comme un TDAH ou un trouble anxio-dépressif majeur. Le point central qui ressortait des renseignements anamnestiques et des observations cliniques était l'instabilité qui marquait la trajectoire de vie de la recourante, tant au niveau de ses formations et de ses activités professionnelles que sur le plan du fonctionnement de son appareil psychique. Par rapport au diagnostic de TDAH selon la CIM-10, la recourante mentionnait la présence des symptômes suivants : fatigabilité, trouble de l'inattention, hyperactivité, impulsivité, trouble de l'organisation et de la planification, autres troubles et fonctions exécutives, troubles de la mémorisation.

Selon la recourante, ces symptômes avaient commencé à devenir problématiques depuis l'année 2007, de manière fluctuante, puis de façon persistante et importante depuis fin 2009. Elle mentionnait qu'elle avait souffert depuis son enfance de symptômes allant dans le sens d'un TDAH. L'anamnèse clinique relevait des symptômes qui pouvaient évoquer la présence d'un trouble de l'attention avec des éléments d'hyperactivité durant l'enfance, sans symptômes associés objectivables de difficultés exécutives dans le cadre familial et scolaire. Sur un plan épistémologique, ces informations suscitaient des doutes sur leur objectivité en raison du regard rétrospectif sur l'enfance et sur le rôle des facteurs environnementaux. Concernant la présence actuelle à l'âge adulte, l'investigation clinique détaillée avait été complétée par le recueil d'informations provenant des questionnaires de recherche de référence au niveau international, dont l'expert a détaillé les références. L'ensemble des informations cliniques mettait en évidence la présence d'un déficit d'attention significatif avec hyperactivité et impulsivité ainsi que des signes cliniques de dysfonctionnements exécutifs à l'âge adulte (ADHD/TDAH sous type mixte) en tenant compte des critères du DSM-IV. L'expert préférait utiliser les critères du DSM-IV pour ce syndrome, car les critères de la CIM-10 repéraient de manière moins spécifique et détaillée les situations cliniques des patients. Par ailleurs, la complexité clinique des troubles de la recourante obligeait à prendre également en considération les autres composantes psychopathologiques qui participaient aux difficultés actuelles.

S'agissant des troubles dépressifs et anxieux, leur présence significative remontait à 2005, dans le contexte des activités professionnelles aux B\_\_\_\_\_, avec ensuite une aggravation importante débouchant sur la symptomatologie actuelle. Ces symptômes anxio-dépressifs importants reflétaient un burn out professionnel. Ces éléments cliniques allaient selon la CIM-10 clairement dans le sens des diagnostics associés suivants : anxiété généralisée (F 41.1) et trouble de l'humeur sévère sans composantes bipolaires ni psychotiques, avec des composantes dysthymiques et réactionnelles (F 39). La recourante présentait également une structure de personnalité de type borderline ou «cas-limite». Elle avait des capacités réduites de gestion du stress extérieur et interne et une tendance à faire des actings. Elle présentait aussi des symptômes de nature obsessionnelle, des tendances à la procrastination et à la dispersion. La recourante était aussi confrontée cliniquement à des séquelles de traumatismes majeurs de l'enfance. Ces éléments cliniques allaient selon la CIM-10 dans le sens du diagnostic psychiatrique associé suivant: troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F 61).

En conclusion, l'expert retenait les diagnostics suivants: trouble de la personnalité de type borderline, troubles anxio-dépressifs majeurs avec des éléments réactionnels allant dans le sens d'un burn out professionnel et de la réactualisation de souffrances existentielles et infantiles, déficit d'attention significatif avec hyperactivité et impulsivité ainsi que des signes cliniques de dysfonctionnements

exécutifs à l'âge adulte (ADHD/TDAH sous type mixte), et séquelles de traumatismes majeurs de l'enfance.

Les troubles mentaux et du comportement de la recourante, diagnostiqués selon des critères et des procédures reconnus, avaient valeur de maladie avec un degré de gravité sévère. Les limitations fonctionnelles étaient très importantes par rapport à son activité d'assistante sociale, qui comportait des tâches exécutives et relationnelles, ainsi que des facteurs de stress professionnel et psychologique lourds et contraignants, que la recourante était incapable d'assumer en raison de la maladie. S'agissant du traitement, l'expert préconisait une diminution importante du nombre des intervenants, la prise en charge devant en tout cas comporter un psychiatre pour la médication, un psychothérapeute pour l'élaboration des souffrances existentielles, un coach pour les aspects exécutifs, et un médecin somaticien de référence pour coordonner les investigations auprès de spécialistes et faire la synthèse des problématiques somatiques afin de déterminer les traitements appropriés. Le TDAH entraînait une incapacité de travail de 100 % en raison de l'impact très important des troubles de l'attention et des troubles des fonctions exécutives dans la vie professionnelle et, subsidiairement, de l'impact négatif des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité. L'anxiété généralisée entraînait également une incapacité de travail totale, de même que le trouble de l'humeur sévère avec des composantes dysthymiques et réactionnelles et les troubles mixtes de la personnalité. En raison du tableau clinique décrit, il n'y avait pas d'activité adaptée envisageable et l'incapacité de travail était ainsi totale dans toute activité. L'incapacité de travail liée aux symptômes du TDAH de l'âge adulte était difficile à déterminer pour des raisons méthodologiques et à cause des difficultés de la recourante à donner des informations synthétiques. L'expert pouvait néanmoins établir que leur impact négatif avait été très probablement présent de manière significative depuis février 2009. Les symptômes liés au TDAH, de même que le trouble de la personnalité, étaient présents antérieurement, en particulier les problèmes relatifs aux capacités d'attention et aux difficultés exécutives, mais leur impact négatif n'était pas encore assez important pour constituer une incapacité de travail avant le 24 février 2009. Le parcours professionnel antérieur de la recourante allait dans le même sens. L'arrêt de travail complet du 24 février au 30 juin 2009 représentait une première alerte importante par rapport à la fragilité de la recourante dans ce contexte professionnel, mais la possibilité d'une reprise favorable de son travail à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009 aurait été à l'époque probablement possible si elle avait bénéficié d'une meilleure compréhension de sa situation professionnelle et de ses difficultés personnelles par sa hiérarchie des B\_\_\_\_\_. Les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité entraînaient une incapacité de travail complète et durable remontant au 11 mars 2010.

Par conséquent, l'expert fixait les taux d'incapacité de travail suivants: 100 % du 24 février au 30 juin 2009, 100 % du 11 mars 2010 au 11 octobre 2011; 50 % du

12 octobre 2011 au 7 octobre 2012 et 100 % du 8 octobre 2012 à ce jour. L'incapacité de travail était probablement définitive. La diminution de rendement à 100 % et la gravité des troubles ne permettaient pas d'envisager raisonnablement la réussite d'une réadaptation professionnelle. Aucune mesure médicale ne permettrait d'améliorer de manière durable son état de santé.

Le Dr R\_\_\_\_\_ s'est également déterminé sur les avis du SMR. S'agissant des diagnostics d'épisode dépressif sévère et de trouble de type anxiété généralisée retenus par ce dernier le 21 juillet 2011, ils rejoignaient globalement les diagnostics de l'expert d'anxiété généralisée et de trouble de l'humeur sans composantes bipolaires ni psychotiques avec des composantes dysthymiques et réactionnelles. Les symptômes observés par l'expert et l'évolution de la recourante allaient dans le sens d'un trouble de l'humeur plutôt que de celui d'un épisode dépressif sévère. Quant à l'exclusion du TDAH par les médecins de l'intimé, l'expert a souligné qu'il était justifié de soulever l'impact des facteurs liés aux composantes anxieuses et dépressives sur les capacités d'attention, mais la recourante présentait également des symptômes qui allaient dans le sens d'un TDAH de l'âge adulte en tenant compte de la fréquence et de l'intensité observées des symptômes centraux de ce trouble. Ces troubles devaient être identifiables depuis l'enfance et être un facteur significatif jalonnant l'évolution d'un patient de l'enfance à l'âge adulte. En l'espèce, l'absence d'informations objectives provenant de l'enfance de la recourante ne permettait pas de poser rétrospectivement un diagnostic de TDAH de l'enfance et de l'adolescence. Par contre, le parcours de la recourante mettait en évidence la présence d'une instabilité professionnelle très importante, qui s'accompagnait probablement de difficultés exécutives importantes régulièrement présentes lors d'un TDAH. L'intelligence de la recourante lui avait permis de réussir des formations professionnelles, mais ses problèmes avaient ensuite régulièrement entraîné une instabilité professionnelle et avaient débouché sur ses problèmes actuels. L'expert partageait l'avis du SMR du 21 juillet 2011, selon lequel une incapacité ménagère totale et durable n'était pas présente malgré les troubles de santé importants et durables de la recourante. Une implication de cette dernière dans des activités ménagères était importante pour éviter un processus régressif problématique.

Enfin, l'expert a qualifié le pronostic de très défavorable.

33. Dans ses déterminations du 5 mars 2014, la recourante a relevé qu'hormis certaines imprécisions, l'expertise ne prêtait pas flanc à la critique. Partant, la recourante a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 10 mars 2011 ou toute autre échéance conforme à la loi.
34. Dans ses déterminations du 7 avril 2014, l'intimé a déclaré se rallier aux conclusions du SMR, dont il a produit l'avis du 27 février 2014. Le rapport d'expertise ne pouvait pas se voir reconnaître pleine valeur probante, notamment en raison des lacunes présentes quant à l'analyse des diagnostics retenus et en raison du diagnostic de TDAH posé par l'expert malgré l'absence des critères nécessaires

selon la CIM-10. Par ailleurs, les seules déclarations de la recourante ne sauraient suffire pour retenir que les symptômes du trouble hyperkinétique étaient présents lors de son enfance. Dans le cadre d'une expertise psychiatrique, l'examen clinique demeurait déterminant avec relevé de l'anamnèse, saisie des symptômes et observation du comportement. On ne pouvait donc se fier aux seules déclarations subjectives de la recourante. Par ailleurs, les faits survenus après la décision ne pouvaient être pris en compte. L'intimé s'est dit surpris des courriers des 5 décembre 2013 et 8 janvier 2014 du Dr R\_\_\_\_\_ adressés à la recourante, ainsi que du message téléphonique laissé par la recourante à l'attention du Dr R\_\_\_\_\_ en date du 6 janvier 2014, portant sur la correction du rapport d'expertise – pourtant terminée. Il s'interrogeait sur la portée des informations fournies à l'expert et les conséquences des corrections apportés au rapport d'expertise. De ce seul fait, l'expertise ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il ressortait d'ailleurs à plusieurs reprises de son rapport que l'expert avait rencontré des difficultés pour se prononcer sur les diagnostics de la recourante et leur analyse, ainsi que sur des éléments anamnestiques. Or, l'expert avait la possibilité de contacter les médecins traitants de la recourante pour obtenir les informations nécessaires. En reconnaissant lui-même qu'il était difficile de se prononcer et en indiquant qu'il s'agit d'un cas complexe, il lui incombait – en dépit de la jurisprudence lui laissant le libre choix sur la conduite de l'expertise – de rechercher les informations nécessaires. En s'abstenant de procéder à cette démarche, l'expert s'était prononcé sans avoir à sa disposition tous les éléments utiles et pertinents.

L'intimé concluait ainsi à la mise en place d'une nouvelle expertise afin de définir l'évolution des troubles anxio-dépressifs, notamment l'intensité, l'influence sur la capacité de travail et les éventuelles limitations fonctionnelles dues à ces troubles.

Dans l'avis de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 27 février 2014, celle-ci a rappelé que l'expert avait évoqué un TDAH en se basant sur le critère du DSM-IV. Cependant, pour se prononcer sur les diagnostics et leur répercussion sur la capacité de travail, il y avait lieu de se fonder sur les critères de la CIM-10, selon lesquels les symptômes d'inattention, d'hyperactivité, et d'impulsivité devaient survenir avant l'âge de 7 ans, avoir un caractère envahissant, et être à l'origine d'une souffrance ou altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative. Un trouble anxio-dépressif devait aussi être exclu. Or, les troubles n'avaient pu être mis en évidence avant l'âge de 7 ans de manière formelle. La recourante avait pu réaliser plusieurs formations, pratiquer diverses professions, avoir des contacts sociaux et établir un partenariat avec sa compagne. Si l'on reprenait les divers examens neuropsychologiques effectués, le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité avait été retenu lors de l'examen de juin 2010, et l'assurée présentait alors un important trouble anxio-dépressif, avec réapparition des bégaiements et tics verbaux de son enfance. Lors de l'examen de janvier 2009, l'assurée ne présentait pas de trouble dépressif, aucun tic ni

---

bégaiement, et la neuropsychologue ne mettait en évidence aucun trouble de l'attention. Ainsi, les troubles de l'attention étaient décrits lors d'une exacerbation anxieuse et dépressive. L'anamnèse professionnelle relevait clairement un burn out progressivement dès 2009 avec développement de troubles anxiodépressifs sévères. S'agissant du trouble de la personnalité, l'expert ne décrivait pas s'il était compensé ou non compensé, et depuis quand. Les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble de l'humeur sévère sans composante bipolaire ni psychotique avec des composantes dysthymiques et réactionnelles étaient posés par l'expert. Or, afin de pouvoir définir une capacité de travail, il était important de connaître l'intensité du trouble de l'humeur, son évolution au cours du temps ainsi que les réponses au traitement, ce qui manquait dans l'expertise. Ainsi, le SMR ne pouvait retenir cette expertise comme convaincante, l'expert semblant s'être concentré sur le diagnostic de TDAH en laissant peu de place à la description du trouble anxieux, dépressif et des troubles de personnalité, et à leur répercussion sur une capacité de travail, à leur intensité et à leur traitement. De plus le diagnostic de TDAH à l'âge adulte était très controversé, d'autant plus s'il était mêlé à d'autres symptômes psychiatriques. La recourante présentait néanmoins des troubles psychiatriques anxieux qui apparaissaient incapacitants dans sa profession actuelle d'assistante sociale, exigeante et prenante émotionnellement. Toutefois, une profession adaptée aux limitations fonctionnelles ne semblait pas entièrement compromise. Par ailleurs, si une aggravation était survenue, cela serait après la décision.

35. La recourante a contesté les critiques de l'intimé à l'encontre de l'expertise dans son écriture du 16 avril 2014, concluant à l'audition du Dr R\_\_\_\_\_ et au rejet de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.
36. Invité par la chambre de céans à se déterminer sur les critiques de l'intimé, l'expert a relevé dans son courrier du 24 juin 2014 que l'affirmation du SMR, selon laquelle un diagnostic devait être posé conformément aux critères de la CIM-10, traduisait un manque de connaissances scientifiques du TDAH et n'était pas étayée. Les experts internationaux étaient d'avis que les critères de la CIM-10 ne tenaient pas assez compte de la complexité clinique du TDAH et étaient trop restrictifs. Le Dr R\_\_\_\_\_ a souligné que la question de la survenance des symptômes devant être présents avant 7 ans pour poser un diagnostic était impossible pour le corps médical à l'époque, faute de connaissances. De plus, les parents de la recourante étaient décédés et ne pouvaient pas fournir des informations rétrospectives sur ses symptômes. L'expert s'est dit surpris de l'affirmation selon laquelle le diagnostic de TDAH à l'âge adulte serait très controversé, les données scientifiques sur la pertinence d'un tel diagnostic s'étant accumulées. Quant aux tests neuropsychologiques, ils n'avaient aucune valeur diagnostique en tant que tels et leurs résultats ne pouvaient remplacer une investigation médicale, démarche diagnostique de référence pour le TDAH. Par ailleurs, les tests réalisés en l'espèce ne comprenaient pas certains tests à effectuer chez des sujets présentant un profil clinique évocateur d'un TDAH. Le Dr R\_\_\_\_\_ a contesté s'être focalisé sur le

---

TDAH, en rappelant les autres atteintes qu'il avait retenues. Quant aux courriers adressés à la recourante, ils visaient un complément d'information alors que la rédaction de l'expertise était très avancée. Il s'est étonné que les traumatismes majeurs auxquels la recourante avait été confrontée durant son enfance n'aient pas été pris en considération par la Dresse M\_\_\_\_\_, alors que ces éléments anamnétiques traumatiques jouaient un rôle très important dans la décompensation de la recourante durant ces dernières années et dans la compréhension de son incapacité de travail actuelle et du pronostic. Le Dr R\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il avait donné des recommandations quant au traitement. Enfin, il n'avait pas recueilli de renseignements auprès d'autres intervenants, car il estimait avoir suffisamment d'éléments grâce notamment aux rapports médicaux figurant au dossier.

37. Le 11 juillet 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que le complément d'expertise ne soulevait pas de critique. Elle a par ailleurs rappelé que l'intimé avait lui-même proposé de désigner le Dr R\_\_\_\_\_ en qualité d'expert.

38. Dans ses observations du 22 août 2014, l'intimé a réaffirmé qu'il y avait lieu d'appliquer la CIM-10 pour reconnaître le caractère invalidant du TDAH. Il ne contestait plus la présence d'une telle atteinte mais uniquement son caractère invalidant. Les comorbidités n'étaient pas non plus niées, mais leur incidence sur la capacité de travail n'était pas clairement établie dans l'expertise et il était primordial que le Dr R\_\_\_\_\_ complète ses explications. L'intimé s'est référé à l'avis du SMR du même jour et a persisté dans sa position.

Il a joint l'avis du même jour de la doctoresse T\_\_\_\_\_, médecin au SMR, dans lequel elle a indiqué que le SMR ne contestait désormais plus l'existence du TDAH. En revanche, il serait souhaitable que le Dr R\_\_\_\_\_ détaille l'évolution de l'incapacité de travail et en particulier le fait que la recourante ait travaillé à 50 % dès octobre 2011.

39. Le 4 septembre 2014, la recourante a transmis à la chambre de céans un certificat du 22 août 2014 du Dr P\_\_\_\_\_, aux termes duquel l'état de santé de celle-ci était incompatible avec toute activité au moment où il l'avait reçue pour évaluation médicale.

40. Le 22 septembre 2014, l'intimé a indiqué que le certificat du Dr P\_\_\_\_\_ avait été soumis au SMR, aux conclusions duquel il se ralliait.

Selon l'avis joint de la Dresse T\_\_\_\_\_, le courrier du Dr P\_\_\_\_\_ n'était pas susceptible de modifier son appréciation.

41. Par écriture spontanée du 12 janvier 2015, la recourante a précisé que le rapport de Madame E\_\_\_\_\_ du 7 juin 2010 comprenait une erreur de datation. Lors de sa rencontre avec la neuropsychologue en 2008, cette dernière n'avait pas réalisé de tests pour le TDAH. Elle a ajouté que l'attente de la décision était difficile pour elle.

42. Le 10 février 2015, la recourante a transmis à la chambre de céans un courrier des B\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2014, aux termes duquel son droit aux prestations en cas de maladie et accident serait épuisé au 30 juin 2015.
43. La chambre de céans a transmis copie de ce courrier et de son annexe à l'intimé le 12 février 2015.
44. Sur ce, 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

A ce sujet, on rappellera que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la

---

contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, les parties ont eu l'occasion de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante après la décision litigieuse du 11 mai 2012. De plus, l'éventuelle dégradation de son état de santé postérieure à cette date paraît liée à une aggravation et aux effets continus dans le temps de troubles existants, et non à une nouvelle atteinte à la santé. Il existe donc un état de fait commun entre le degré d'invalidité de la recourante avant et après la décision litigieuse. Partant, conformément à la jurisprudence citée, le droit aux prestations après le 31 octobre 2011, date à laquelle l'intimé propose de limiter le versement d'une rente, sera également examiné dans le cadre du présent litige.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
6. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

L'art. 29 al. 1 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance 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, LPGA2, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

---

Selon l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie.

7. Il existe différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

a) L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2).

---

b) Aux termes de l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.5).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. Il convient en premier lieu de déterminer si l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ satisfait aux critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

Cet expert s'est entretenu à cinq reprises avec la recourante. Il a relaté ses plaintes et procédé à une anamnèse très fouillée. Son rapport, établi en connaissance du dossier de la recourante, décrit également de manière détaillée ses observations cliniques. Ce spécialiste a exposé les diagnostics en indiquant précisément sur quels critères cliniques il se fondait, et pour quels motifs il s'écartait des avis de ses confrères. Ses conclusions sont claires et motivées. Son rapport répond ainsi aux réquisits jurisprudentiels et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les critiques de l'intimé appellent les commentaires suivants. Il faut en premier lieu relever que l'expert ne s'est pas fondé sur les seules déclarations de la recourante, mais également sur ses observations et les éléments anamnestiques, qu'il a abondamment relatés. Il ad'ailleurs à plusieurs reprises indiqué que les seules déclarations de la recourante ne suffisaient pas à retenir un diagnostic. Quant à la prise de contact entre l'expert et la recourante après l'expertise, ces derniers s'en sont expliqués et elle ne permet pas de retenir un parti pris. Les difficultés signalées par l'expert pour poser des diagnostics et dater certains éléments ne signifient en outre pas qu'il n'y est pas parvenu, mais tendent à démontrer la complexité du tableau clinique de la recourante. De plus, dès lors que le Dr R\_\_\_\_\_ disposait des rapports médicaux de ses confrères, il n'était pas indispensable qu'il s'entretienne avec eux. S'agissant du fait que le rapport serait lacunaire car il ne serait pas fondé sur la CIM-10 mais sur le DSM-IV, la chambre de céans rappelle en premier lieu que l'intimé, qui a eu l'occasion de se déterminer sur les questions à poser à l'expert, n'a pas exigé que les diagnostics soient posés sur la base de la CIM-10. On s'étonne ainsi qu'il ait dans un premier temps remis en cause le diagnostic de ce

---

fait. De plus, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose précisément la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu, tel que la CIM-10 ou le DSM-IV (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Ainsi, la jurisprudence ne préfère pas un système de classification à un autre, et la critique de l'intimé n'est pas fondée. Le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste du TDAH - dont l'intimé a d'ailleurs lui-même proposé la désignation en tant qu'expert pour ce motif - s'est longuement et de manière convaincante exprimé sur les points soulevés par la Dresse M\_\_\_\_\_, en étayant sa position par plusieurs références scientifiques. L'existence d'un TDAH n'est au demeurant plus contestée par l'intimé, qui a cependant soutenu dans ses observations du 22 août 2014 que le caractère invalidant du TDAH n'était pas reconnu, se référant sur ce point à un arrêt rendu le 29 octobre 2013 par le Tribunal fédéral dans la cause 9C\_454/2013. Cette jurisprudence n'a cependant pas la portée que l'intimé lui prête. Elle concerne en effet une assurée présentant une neurasthénie, et chez qui un TDAH a précisément été exclu (consid. 2.4). Enfin, le Dr R\_\_\_\_\_ a précisément décrit l'incidence des atteintes de la recourante sur sa capacité de travail et l'évolution de dite capacité, de sorte qu'aucun complément d'instruction n'est nécessaire sur ce point.

Partant, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions de l'expert, selon lesquelles la recourante a subi une incapacité de travail totale du 24 février au 30 juin 2009, de 100 % du 11 mars 2010 au 11 octobre 2011; de 50 % du 12 octobre 2011 au 7 octobre 2012 et à nouveau de 100 % depuis le 8 octobre 2012 à ce jour, et que la gravité des troubles exclut une réadaptation.

10. S'agissant des empêchements de la recourante de procéder aux travaux habituels dans son ménage, ils ont fait l'objet d'une enquête à son domicile. Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constituée 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 consid. 4). En l'espèce, l'enquêtrice a exposé de manière détaillée les empêchements rencontrés dans son enquête, que la recourante ne remet d'ailleurs pas en cause. L'expert a d'ailleurs admis que l'incapacité de réaliser les

---

travaux ménagers n'était pas complète. La chambre de céans ne s'écartera ainsi pas du taux de 24 % dans la sphère ménagère.

11. L'intimé a retenu un statut mixte pour la recourante, dont cette dernière conteste la pondération. On notera que selon le rapport du 4 mars 2011 de l'intimé, elle a indiqué que son taux de travail idéal aurait été de 90 % et elle a évoqué un taux de 100 % dans le questionnaire du 6 mars 2012. Or, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 3.2). Plusieurs éléments du dossier révèlent d'ailleurs les efforts de la recourante pour augmenter son taux de travail. Ainsi, on retiendra que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à un taux de 90 %, comme elle l'a initialement déclaré à l'intimé. L'exercice d'une activité à un tel taux est d'ailleurs parfaitement vraisemblable, dès lors que la recourante n'a aucune famille à charge.
12. Reste ainsi à vérifier le calcul de l'intimé.

S'agissant du revenu sans invalidité, on peut effectivement retenir celui que la recourante aurait perçu dans la même activité exercée à 90 %, dès lors qu'elle a travaillé pour le même employeur plusieurs années à des taux plus élevés avant son atteinte à la santé. Selon le compte individuel AVS, l'assurée a réalisé en 2009 un revenu de CHF 57'084.-. Extrapolé à 90 %, ce revenu correspond à CHF 102'751.20 et à CHF 104'920.30 après indexation en 2011, année du début du droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. Jusqu'au 11 octobre 2011, la recourante était en incapacité de travail totale, de sorte que son revenu était nul durant cette période. Dans la sphère professionnelle, l'invalidité était ainsi complète. Dans la sphère ménagère, elle était de 24 %. Ces champs d'activité doivent être pondérés à respectivement 90 % et 10 %, de sorte que le degré d'invalidité est de 92.4 % ( $[100 \% \times 90 \%] + [24 \% \times 10 \%]$ ) pendant les périodes d'incapacité de travail totale de la recourante.

Durant les périodes où la recourante présentait une capacité de travail de 50 %, le calcul s'opère ainsi. Le revenu avec invalidité correspond à celui qui a effectivement été réalisé. On s'en tiendra au revenu de CHF 57'084.- mentionné dans le compte individuel pour 2009, qui correspond à CHF 58'289.04 après indexation en 2011. La comparaison de ce revenu avec le salaire sans invalidité de CHF 104'920.30 en 2011 aboutit à un degré d'invalidité de 44.44 % dans la sphère professionnelle. Compte tenu de l'empêchement de 24 % dans les travaux du ménage, le degré d'invalidité pondéré est de 42 % ( $[44 \% \times 90 \%] + [24 \% \times 10 \%]$ ), ce qui ouvre le droit à un quart de rente.

---

La recourante a ainsi droit à une rente entière durant les périodes d'incapacité de travail totale et à un quart de rente durant les périodes de capacité de travail de 50 %.

Le droit aux prestations naît au plus tôt six mois après le dépôt de sa demande, datée du 11 janvier 2011. La recourante peut prétendre à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2011 à fin janvier 2012 – soit trois mois après la reprise de son activité à 50 %, conformément à l'art. 88a RAI. Dès le 1<sup>er</sup> février 2012, son degré d'invalidité est de 42 %, ce qui ouvre le droit à un quart de rente jusqu'au 31 décembre 2012. La recourante a de nouveau droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit à l'issue du délai de trois mois après la nouvelle aggravation de son degré d'invalidité en octobre 2012.

13. Tant l'intimé que la recourante ont pris des conclusions tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires.

La chambre de céans n'y fera cependant pas droit. En effet, si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ revêtant une pleine valeur probante, la chambre de céans dispose de tous les éléments pour statuer et de nouvelles mesures d'instruction sont inutiles.

14. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pouvaient le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était lacunaire, elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative, qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPG

qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer, dans son principe, aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires, ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de rapport. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit, ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4).

En l'espèce, l'intimé n'a pas mis en œuvre une expertise, malgré le caractère résolument complexe des troubles de la recourante et sa décision repose ainsi sur une instruction incomplète. Il a au demeurant implicitement admis que l'état de santé de la recourante n'avait pas été investigué à satisfaction puisqu'il a conclu au renvoi de la cause pour qu'il diligente une expertise psychiatrique. Les conditions fixées par la jurisprudence pour mettre les frais d'expertise judiciaire à la charge de l'assurance-invalidité sont ainsi réalisées. L'intimé prendra ainsi en charge la facture du Dr R\_\_\_\_\_, qui s'élève à CHF 4'000.-.

La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 1'000.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 11 mai 2012.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 janvier 2012, à un quart de rente du 1<sup>er</sup> février au 31 décembre 2012 et à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
6. Met les frais d'expertise judiciaire psychiatrique à la charge de l'intimé à hauteur de CHF 4'000.-.
7. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
8. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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