

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2895/2023

ATAS/1008/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2024

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1991, mariée et séparée.
- b.** Elle a travaillé comme agente de sécurité de 2014 à 2018, puis comme réceptionniste dans un EMS à 50% de 2019 à fin 2022.
- c.** Le 24 juillet 2020, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 100% du 3 août au 7 septembre 2020.
- B.** **a.** L'assurée a déposé une demande de prestations le 28 mai 2021 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir qu'elle était en incapacité de travail dès le 1^{er} septembre 2019 à 50% en raison d'une sclérose en plaques dont elle était atteinte depuis mai 2020.
- b.** Dans un rapport établi le 4 juin 2021, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée avait présenté en mars 2020 une névrite optique de l'œil droit ainsi qu'une parésie du nerf oculomoteur externe droit. Les investigations avaient conduit au diagnostic de première poussée d'une sclérose en plaque. L'évolution clinique avait été satisfaisante avec une récupération de l'acuité visuelle de l'œil droit. Les restrictions fonctionnelles étaient une asthénie et un manque de résistance à l'effort. Le déroulement d'une journée était normal tout en respectant des plages de repos en raison de l'asthénie. L'assurée était limitée dans son activité dans le ménage, les loisirs et ses activités sociales en raison de la fatigue que la maladie entraînait. Elle pouvait bénéficier du soutien de sa famille. Elle était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 80 ou 100% dans une activité adaptée où un effort intense devait être évité.
- c.** Dans un rapport du 10 juin 2021, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que les symptômes actuels de l'assurée étaient une grande fatigue psychique et physique ainsi que des difficultés au port de charges. Elle souffrait d'un état dépressif avec une fatigabilité due à la sclérose en plaques. Il n'y avait pas eu de poussée de cette maladie depuis mars 2020. La dépression datait de février 2021. L'assurée travaillait actuellement comme réceptionniste dans un EMS à 50%. Elle pouvait travailler quatre heures par jour dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. Le facteur qui faisait obstacle à une réadaptation était l'état dépressif.
- d.** Selon un rapport d'évaluation d'intervention précoce de l'OAI du 7 septembre 2021, il avait été proposé à l'assurée un accompagnement personnalisé sous forme de coaching dans l'optique de relever ses ressources. Elle s'en était montrée enchantée. Elle avait indiqué que l'école avait été pour elle une période difficile, car elle avait été harcelée. Elle avait travaillé de nombreuses années dans la sécurité à plus de 100%. Son employeur ne lui ayant jamais proposé un contrat

fixe, elle avait décidé de partir. Son père était comptable RH à l'EMS D _____ et lui avait dit que celui-ci cherchait une réceptionniste à 50%. C'était pour cette raison qu'elle avait accepté ce taux. Il lui était difficile à tenir en raison de sa maladie qui engendrait énormément de fatigue.

e. Le 8 décembre 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un coaching personnalisé afin de favoriser la reprise de son activité professionnelle. Le mandat a été donné à Madame E _____.

f. Dans un courriel du 12 janvier 2022, l'assurée a informé sa coach que dans sa vie rien n'allait. Elle était recroquevillée sur elle-même ces derniers temps. Son mari lui pourrissait la vie à ne rien vouloir payer car pour lui elle n'était qu'une aventure. Elle était totalement épuisée. Elle ne dormait plus et n'arrivait plus à retrouver une vie active normale. Elle avait peur de reprendre le travail et de ne plus savoir comment faire. Elle avait l'impression d'être devenue dépendante à son traitement contre la sclérose en plaques. Une semaine avant l'injection, elle tremblait comme une feuille et rien ne calmait cela dans la journée. C'était difficile à vivre en ce moment. Elle s'était éloignée de tout, même de ses parents alors qu'ils l'aidaient comme ils le pouvaient depuis le début. Elle n'arrivait pas à faire face à la situation. Elle avait souvent des membres qui se raidissaient. Elle ne sentait plus ses mains et lâchait ce qu'elle tenait. Elle avait des migraines à s'arracher la tête. Elle avait mal au dos et à la nuque 24 heures sur 24. Parfois elle avait tellement mal qu'elle ne pouvait pas bouger. Actuellement, elle tentait de dresser sa chienne pour qu'elle l'aide dans certaines tâches. Celle-ci l'aidait souvent à sortir du lit et aller aux toilettes. Souvent, la lumière du jour lui donnait mal à la tête.

g. Selon une note de travail du 2 mars 2022, l'assurée avait informé le service de réadaptation de l'OAI le 28 janvier 2022 qu'elle s'était à nouveau retrouvée en incapacité de travail totale du 12 octobre 2021 au 9 février 2022. Cet arrêt était une conséquence d'un burnout lié à son divorce. Elle avait été contrainte de quitter le domicile conjugal, ce qui avait été très compliqué pour elle. Elle avait suspendu son suivi thérapeutique, car elle sentait que sa psychiatre n'avait pas de temps pour elle. Les horaires proposés par cette dernière ne lui convenaient pas. Le 25 février 2022, l'assurée avait confirmé avoir repris le travail à 100% de son taux contractuel le 12 février 2022. Elle trouvait la reprise complexe. Elle avait refusé de reprendre le suivi avec sa coach, car celle-ci travaillait dans le quartier où habitait son ex-mari. Les coordonnées d'une autre coach lui avaient été transmises.

h. Dans un courriel du 24 mai 2022, adressé au service de réadaptation de l'OAI, l'assurée a indiqué que rien n'allait pour elle, que ce soit au travail ou ailleurs. Elle était dans un état limite, souvent perdue et ne sachant quoi faire. Sa santé mentale diminuait fortement. Elle était en contact avec son médecin traitant toutes les semaines. Elle ne se sentait pas comprise et avait l'impression qu'on faisait tout pour se débarrasser d'elle, principalement au travail. Elle recevait plein de

remarques alors qu'elle était calme, ne disait rien et tentait de faire le moins d'erreurs possible. Parfois quand c'était le trop-plein, elle faisait exprès de faire ce qui était déconseillé.

En raison de son sommeil très perturbé, elle était obligée de prendre des pilules pour dormir. Elle n'arrivait pas toujours à se lever vite. Parfois elle était en retard de quelques minutes, parfois plus. Au travail, on lui faisait des remarques illogiques ou contradictoires. Elle était tendue et vite énervée ou elle pleurait. C'était ingérable. Elle était fatiguée. Son corps et son âme n'arrivaient plus à suivre le rythme d'un humain normal. Seul son chien la comprenait. Ses parents lui donnaient un peu d'argent pour tenir jusqu'à la fin du mois. Son père avait un cancer de la vessie et sa mère des problèmes de cœur. Cette dernière n'aimait pas les animaux et lui faisait à ce sujet des remarques qui la blessaient.

i. Dans un rapport du 9 juin 2022, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée allait dans le sens d'une amélioration et d'une stabilisation de la maladie inflammatoire démyélinisante. Elle était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 50%.

j. Dans un rapport du 15 juin 2022, la Dre C_____ a indiqué suivre l'assurée depuis le 20 août 2019 avec un dernier contrôle le 12 avril 2021. Elle la voyait une fois tous les trois mois. Celle-ci souffrait d'un état dépressif avec fatigabilité due à la sclérose en plaques. Elle pouvait travailler quatre heures par jour dans toute activité. L'état dépressif faisait obstacle à une réadaptation.

k. Le 20 juin 2022, la Dre C_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée souffrait d'une importante asthénie avec état dépressif avec une suspicion de personnalité borderline. Elle souffrait de troubles du sommeil et de la concentration et d'une irritabilité. Ces symptômes s'ajoutaient à la sclérose en plaques.

Il y avait une péjoration de son état de santé psychique depuis le rapport de juin 2021. Le taux maximum de travail actuel était de 50% depuis le 12 juin 2022. Un suivi psychiatrique était nécessaire mais impossible à organiser. Plusieurs spécialistes psychiatres avaient été proposés à l'assurée.

l. Le 1^{er} juillet 2022, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a retenu que l'assurée avait un statut d'active et qu'elle n'était pas en mesure d'améliorer davantage sa capacité de gain, de sorte que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

m. Le 14 octobre 2022, le service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé nécessaire de faire procéder à une expertise neurologique et psychiatrique de l'assurée, avec un bilan neuropsychologique.

n. Selon le rapport d'expertise établi le 16 février 2023 par le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Monsieur H_____, neuropsychologue FSP, les diagnostics retenus étaient un trouble de l'adaptation (6B43), un trouble léger de

la personnalité/état limite (6D10. 0/6D11.5) et une sclérose en plaques sous forme poussée-rémission (premier épisode). Aucun diagnostic neuropsychologique n'était retenu. Des traits de personnalité problématique étaient à l'origine de difficultés relationnelles de l'assurée au sein du travail, mais ils ne constituaient pas des limitations fonctionnelles pouvant occasionner une diminution de la capacité de travail ou du rendement. Il n'y avait pas d'incapacité de travail. Les experts acceptaient les incapacités de travail retenues par les différents médecins traitants. À partir de l'expertise, la capacité de travail était complète sur le plan strictement neurologique.

Dans son rapport, le Dr F_____ a indiqué que contrastant avec l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail, l'examen neurologique était sans anomalie significative avec notamment une acuité visuelle excellente, l'absence de troubles de l'oculomotricité. Il avait noté en revanche des difficultés relationnelles auprès de l'assurée qui avait été assez méfiante en début d'examen qui avait refusé l'enregistrement. Malgré la normalité de l'examen neurologique, l'anamnèse, le résultat des examens pratiqués préalablement, le résultat des diverses IRM, notamment, ne laissaient aucun doute quant au diagnostic de sclérose en plaques forme poussée-rémission avec une unique poussée cliniquement.

H_____ a indiqué que le bilan neuropsychologique de l'assurée mettait en évidence des performances au moins dans la norme, voire supérieures à la moyenne dans toutes les tâches proposées. Bien que la plainte prédominante de l'assurée soit la fatigue, qui était fréquente chez les personnes souffrant de sclérose en plaques, il n'avait observé ni signes physiologiques de fatigue, ni altération globale des performances entre les tests proposés en début et fin de séance et une tâche informatisée et exigeante d'attention effectuée en toute fin de séance avait été pleinement normale. Il n'avait donc constaté aucune altération cognitive. La capacité de travail était totale du point de vue neuropsychologique.

Le Dr G_____ a indiqué que l'assurée était en arrêt maladie depuis six mois pour un burnout, car elle avait eu beaucoup de tensions avec ses collègues. Depuis juillet 2022, elle était suivie par un psychiatre qu'elle rencontrait une heure par mois et par une psychologue qu'elle rencontrait une heure et demie par semaine. Un traitement antidépresseur avait été prescrit deux semaines auparavant, mais il avait été arrêté quelques jours après en raison d'effets secondaires. Le médecin traitant de l'assurée lui prescrivait probablement de l'Hyperiplant. Dans les rapports de ce médecin de juin 2021 et 2022, il était mentionné un traitement de Zoloft et de Trittico 150 mg par jour. L'assurée avait été hospitalisée pendant quelques heures aux urgences de l'Hôpital cantonal au début 2022 à la suite d'une tentative de suicide par médicaments et alcool.

Comme facteur de stress, il fallait retenir qu'elle avait subi un viol à l'âge de 12 ans, qu'elle avait été harcelée durant toute sa scolarité et qu'elle avait eu des tensions avec des collègues lorsqu'elle travaillait dans la sécurité de l'aéroport

ainsi que durant son emploi de réceptionniste. Il fallait également tenir compte du cancer de son père qu'elle avait appris peu de temps avant la première poussée de sclérose en plaques en mars 2020.

L'assurée ne majorait pas ses plaintes psychiques. Elle se plaignait de problèmes de concentration et de mémoire, que l'expert n'avait pas constatés durant leur entretien qui avait duré une heure trois quarts. L'assurée relatait clairement et précisément avec beaucoup de détails tout ce qu'elle avait vécu comme événements difficiles dans sa vie.

L'expert retenait un diagnostic de trouble de l'adaptation. L'assurée avait quelques traits de personnalité borderline : il lui arrivait par périodes d'avoir une instabilité de l'humeur et un contrôle difficile de sa colère. Durant toute sa scolarité, elle avait été harcelée. Dans sa vie professionnelle, elle avait eu des tensions avec ses collègues. Dans sa vie de couple, il lui arrivait régulièrement de se disputer violemment avec son mari et de casser des objets ou de lancer des objets à travers la salle. L'examen clinique ne montrait pas de signes patents de troubles de la personnalité tels qu'une irritabilité, une labilité émotionnelle ou une hyperémotivité.

L'expert retenait le diagnostic de trouble léger de la personnalité/état limite. En effet, les critères de diagnostics généraux du trouble de la personnalité étaient satisfaisants, notamment l'existence d'un dysfonctionnement relationnel. Le trouble était léger : les perturbations affectaient certains domaines du fonctionnement de la personnalité mais pas d'autres et pouvaient ne pas être visibles dans certains contextes, par exemple dans le contexte familial et sportif. Il y avait des problèmes dans beaucoup de relations interpersonnelles et/ou dans l'accomplissement des rôles professionnels et sociaux attendus, mais certaines relations étaient maintenues et/ou certains rôles accomplis, par exemple elle gardait de bonnes relations avec son entourage amical. Ces diagnostics n'étaient pas incapacitants sur le long terme. L'expert ne retenait aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique.

o. Le 2 mars 2023, le SMR a estimé que l'expertise répondait aux questions du mandat.

p. Par projet de décision du 9 mars 2023, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2021 au 31 mars 2023. À l'issue de l'instruction médicale, il lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% de mars 2020 (début du délai d'attente d'un an) au 31 décembre 2022.

Dans sa situation, son incapacité de gain se confondait avec son incapacité de travail de 100%. Ce taux représentait son degré d'invalidité qui aurait pu être ouvert dès l'échéance du délai d'attente, à savoir dès mars 2021. Toutefois, la demande de prestations avait été déposée le 28 mai 2021, de sorte que la rente ne pouvait lui être versée qu'à compter du mois de novembre 2021, en application de l'art. 29 al. 1 LAI (demande tardive).

Suite à la pleine capacité de travail retrouvée dès le 1^{er} janvier 2023 et en application de l'art. 88a al. 1 RAI, la rente prenait fin après une période d'amélioration de trois mois, à savoir au 31 mars 2023.

q. Le 18 avril 2023, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI, en faisant valoir qu'elle n'avait pas retrouvé sa pleine capacité de travail pendant une période de trois mois. Elle avait tenté de reprendre son activité de réceptionniste / aide administrative à l'EMS qui l'employait au mois de janvier 2023, raison pour laquelle son arrêt de travail avait été de 50% du 9 au 19 janvier 2023, afin de recommencer progressivement pour un temps d'essai. Celui-ci lui avait permis de se rendre compte qu'elle n'avait pas la capacité de reprendre cette activité dans son état actuel. Après concertation entre les Drs B_____ et C_____, elle avait à nouveau été en arrêt à 100%.

L'assurée a transmis à l'OAI :

- un certificat médical, établi le 13 janvier 2023 par la Dre C_____, attestant d'un arrêt de travail du 9 au 19 janvier 2023 à 50% pour maladie ;
- des certificats d'incapacité de travail, établis les 23 février, 20 mars et 5 avril 2023 par le Dr B_____, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 20 janvier au 23 avril 2023.

r. Le 21 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée que les certificats médicaux transmis ne constituaient pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de modifier ses précédentes conclusions. Il lui appartenait d'apporter des éléments complémentaires, notamment un nouveau rapport médical circonstancié en appui de son objection.

s. L'assurée a transmis à l'OAI le 22 mai 2023 un rapport établi le 16 mai 2023 par le Dr B_____, qui indiquait que l'évolution de sa maladie neurologique avait nécessité un changement de traitement et la mise en place d'anti-CD20 (Kesimpta). Cet immunodépresseur devait pouvoir éviter l'aggravation de sa maladie neurologique dégénérative. L'évolution de cette maladie expliquait l'incapacité de travail de l'assurée à 100%.

t. Le 16 mai 2023, le Dr B_____ a certifié que l'assurée était incapable de travailler à 100% du 26 mai au 26 juin 2023.

u. Le 26 mai 2023, l'OAI a transmis à la caisse cantonale genevoise de compensation la motivation relative au dossier de l'assurée pour préparer le calcul de la prestation et notifier la décision. Après analyse des pièces produites après le projet de décision, il considérait que les éléments apportés ne permettaient pas de modifier son appréciation médicale antérieure. Les conclusions de son projet restaient maintenues dans leur globalité.

v. Le 30 mai 2023, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était toujours malade malgré la prise en charge médicale et son traitement. Son quotidien restait compliqué et elle se retrouvait souvent limitée pour se mobiliser. Elle avait une fatigabilité

importante. Elle était en arrêt maladie depuis plusieurs mois. Elle avait tenté de reprendre son travail à 25% durant cinq jours au début de l'année 2023 et cela avait pu démontrer son incapacité à reprendre son emploi. Elle était actuellement dans une situation financière difficile et son contrat arrivant à terme, elle se retrouverait prochainement à l'aide sociale.

w. Par décision du 20 juillet 2023, l'OAI a confirmé à l'assurée son projet de décision.

- C. a. Le 13 septembre 2023, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans).

Le 10 octobre 2023, elle a fait valoir que sa capacité de travail ne dépassait pas 50%.

b. Le 8 novembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise qui fondait sa décision devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c. La recourante a été entendue par la chambre de céans le 29 mai 2024.

EN DROIT

1.

1.1 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 en raison de la matière est ainsi établie.

1.2 L'assurée ne réside plus officiellement dans le canton de Genève depuis le 1^{er} janvier 2024.

Conformément à l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1).

1.3 Le recours ayant été interjeté le 13 septembre 2023 à la chambre de céans, cette dernière est également compétente en raison de la matière pour en connaître.

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en mai 2021, le délai d'attente d'une année venant à échéance le mars 2021 et la demande ayant été formée le 28 mai 2021, le droit à une rente d'invalidité est ouvert dès novembre 2021, soit antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En outre, dans la mesure où la recourante avait, au 1^{er} janvier 2022, 30 ans révolus, la quotité éventuelle de sa rente subsiste tant que son taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En l'occurrence, le nouveau droit s'applique dès janvier 2023, puisque l'intimé a retenu que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail dès cette date.

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 aLAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes.

Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

2.4 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

2.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3. En l'espèce, la recourante se plaint essentiellement d'une fatigue importante et fait valoir qu'elle ne peut travailler à plus de 50%.

L'intimé a fait procéder à une expertise qui répond, selon lui, aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

L'expert neurologue a indiqué que, du point de vue strictement neurologique, la capacité actuelle de la recourante était complète, précisant que cette appréciation ne prenait pas en compte les plaintes exprimées sur un plan neuropsychologique, notamment la fatigue et la composante psychologique. La sclérose en plaques était connue pour s'accompagner possiblement d'une fatigue.

Selon H_____, bien que la recourante évaluait sa fatigue à 7 ou 8/10 après une heure de séance et à 9/10 à la fin de l'examen, il n'avait observé aucun signe de fatigue ni d'altération uniforme des performances aux tests présentés en fin de séance. Elle n'était ni revendicatrice, ni plaintive ni démonstrative, mais impliquée dans ses tâches et elle avait manifesté un plaisir de bien y répondre, ce qu'elle avait fait. L'expert psychiatre a indiqué que la recourante se plaignait de problèmes de concentration et de mémoire, ce qu'il n'avait pas constaté lors de leur entretien qui avait duré une heure trois quarts. Il avait constaté que la recourante relatait clairement et précisément avec beaucoup de détails tout ce qu'elle avait vécu comme événements difficiles durant sa vie. Les constats de l'expert psychiatre corroborent ainsi ceux du neuropsychologue et ceux-ci ne confirment pas la fatigue alléguée par la recourante.

Sur le plan psychique, le Dr G_____ a indiqué dans son évaluation que la recourante était en arrêt maladie depuis six mois pour un burnout, car elle avait eu beaucoup de tensions avec ses collègues. En 2021 et début 2022, elle avait rencontré quelques psychiatres avec lesquels le courant n'était pas passé, selon elle. Depuis juillet 2022, elle était suivie par un psychiatre qu'elle rencontrait une heure par mois et par une psychologue qu'elle rencontrait une heure et demie par semaine.

L'expert psychiatre a pris contact avec le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui lui a indiqué, lors d'un échange téléphonique du 24 janvier 2023, qu'il avait rencontré la recourante à quatre reprises depuis novembre 2022. Précédemment, elle était suivie par le Dr qui l'avait mise en arrêt de travail pour un burnout. Le diagnostic était peu clair, la recourante avait peut-être des traits de personnalité du cluster B ou une cyclothymie, voire des

symptômes hypomaniaques, selon ce que lui avait décrit la psychologue qui la suivait. Le Dr I_____ n'avait pas lui-même constaté de tels signes. Le 10 janvier 2023, il avait prescrit à la recourante de l'Aripiprazole en suivant cette hypothèse. Il ne lui avait pas prescrit d'arrêt de travail.

Dans son évaluation médicale, l'expert psychiatre a indiqué que la recourante était en arrêt maladie depuis six mois pour un burnout, car elle avait eu beaucoup de tensions avec ses collègues. Un traitement antidépresseur avait été prescrit, mais il avait été arrêté quelques jours après en raison d'effets secondaires. Son médecin traitant lui prescrivait probablement de l'Hyperiplant. Dans les rapports de son médecin traitant de juin 2021 et 2022, il était mentionné un traitement de Zoloft et de Trittico 150 mg par jour. La recourante avait été hospitalisée pendant quelques heures aux urgences de l'hôpital cantonal au début de l'année 2022 à la suite d'une tentative de suicide par médicaments et alcool.

Comme facteur de stress, l'expert a retenu que la recourante avait subi un viol à l'âge de 12 ans, qu'elle avait été harcelée durant toute sa scolarité, qu'elle avait eu des tensions avec des collègues lorsqu'elle travaillait dans la sécurité de l'Aéroport ainsi que durant son emploi de réceptionniste. Il fallait également tenir compte du cancer de son père qu'elle avait appris peu de temps avant la première poussée de sclérose en plaques en mars 2020.

L'expert psychiatre a retenu le diagnostic de trouble léger de la personnalité/état limite. Il a précisé que ce trouble était léger, car les perturbations affectaient certains domaines du fonctionnement de la personnalité, mais pas d'autres, et qu'ils pouvaient ne pas être visibles dans certains contextes, par exemple dans le milieu sportif ou familial. La recourante avait des problèmes dans beaucoup de relations interpersonnelles et dans l'accomplissement des rôles professionnels et sociaux attendus, mais certaines relations étaient maintenues et certains rôles accomplis. Elle gardait par exemple de bonnes relations avec son entourage familial.

L'expert psychiatre a examiné les ressources de la recourante, relevant qu'elle gérait son administration et qu'elle pouvait s'organiser pour faire son ménage et d'autres activités. Elle continuait à pratiquer un art martial, promenait son chien et s'occupait de ses chats. Elle fréquentait régulièrement un groupe d'amies. Elle pouvait conduire sans trop de difficultés. Son contact avec l'expert avait été normal, sans déficit attentionnel durant l'entretien, avec un affect approprié et une humeur euthymique.

Dans le cadre de l'anamnèse, la recourante a indiqué à l'expert psychiatre qu'elle avait subi des événements traumatisants dans sa vie, en particulier du harcèlement scolaire. À l'âge de 10 ou 11 ans, elle avait été suivie par une psychologue pendant un mois, parce qu'elle avait des « pétages de câble » mais elle n'a pas souhaité le poursuivre. Elle a subi un viol à l'âge de 12 ans par deux adolescents de son âge, mais elle avait pu en parler, ce qui l'avait libérée d'un poids. Cela ne la

bouleversait pas. Elle avait également été agressée dans un parking à l'âge de 25 et 27 ans, ce qu'il l'avait rendue plus vigilante.

L'expert psychiatre a conclu que les diagnostics psychiatriques posés n'étaient pas incapacitants sur le long terme et il n'a retenu aucune limitation d'ordre psychiatrique.

Les conclusions de l'expert psychiatre sont convaincantes. Elles sont fondées sur une analyse globale de la situation de la recourante. Son rapport permet d'établir que les indicateurs de gravité ne sont pas de nature à justifier une incapacité de travail, même partielle. En effet, il en ressort que l'atteinte psychique est qualifiée de légère, que la recourante dispose de bonnes ressources, qui lui ont permis notamment de surmonter les événements traumatiques qu'elle a vécus. Il en ressort également que son traitement médical n'est pas soutenu sur le plan psychologique, ce qui relativise le poids effectif de ses souffrances.

Les déclarations de la recourante du 29 mai 2024 à la chambre de céans confirment qu'elle dispose de ressources, en particulier son rapport avec les animaux. Elle a précisé à cet égard que le fait d'en avoir était comme une thérapie pour elle. Les chiens l'obligeaient à sortir et les chats à être active à la maison.

Elle a ajouté qu'à l'heure actuelle, elle n'avait plus de suivi sur le plan psychologique. Elle avait arrêté son suivi avec la psychologue, car celle-ci passait son temps à faire des courses sur son ordinateur pendant leur rendez-vous. Cela l'avait énervée et elle ne l'avait vu que peu de fois. Elle avait ensuite eu l'impression que le Dr I_____ ne comprenait pas tout ce qu'elle disait, car il n'était pas de langue maternelle française. Après ces expériences, elle avait renoncé à chercher quelqu'un d'autre. Elle se sentait mieux du point de vue psychologique. Ses déclarations sur ses suivis médicaux confirment que son atteinte sur le plan psychique est d'une importance relative, dans la mesure où elle n'éprouve pas le besoin d'un suivi sur le plan psychologique.

Les experts ont rendu des conclusions consensuelles qui prennent en compte la situation globale de la recourante et qui sont convaincantes. Leurs conclusions ne sont en outre pas sérieusement remises en cause par les rapports du Dr B_____. Les rapports de ce dernier sont peu motivés et n'ont pas la valeur probante d'une expertise. Le 4 juin 2021, il retenait une capacité de travail de 80 ou 100% dans une activité adaptée où un effort intense devait être évité, ce qui se rapproche des conclusions des experts. Le 9 juin 2022, le Dr B_____ a indiqué que l'évolution de sa santé allait dans le sens d'une amélioration et d'une stabilisation de la maladie inflammatoire démyélinisante et que la recourante était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 50%, sans motivation expliquant les cause d'une capacité moindre qu'en 2021 alors que l'évolution de la maladie était positive. Le 16 mai 2023, il a indiqué que l'évolution de la maladie neurologique de la recourante avait nécessité un changement de traitement et la mise en place d'anti-CD20 (Kesimpta), soit un immunodépresseur qui devait pouvoir éviter

l'aggravation de sa maladie neurologique dégénérative et que l'évolution de cette maladie expliquait son incapacité de travail à 100%, sans plus de motivation sur la nouvelle réduction de sa capacité de travail.

S'agissant des rapports de la Dre C_____, ils ne remettent pas non plus en cause les conclusions des experts, dès lors qu'elle est médecin généraliste et qu'elle se prononçait sur la capacité de travail sur le plan psychique, sans motiver ses conclusions, notamment en lien avec les indicateurs de gravité.

Enfin, les appréciations de la recourante et de son compagnon au sujet de sa capacité de travail ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts, dès lors qu'il s'agit là d'une évaluation qui est du ressort médical.

4. En conclusion, la décision querellée est fondée sur une expertise dont les conclusions sont probantes et elle doit être confirmée.

Le recours sera en conséquence rejeté.

Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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