



## **EN FAIT**

1. Le 4 août 2014, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en octobre 1971, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant des abcès mammaires à répétition depuis 2004 et une dépression. Elle avait occupé des postes de vendeuse puis assistante-hôtesse pour une société aérienne, à 100%, jusqu'en 2004, année durant laquelle elle a accouché de sa fille et où sont apparus les problèmes d'abcès.
2. Dans un bref rapport du 3 décembre 2014, le docteur B\_\_\_\_\_ spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a attesté d'une douleur au mamelon gauche depuis juillet 2009 avec récédive au sein droit, expliquant qu'il y avait eu intervention en août 2013. Il concluait à une mastodynie invalidante, précisant que des infections récidivantes se manifestaient toujours et qu'une nouvelle intervention était envisagée. Le médecin attestait d'une totale incapacité de travail du 15 octobre au 15 novembre 2013 et, pour le reste, préconisait de s'adresser à la psychiatre traitante.
3. Le docteur C\_\_\_\_\_, médecin traitant depuis mai 2014, a indiqué en date du 2 juin 2015 que sa patiente souffrait de mastites à répétition depuis son accouchement en 2004, d'un état anxiodépressif depuis la même date et d'un probable trouble de la personnalité depuis de nombreuses années, atteintes qu'il a jugées incapacitantes. Sa patiente se plaignait de souffrances physiques depuis 2004 (mastodynies), mais également de souffrances psychiques, avec un important état anxiodépressif développé en parallèle aux atteintes physiques entre 2004 et 2013. Elle avait été suivie par une psychiatre, la doctoresse D\_\_\_\_\_, entre 2007 et 2014.

Le médecin a également fait état d'un syndrome post-traumatique avec une importante désorganisation due à la marginalisation et à l'absence de travail depuis 2004, ainsi que d'une grande difficulté à s'organiser dans les activités de la vie quotidienne bien que l'assurée s'occupât seule de sa fille de dix ans.

Il a conclu à une totale incapacité de travail depuis 2004, précisant qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle et qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable.

4. Dans un bref courrier du 13 septembre 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée souffrait depuis de nombreuses années d'un problème d'abcès récurrents du sein droit résistant aux traitements, mais également de stress et d'angoisse dus « à la vie frénétique de la ville de Genève ».
5. Dans un rapport du 29 septembre 2015, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué la présence d'une atteinte survenue en 2004 selon ses confrères et a énuméré, à titre de limitations fonctionnelles, du stress, des

traumatismes et de multiples échecs professionnels. Plus précisément, elle a conclu à un trouble anxiodépressif décrit par ses confrères ayant précédemment suivi la patiente, en décours, et à des séquelles de stress post-traumatique (PTSD) s'ajoutant à un long parcours de troubles alimentaires avec obésité morbide. Les douleurs chroniques étaient fortement invalidantes. La totale incapacité de travail était justifiée par un ancien PTSD avec séquelles et un état dépressif chronique récurrent sévère répondant partiellement aux antidépresseurs. Le médecin reconnaissait toutefois ne pas avoir le recul nécessaire pour évaluer plus précisément la capacité de travail.

À ce rapport, le psychiatre traitant en a joint un autre comprenant une anamnèse détaillée faisant état de douleurs psychiques et d'un état anxiodépressif sévère observé par l'ensemble des médecins assurant un suivi sur le long terme depuis 2004 et une aggravation en parallèle avec des événements familiaux terribles (abus, séquestration, maltraitance physique et viols entre 2004 et 2013). Sa patiente lui avait décrit une douleur très importante au niveau des seins, entraînant des dorsalgies nécessitant un traitement antalgique régulier. La douleur était continue, tant au niveau mammaire qu'au niveau dorsal. Une exérèse de plus de 500 grammes des seins a été pratiquée avec réduction mammaire bilatérale, suivie d'une mastopathie fibrokystique et de remaniements fibro-inflammatoires récurrents qui avaient provoqué une aggravation des douleurs, une insomnie et une dépression de plus en plus importante. Une première vague dépressive était survenue en 2004 (opération de la mère de l'assurée, excès de drogue de son partenaire, violence avec séquestration), la seconde en 2007 et jusqu'en 2011. Le médecin a également noté des antécédents de consommation excessive d'alcool dans le but de s'anesthésier et de trouver le sommeil. L'assurée aurait arrêté en 2012, suite à une intervention chirurgicale.

Il y avait eu amélioration psychique suite à l'introduction d'un traitement antidépresseur.

6. L'OAI a alors interrogé l'ancienne psychiatre de la recourante pour savoir comment avaient évolué par le passé les incapacités de travail de sa patiente. Il l'a relancé à plusieurs reprises, sans succès.
7. Le 22 juin 2016, la Dresse E\_\_\_\_\_ a complété son premier rapport.

Elle a retenu les diagnostics d'état dépressif et de syndrome d'apnées du sommeil appareillé, et indiqué que les troubles somatiques avaient un impact direct sur le plan psychique.

S'agissant de la capacité de travail, elle a noté une stabilisation des troubles du sommeil, une qualité et une amélioration des valeurs avec l'appareillage et a souligné la nécessité de voir les troubles cognitifs régresser et la thymie se stabiliser. Selon elle, le rendement semblait incertain et peu probable, à un taux fortement réduit de 8 heures hebdomadaires.

8. En décembre 2016, le Service médical régional (SMR) a noté que, malgré plusieurs demandes et tentatives d'instruction, il n'avait pu obtenir d'évaluation de la capacité de travail par le médecin psychiatre, auquel il reprochait par ailleurs de prendre en compte des aspects somatiques et socioprofessionnels sans qu'il soit possible de comprendre l'évolution de l'atteinte dans le temps (début de l'incapacité de travail, évolution, diagnostics précis). Dès lors, il a préconisé une expertise psychiatrique.
9. Le 19 janvier 2017, le médecin traitant a expliqué qu'en post-partum, fin 2004, l'assurée avait souffert de vives douleurs aux seins. Une prise en charge avait été organisée sur le plan gynécologique, qui avait conclu à des mastites avec évolution défavorable. Malgré plusieurs hospitalisations et prises en charge par différents spécialistes, ce n'était finalement que suite à une dernière intervention chirurgicale, en décembre 2013, que le status infectieux avait disparu. De 2004 à 2014, l'assurée avait donc souffert d'abcès aux seins avec écoulements quasi constants et importantes douleurs l'empêchant de dormir et rendant impossible toute activité professionnelle, raison pour laquelle il concluait à une totale incapacité de travail. Les douleurs aux seins persistaient mais étaient très clairement « médiées » par le taux d'anxiété, d'où l'importance d'un travail psychothérapeutique qui portait actuellement ses fruits.

Le médecin a signalé que sa patiente avait subi des violences physiques et morales de la part du père de sa fille, toxicomane, entre 2004 et 2007, date à laquelle elle avait enfin pu s'en séparer après avoir déposé plainte. S'en était suivie une dépression sévère et un isolement social.

À compter de 2014, l'incapacité de travail était devenue secondaire aux problèmes psychiques. Si l'incapacité de travail totale subsistait depuis 2014, c'était donc pour des raisons psychologiques.

À titre d'atteintes sans effet sur la capacité de travail, le médecin traitant a mentionné une obésité, un syndrome d'apnées du sommeil diagnostiqué en février 2016, ainsi qu'un diabète diagnostiqué en novembre 2016 sous contrôle.

Le médecin a noté une progressive amélioration de l'état psychique depuis son suivi (débuté mai 2014) en parallèle à celui de la Dresse E\_\_\_\_\_. Il espérait que d'ici quelques mois, voire années, l'assurée pourrait réenvisager une activité professionnelle en commençant par un temps partiel.

10. Le 11 avril 2016, la recourante a interpellé l'Association des médecins du canton de Genève pour leur faire savoir que son psychiatre précédent, la Dresse D\_\_\_\_\_ refusait de lui remettre son dossier médical, tout comme elle refusait de répondre aux questions de l'OAI.

La Commission de déontologie et de conciliation de l'Association des médecins du canton de Genève lui a répondu qu'après avoir entendu la Dresse D\_\_\_\_\_, il avait été décidé de la sanctionner.

11. Finalement, la Dresse D\_\_\_\_\_ a consenti à écrire à l'OAI le 9 novembre 2016.

Elle a indiqué avoir suivi l'assurée de fin 2008 à fin 2009, puis de mai 2010 à décembre 2014.

Selon elle, la patiente avait toujours mis en avant ses difficultés de couple, avait refusé un traitement médicamenteux antidépresseur, mais avait en revanche demandé ponctuellement des prescriptions d'anxiolytiques.

Dès 2013, le suivi avait été irrégulier, l'assurée manquant souvent ses rendez-vous ou arrivant avec un retard important. En juin 2013, il y avait eu rupture de traitement pendant presque une année.

En 2014, l'assurée s'était plainte surtout de problèmes physiques.

En définitive, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il lui était impossible de se déterminer d'un point de vue strictement psychiatrique sur la capacité de travail de la patiente, d'une part en raison du manque de collaboration de cette dernière et du manque de régularité dans le suivi, d'autre part en raison des déclarations de l'intéressée, qui avait mentionné son désir de travailler dès que son état physique le lui permettrait. Avaient été retenus à l'époque les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive en 2010, 2011 et 2012 et de réaction à un facteur de stress moyen en 2013 et 2014.

La praticienne a allégué que, lors des dernières consultations, fin 2014, l'assurée aurait exercé une pression psychologique sur elle, exigeant qu'elle la soutienne dans sa démarche auprès de l'assurance-invalidité.

12. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR, qui a à nouveau préconisé une expertise psychiatrique afin de comprendre l'état psychique et son évolution. En effet, l'évaluation fournie par les médecins comprenait des éléments tant somatiques que psychiques. Si les mastites à répétition pouvaient être comprises comme à l'origine de multiples arrêts de travail entre 2004 et 2010, elles ne justifiaient pas pour autant une incapacité totale de travail durant dix ans.

13. L'expertise a été confiée au professeur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a rendu son rapport en date du 15 décembre 2017, sur la base de deux entretiens avec l'expertisée, d'un entretien téléphonique avec sa psychiatre traitante, d'un autre avec son médecin traitant et du dossier remis par l'OAI.

Après une anamnèse détaillée, l'expert a livré ses constatations objectives et a finalement retenu à titre de diagnostics des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé dès 2006. Il a également évoqué des traits de personnalité histrioniques dès le début de l'âge adulte et un trouble dépressif organique dès 2006 en rémission, sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a expliqué que l'assurée, présentant des traits de personnalité histrioniques, avait subi une décompensation dépressive à la survenue de son

problème physique. Cette décompensation avait été évaluée différemment par les thérapeutes qui avaient marqué la période entre 2006 et 2016. Ce trouble dépressif organique (et non en lien avec un PTSD quelconque) était actuellement en rémission. Au cours de la même période et pour pallier aux douleurs, mais également à l'anxiété en lien avec la dégradation de son image corporelle, l'assurée avait présenté une consommation problématique d'alcool persistant encore et pouvant s'avérer un problème pour la reprise d'un emploi en milieu stressant.

L'expert a dit pouvoir suivre sans difficulté les conclusions de la Dresse D\_\_\_\_\_ quant à un trouble de l'adaptation à la maladie physique, dont il a indiqué qu'il avait cependant pris une ampleur plus importante et chronique dans le cadre d'un trouble dépressif organique. Il ne pouvait en revanche souscrire aux hypothèses de la psychiatre traitante quant à un PTSD, encore moins à un trouble borderline, car il n'avait relevé aucun critère, ni pour le premier diagnostic, ni pour le second. L'absence de traitement antidépresseur montrait que la symptomatologie était en régression. La problématique d'alcool était un effet secondaire des douleurs et du stress occasionné par celles-ci. Sur ce plan l'observation de la psychiatre traitante était correcte.

Avec sa psychiatre actuelle, la collaboration de l'assurée était bonne. La reprise d'activité devrait se faire en milieu adapté après une longue période d'inactivité. Une activité de représentation, telle que réceptionniste, ou d'accompagnement, mettant en exergue les capacités relationnelles de l'assurée, devrait être privilégiée, d'abord à temps partiel afin d'éviter que l'exposition au stress ne pèjore les douleurs avec une tendance au repli sur soi.

Quant à la cohérence, l'expert a jugé que le récit de l'expertisée concordait avec les observations de sa psychiatre précédente, mais beaucoup moins avec celles de sa psychiatre actuelle. Les troubles évoqués par cette dernière (trouble borderline, PTSD) ne trouvaient d'étayage, ni dans l'observation clinique, ni dans la récolte des données anamnestiques.

L'expert a relevé que la situation clinique avait donné lieu à des divergences importantes de la part des psychiatres traitants. Issue d'un milieu marqué par l'absence du père et les relations ambivalentes avec une mère souffrant d'une pathologie psychiatrique grave, l'assurée avait investi en premier lieu sa carrière jusqu'au début des années 2000, date à laquelle elle avait présenté un burn-out. Elle avait ensuite envisagé un changement d'orientation professionnelle, avait bien évolué dans son rôle d'employée d'aviation, jusqu'à l'apparition des douleurs consécutives à la naissance de sa fille, non désirée. L'expert a souligné que la séparation d'avec le père de son enfant ne laissait à ce jour aucune trace post-traumatique. En revanche la problématique physique avait été à l'origine d'une longue période dépressive dans le contexte d'un trouble dépressif organique non lié à des composantes de conflit sur le plan relationnel. L'échec narcissique causé par la douleur et les opérations était à l'origine de la décompensation chez une femme peu investie dans les relations sentimentales et davantage portée sur la réalisation

d'une carrière. Récemment, une amélioration s'était fait sentir, avec une meilleure intégration sociale, une diminution des affects dépressifs et une projection adéquate dans l'avenir. Cette amélioration se faisait sans traitement médicamenteux et correspondait à une véritable modification du regard de l'expertisée sur son passé, mais aussi sur sa douleur somatique. Le retour dans le monde du travail était envisageable, l'assurée ne présentant plus de trouble dépressif. En termes de limitations fonctionnelles, l'élément majeur était l'anxiété qui pouvait prendre un caractère pathologique désorganisant et qui induisait une consommation abusive d'alcool qui restait un problème d'actualité.

L'expert a préconisé d'être attentif au retour à l'emploi et, au début et pour une période de douze mois, de le faire à temps partiel, 50% au maximum, pour éviter un échec.

14. Le dossier a alors été soumis une nouvelle fois au SMR, plus particulièrement au docteur G\_\_\_\_\_, qui, le 16 février 2018, a estimé, à l'examen des pièces médicales versées au dossier, que les atteintes somatiques avaient entraîné des incapacités de travail de courte durée de manière ponctuelle selon les médecins en charge de l'assurée à l'époque et qu'il ne pouvait dès lors se rallier aux conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, qui attestait d'une incapacité de travail totale de 2004 à 2014, d'autant moins qu'il n'avait pas vu l'assurée durant cette période. D'ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ n'attestait plus d'aucune atteinte somatique avec répercussion sur la capacité de travail depuis le début de son suivi.

Sur le plan psychiatrique, le médecin du SMR s'est exprimé en ces termes :

« Le SMR ne retient aucune atteinte psychiatrique incapacitante. En effet, sur le plan asséculogique, étant donné qu'aucune comorbidité psychiatrique n'est retenue comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'utilisation nocive d'alcool ne peut être retenue comme incapacitante. Contrairement au Prof. F\_\_\_\_\_, le SMR retient donc un alcoolisme primaire. Au vu de ce qui précède, aucune atteinte à la santé incapacitante ne peut être retenue au sens de l'AI ».

15. Le 5 mars 2018, un projet de décision a été communiqué à l'assurée dont il ressortait que l'OAI se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
16. Le 13 avril 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord.

Il a qualifié l'anamnèse de l'expert de parfaitement exacte.

Il a ajouté que sa patiente souffrait d'une maladie complexe depuis de nombreuses années, entraînant une totale incapacité de travail. Malgré plusieurs essais, elle n'avait plus retrouvé de travail depuis 2009.

Pour sa part, il avait constaté depuis le début de son suivi qu'elle était bien souvent incapable de gérer ses affaires administratives et certaines activités de sa vie quotidienne. Son assistante sociale auprès de l'Hospice général, sa psychiatre et lui-même la soutenaient pour qu'elle puisse mener à bien les activités essentielles.

Selon lui, les conclusions de l'expert rejetant les diagnostics retenus par la psychiatre traitante étaient totalement contestables.

17. Le 18 avril 2018, l'assurée elle-même a contesté le projet de décision.
18. Par décision du 21 août 2018, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation motif pris de l'absence d'atteinte à la santé justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée.
19. Par écriture du 21 septembre 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente.

La recourante allègue qu'elle souffre d'abcès à la poitrine pour lesquels de nombreux traitements et opérations ont été nécessaires, qui ont entraîné une dépression et une consommation excessive d'alcool.

Elle invoque l'avis de la Dresse E\_\_\_\_\_ qui a conclu à un trouble dépressif récurrent, une personnalité borderline, de sévères séquelles de stress post-traumatique et à des troubles alimentaires.

S'y ajoutent, selon le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, une hypertension artérielle diastolique et un syndrome d'apnée du sommeil sévère.

De l'expertise, la recourante retient qu'en termes de limitations fonctionnelles, l'élément majeur est son anxiété, qui peut prendre un caractère pathologique désorganisant et induit une consommation abusive d'alcool.

Elle reproche à l'intimé d'avoir écarté sans motif valable l'expertise psychiatrique, sans indiquer en quoi elle serait dénuée de valeur probante, sur un simple avis non motivé du SMR et ce, alors même que l'ensemble de ses médecins aboutissent au même constat que l'expert, à savoir une incapacité de travail induite par un état de santé compliqué.

Elle demande que soient interpellé l'expert afin d'apporter toutes les précisions requises.

Pour le reste, elle relève qu'aucune instruction n'a été menée quant au calcul du degré d'invalidité.

20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 15 octobre 2018, a conclu au rejet du recours.

L'intimé allègue que l'expert ne peut être suivi, car l'anxiété à l'origine de la dépendance à l'alcool ne présente pas un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier en elle-même une diminution de la capacité de travail et de gain. L'expert ne retient d'ailleurs pas le diagnostic de trouble anxieux. Au surplus, il n'existe aucun traitement médicamenteux en place. Quant au suivi psychothérapeutique, il ne saurait être considéré comme intense.

Pour le surplus, l'intimé rappelle la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de trouble de nature somatoforme. Il n'y a pas atteinte à la santé ouvrant

droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Or, tel est le cas, selon lui, en l'espèce. Il relève la présence de facteurs extra-médicaux (problèmes familiaux, burn-out, violence conjugale) et l'absence de traits de la personnalité pathologiques. Enfin, il note que l'assurée a indiqué à l'expert avoir fait une rencontre sur internet et avoir gardé des contacts réguliers avec un homme vivant à la Réunion, qu'elle a repris contact avec des personnes de son entourage, qu'elle effectue ses tâches ménagères et administratives sans difficultés, qu'elle est inscrite dans une bibliothèque, et il en tire la conclusion qu'elle dispose ainsi de ressources mobilisables indéniables et ne présente pas de limitations uniformes dans tous les domaines comparables de la vie. En l'absence de traitement médicamenteux, le poids effectif des souffrances ne saurait être considéré comme important.

21. Dans sa réplique du 16 novembre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle argue que si l'on ne saurait remettre en cause une expertise et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants émettent une opinion contradictoire, il n'en va pas différemment si c'est le médecin du SMR qui émet un avis contraire.

Or, en l'occurrence, les symptômes ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, l'expert s'est fondé sur deux entretiens avec elle, il s'est également entretenu avec son psychiatre et son médecin traitant. Il a pris connaissance du dossier médical complet et ne s'est pas fondé uniquement sur ses déclarations pour établir son diagnostic et évaluer sa capacité de travail. L'expertise comprend en outre une anamnèse, elle prend en considération ses plaintes et contient les constatations objectives de l'expert ainsi que son appréciation, claire et convaincante.

En définitive, l'ensemble des médecins traitants de l'assurée aboutissent au même constat que l'expert.

22. Dans sa duplique du 4 décembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
23. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 13 juin 2019 au cours de laquelle a été entendu le Prof. F\_\_\_\_\_.

L'expert a confirmé avoir retenu le diagnostic de traits – et non de trouble – de personnalité histrioniques, étant précisé que le premier correspond à une variation de la normalité et le second, à une véritable pathologie psychiatrique.

S'il a retenu une capacité de 50%, c'est parce que lorsqu'il a vu l'assurée, elle était en période de transition : le trouble dépressif organique précédemment invalidant était en voie d'amélioration et n'était plus incapacitant. Il a toutefois préféré se montrer prudent et a préconisé un retour au travail à 50% dans un premier temps, l'objectif étant d'atteindre 100% au bout d'une année, après un passage

intermédiaire à 75%. L'amélioration se faisait d'autant plus sentir que le psychiatre traitant, à juste titre, avait stoppé la médication.

Clairement, l'assurée disposait encore de ressources mobilisables.

L'assurée a longtemps été suivie par une première psychiatre qui avait un avis assez clair de la situation. Puis, elle a été suivie par la Dresse E\_\_\_\_\_ avec les diagnostics de laquelle l'expert a dit ne pas être entièrement d'accord : si le diagnostic de trouble dépressif en lien avec les pathologies somatiques peut être confirmé, celui de stress post-traumatique ne repose sur aucun élément objectif.

Il a répété que le trouble dépressif était en voie d'amélioration, mais pas encore en rémission totale. Au vu de l'utilisation d'alcool existante - qui ne prenait cependant pas des proportions énormes - il lui a paru important de prévoir un retour au travail échelonné afin d'éviter, en brusquant l'assurée, une hausse de l'anxiété qui aurait elle-même sans doute conduit à une augmentation de cette utilisation et, en définitive, à une rechute.

Pour le témoin, on n'est clairement pas dans un cas d'alcoolisme primaire. Cependant l'utilisation d'alcool était une sorte d'automédication pour traiter l'anxiété augmentée par la dépressivité.

Il n'a pas retenu de trouble anxieux constitué : l'anxiété apparaissait plutôt comme un symptôme de la dépression, celle-ci étant au premier plan. En cas de trouble anxieux, c'est celui-ci qui prend les devants et se manifeste par une sorte d'agoraphobie, des troubles paniques, etc.

S'agissant de l'évolution du trouble dépressif de l'assurée antérieurement à l'expertise, le témoin a indiqué ne pouvoir que se fier aux descriptions des médecins et psychiatres traitants. Agir autrement reviendrait à faire preuve de divination.

Or, le premier psychiatre traitant n'a conclu qu'à une réaction à un facteur de stress, ce qui ne constitue pas encore un trouble dépressif.

Ce n'est qu'à la fin de l'année 2015 que la Dresse E\_\_\_\_\_ a conclu à un trouble dépressif récurrent sévère. On peut considérer que c'est à partir de ce moment que le trouble a été totalement incapacitant.

Puis, en 2017, le médecin traitant a noté une évolution progressive de l'état dépressif. Cela qui amène à la situation telle qu'il l'a constatée lors de son examen et aux 50% retenus pour les raisons déjà mentionnées.

Il est vrai qu'en juin 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ concluait à un état dépressif invalidant. L'expert a toutefois fait remarquer qu'à la même époque, la première psychiatre, spécialiste, ne faisait pas de même. Qui plus est, le Dr C\_\_\_\_\_ avait conclu à une incapacité de travail depuis 2004 déjà. Avec toutes les précautions d'usage qu'il faut prendre s'agissant d'une évaluation rétrospective, le témoin a émis l'avis qu'il vaut mieux se référer aux rapports des spécialistes, rappelant que le conflit survenu entre

l'assurée et le premier psychiatre était consécutif au refus de cette dernière de soutenir la demande AI.

Le témoin a souligné ne s'exprimer que sur le plan psychique, sans se prononcer sur l'incapacité de travail due aux mastites à répétition auxquelles le Dr C\_\_\_\_\_ faisait référence en juin 2015.

Il a répété avoir conclu à une capacité de travail pleinement retrouvée après un délai d'une année, mais ne pouvoir être totalement catégorique sur l'évolution envisagée. Dans l'idéal, il faudrait, comme cela se fait en médecine du travail dans certains pays, accompagner l'assurée tout au long de sa reprise (par le biais d'un soutien psychologique) et procéder à une réévaluation à l'issue de l'année préconisée.

S'il a fixé la période de transition à une année, c'est en se fondant d'une part, sur l'ampleur, déjà constatable, de la diminution des symptômes dépressifs, d'autre part, sur la trajectoire usuelle de patients dans cette situation. L'expert a souligné la difficulté de faire la part entre symptômes psychiques proprement dits et éventuelles difficultés dues à une période de déconditionnement de plusieurs années et à l'obligation de se confronter à nouveau à un monde du travail relativement rude. Il a ajouté que l'assurée lui a paru disposer de suffisamment de ressources et de représentation pour ne pas avoir besoin de réadaptation au sens propre. Il a également évoqué la possibilité que cette période soit finalement plus courte que prévu du fait que l'assurée qui se retrouve en emploi est gratifiée et que cela peut contribuer à améliorer encore son état plus rapidement.

La seule limitation fonctionnelle retenue en l'occurrence est la vulnérabilité de l'assurée au stress, qui peut amener à un cercle vicieux (stress, anxiété, prise d'alcool). Il a cependant émis l'avis que cette vulnérabilité n'entraînait pas de diminution de rendement.

Le témoin a ensuite émis l'avis que la description ressortant du rapport rédigé en 2016 (pce 67 OAI, pce 7 recourante) correspondait très clairement à un état dépressif sévère. Mais il a répété que, selon lui, la Dresse E\_\_\_\_\_ avait donné un caractère de gravité exagéré à la situation : les diagnostics d'état borderline et de stress post-traumatique ne pouvaient en aucun cas être validés. Quant à celui d'état dépressif, il n'avait d'autre choix que de se fier à la description donnée par le psychiatre traitant.

La dépression était en lien avec les mastites à répétition, affections somatiques qui touchent à l'image de soi.

Interrogé sur le fait que les atteintes somatiques ont été résolues en décembre 2013 et que l'état dépressif a perduré, le témoin a répondu que lorsqu'une pathologie qui porte atteinte à l'image narcissique provoque une atteinte psychique, la disparition de la pathologie somatique n'entraîne pas de facto immédiatement celle de l'atteinte psychique. Il n'est en effet pas rare que les patients restent fragilisés par la suite, comme "brûlés", par exemple en cas de cancer du sein ou d'infarctus. Un tel lien temporel ne peut donc être fait.

Interrogé une nouvelle fois sur le rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_, l'expert a répété avoir constaté l'existence d'incohérences.

Il a réitéré que la capacité de 50% à laquelle il a conclu se justifiait parce que la rémission n'était encore que partielle, qu'il subsistait un risque de rechute et que la situation n'était pas encore totalement stabilisée ; il lui paraissait important d'accompagner une assurée déconditionnée après une longue période d'éloignement du marché du travail. S'il n'a pas conclu que le diagnostic d'état dépressif était alors invalidant, c'est parce qu'il ne voulait pas qu'il signe une invalidité au long cours. En d'autres termes, il n'entendait pas délivrer d'arrêt de travail de 50% qui perdure dans le temps.

Le témoin a émis l'avis que le risque de rechute n'aurait pu être amoindri par une augmentation de la médication ou du suivi déjà en place. Il était en revanche important d'éviter une confrontation brutale avec le monde du travail afin de donner le plus de chances à une évolution favorable.

Si la question lui avait été clairement posée de l'évolution de la situation dans le temps, il aurait sollicité des éclaircissements auprès de la Dresse E\_\_\_\_\_ car certains des diagnostics qu'elle a retenus sont très graves (stress post-traumatique et borderline), alors qu'au moment de l'expertise, il ne pouvait que les exclure sans le moindre doute.

A l'issue de l'audience, l'intimé a souligné que la Dresse E\_\_\_\_\_, dans un entretien téléphonique du 14 septembre 2015, avait conclu oralement à une capacité de 50%.

24. Dans ses conclusions après enquêtes du 12 juillet 2019, la recourante a fait valoir que l'audition du Prof. F\_\_\_\_\_ avait mis à jour le fait que le dossier n'avait pas été suffisamment instruit.

Selon elle, un complément d'expertise s'avère nécessaire quant à l'évolution de son incapacité de travail sur le plan psychique. En effet, le Prof. F\_\_\_\_\_ a affirmé que le trouble dépressif organique retenu était précédemment invalidant ce qui implique qu'il a, à un moment donné, influé sur la capacité de travail. Ce n'est qu'en 2017 qu'il a évolué favorablement, amenant l'expert à conclure à une capacité de travail de 50%.

La recourante allègue que la question de l'évolution de son incapacité dans le temps n'a pas été posée formellement au Prof. F\_\_\_\_\_ dans le cadre de la mission d'expertise. Elle estime que ses réponses lors de l'audition, sans examen préalable du dossier, ne permettent pas de tirer des conclusions fiables.

Au surplus, elle estime que l'instruction devrait être complétée par une expertise gynécologique sur la question de l'incidence des mastites à répétition sur l'évolution de sa capacité de travail. À cet égard, elle invoque le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ de juin 2015, confirmé en janvier 2019, qui jugeait la capacité de

travail nulle dans toute activité, non seulement en raison des problèmes psychiques, mais également en raison de la pathologie physique.

Elle sollicite un complément d’instruction sur l’influence du syndrome de l’apnée du sommeil sévère constaté par le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, dans un rapport du 12 février 2016 qu’elle produit à l’appui de son écriture. Le médecin y fait référence à un syndrome sévère (index d’apnées et hypopnées à 37/H).

Enfin, elle argue que son trouble dépressif n’a pas été non plus investigué suffisamment alors même que l’expert a clairement exclu que son alcoolisme puisse être considéré comme primaire.

25. Dans ses conclusions après enquêtes du 15 juillet 2019, l’intimé a persisté dans ses conclusions.

Il relève que l’expert a confirmé lors de son audition la présence indéniable de ressources mobilisables et de facteurs extra-médicaux justifiant ses conclusions d’une capacité de travail réduite (déconditionnement et éloignement du marché du travail).

L’intimé relève que l’expert dans son rapport, en page 12, a retenu un trouble dépressif organique en rémission sans répercussion sur la capacité de travail. Il considère que l’expert se contredit donc lorsqu’il indique en page 16 que le retour de l’assurée dans le monde du travail est envisageable puisqu’elle ne présente plus de trouble dépressif avant de conclure que le trouble dépressif est en voie d’amélioration mais pas encore en rémission totale, puis de retenir une incapacité de 50% au motif que la rémission n’est encore que partielle, qu’il subsiste un risque de rechute et que la situation n’est pas encore stabilisée.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l’art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l’organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l’art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l’assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l’art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s’appliquent à l’assurance-invalidité, à moins que la loi n’y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

---

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de prestations de l'intimé, plus particulièrement, sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante et, cas échéant, sur le degré et l'évolution de la capacité de travail dans le temps.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

---

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

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

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

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

8. Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

#### A. Axe « atteinte à la santé »

##### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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. 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 (consid. 4.3.1.1).

##### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

##### 3. Comorbidités

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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n°1, p. 1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit 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 (consid. 4.3.2).

### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne 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 toujours 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 (consid. 4.3.3).

## II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (consid. 4.4.1).

### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique 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 (consid. 4.4.2).

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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) 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 douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs 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).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une

---

thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

---

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

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au

---

contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. En l'espèce, l'intimé considère, se fiant à l'avis émis le 26 février 2018 par le Dr G \_\_\_\_\_, du SMR, que, contrairement à l'avis de l'expert et des médecins traitants de la recourante, celle-ci n'a souffert d'aucune atteinte à la santé invalidante de façon durable.

Il y a lieu d'examiner d'abord la valeur probante de l'expertise du Prof. F \_\_\_\_\_, dont il convient de rappeler qu'il a été dûment mandaté par l'intimé lui-même.

La Cour de céans constate que le rapport de l'expert remplit tous les réquisits jurisprudentiels : l'expertise est fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, les conclusions sont discutées de manière convaincante et les contradictions relevées par le SMR quant à l'incapacité de travail retenue en dépit d'une atteinte psychique dont il avait été indiqué qu'elle était en voie

d'amélioration, voire même pratiquement guérie, ont été longuement et clairement explicitées par l'expert lors de son audition par la Cour.

Ainsi que le relève la recourante, l'intimé ne pouvait purement et simplement écarter l'expertise sur la foi du simple avis lapidaire et non motivé du SMR, qui, sans aucune explication, a déclaré qu'il retenait pour sa part un « alcoolisme primaire », notion dont il a été relevé plus haut qu'elle n'est au surplus plus d'actualité depuis la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. Comme indiqué supra, un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. S'il n'est certes pas dénué de toute valeur probante, il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve, lesquelles ne sont à l'évidence pas remplies par le document émis le 16 février 2018, dépourvu de toute explication quant aux raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis de l'expert.

Longuement entendu par la Cour de céans, celui-ci a expliqué de manière convaincante pour quelles raisons il avait retenu une incapacité de travail transitoire, malgré une atteinte psychique déjà bien améliorée. Il a notamment évoqué la nécessité de procéder par pallier au vu de la durée de l'éloignement du marché du travail, d'une part, de l'absence de rémission totale, d'autre part, de l'arrêt de la médication et de la fragilité encore présente chez l'assurée et du risque de rechute, enfin. Il ne s'agit nullement là de facteurs sociaux mais bien d'éléments induits par la maladie en elle-même.

On ne voit pas non plus trace de l'exagération des symptômes alléguée par l'intimé dans sa réponse au recours. La recourante n'a pas caché que son état était en voie certaine d'amélioration, ce qu'a d'ailleurs retenu l'expert. Si celui-ci a brièvement fait état de facteurs extra médicaux, c'est seulement pour expliquer dans quel contexte s'était produite la décompensation chez l'assurée, dont il a d'ailleurs souligné qu'elle avait été évaluée différemment par les thérapeutes au fil du temps.

Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucune raison de nier la valeur probante de l'expertise du Prof. F\_\_\_\_\_, aucun indice concret ne permettant de s'en écarter. L'avis isolé et non motivé de la Dresse E\_\_\_\_\_ concluant à un PTSD sans relater aucun critère diagnostique ne saurait suffire, pas plus, comme déjà dit, que l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, pas plus motivé.

Suivant l'avis de l'expert, il y a donc lieu de retenir une totale incapacité de travail de septembre 2015 - date à laquelle la Dresse E\_\_\_\_\_ conclut pour la première fois à un état dépressif sévère - jusqu'à la date de l'expertise, réduite à compter de décembre 2017 à 50%, à 25% à compter de juin 2018 puis à 0% dès décembre 2018, selon les explications fournies par l'expert en audience. Tout comme lui, la Cour de céans constate que le psychiatre traitant de l'assurée en juin 2015 - période à laquelle son médecin-traitant parlait d'une totale incapacité de travail due à un état anxio-dépressif important - ne retenait pour sa part aucune incapacité - raison

pour laquelle la relation thérapeutique semble d'ailleurs avoir été interrompue. En l'absence d'avis de spécialiste contraire et de toute description du status par le Dr C\_\_\_\_\_ à l'époque, on ne saurait considérer comme établie l'existence d'une atteinte à la santé psychique invalidante alors.

L'incapacité totale de travail a été admise par l'expert sur la base des avis des médecins-traitants. A cet égard, des investigations complémentaires telles que réclamées par la recourante n'apparaissent pas utiles. En effet, ainsi que l'a fait remarquer l'expert, s'agissant d'une période passée, il n'existe guère d'autres éléments que les indications (évaluations, mais également descriptions de status et anamnèses) fournies par les médecins-traitants et procéder autrement qu'en se fondant sur celles-ci relèverait « de la divination ». Avec l'expert psychiatre, la Cour considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il y a eu incapacité totale de travail à compter de septembre 2015.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, la question de l'évolution de son incapacité dans le temps a bel et bien été posée dans le cadre de la mission d'expertise. Si l'expert n'a pu se montrer beaucoup plus précis, c'est au vu de l'éloignement dans le temps et de l'absence d'éléments concrets plus détaillés. Une expertise nouvelle se heurterait aux mêmes difficultés.

De la même manière, il n'apparaît pas utile d'investiguer plus avant la situation gynécologique dans la mesure où il est établi que les problèmes somatiques ont été résolus fin 2013, grâce à la dernière intervention, étant rappelé que la demande de prestation est postérieure de plus de six mois.

Enfin, le syndrome d'apnées du sommeil est connu depuis longtemps, l'assurée est appareillée et ce diagnostic a été qualifié de non invalidant par son médecin-traitant.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour retient comme établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis une incapacité de travail de 100% de septembre 2015 à novembre 2017, de 50% de décembre 2017 à mai 2018, de 25% de juin à novembre 2018, date à laquelle elle a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que décrite par l'expert, qui évoquait une activité de représentation, telle que réceptionniste, ou d'accompagnement, mettant en exergue les capacités relationnelles de l'assurée, permettant d'éviter l'exposition au stress.

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 21 août 2018 annulée. L'intimé n'ayant procédé à aucune investigation quant au calcul du degré d'invalidité – puisqu'il avait écarté toute atteinte invalidante – il y a lieu de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire, examen du degré d'invalidité par sa division de réadaptation et nouvelle décision.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art.

6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 21 août 2018.
4. Dit que l'assurée a été dans l'incapacité de travailler de 100% de septembre 2015 à novembre 2017, de 50% de décembre 2017 à mai 2018, de 25% de juin à novembre 2018, date à laquelle elle a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour examen du degré d'invalidité par comparaison des revenus et nouvelle décision.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 4'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émoluments de CHF 500.- 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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