



POUVOIR JUDICIAIRE

A/667/2018

ATAS/928/2019

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

**Arrêt du 14 octobre 2019**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ATHENAZ (AVUSY), comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cyril MIZRAHI recourante

contre

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

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy KNOPFEL, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1965, célibataire, mère d'un enfant, né le \_\_\_\_\_ 1999, est titulaire d'une demi-licence en lettres obtenue en 1988 et de nombreux certificats de chant, de musique, de danse et d'art chorégraphique. Elle a notamment collaboré en qualité de secrétaire au service de diverses entités, soit du 1<sup>er</sup> février 1992 au 30 juin 2000 à un taux de 60 % auprès de la société d'assurances B\_\_\_\_\_ SA ; du 2 octobre 2000 au 28 février 2001 à un taux de 50 % au sein de l'entreprise de gypserie/peinture C\_\_\_\_\_ ; du 5 mars 2001 au 31 décembre 2003 au Centre D\_\_\_\_\_ à un taux de 50 %, augmenté à 70 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2002 et diminué à 20 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 ; du 1<sup>er</sup> août 2003 au 30 septembre 2005 au Centre de consultation E\_\_\_\_\_ à un taux de 20 % ; du 1<sup>er</sup> septembre 2005 au 31 mars 2006 à un taux de 20 % auprès de l'Université du \_\_\_\_\_ de Genève, puis de 30 % du 1<sup>er</sup> avril au 15 juillet 2006. Elle a également dispensé des cours « ateliers du mouvement » en particulier au sein du Groupement sportif F\_\_\_\_\_ et du Groupement gymnique H\_\_\_\_\_, et travaillé dans l'EMS I\_\_\_\_\_ en qualité de danse-thérapeute stagiaire du 25 mars au 26 septembre 2008 à raison de seize heures par semaine dans le cadre de mesures de placement temporaire de l'office cantonal de l'emploi.
2. Le 16 mars 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé), indiquant n'exercer aucune activité lucrative depuis son accident survenu le 7 avril 2013 et souffrir d'une maladie depuis janvier 2014. Elle touchait des prestations de l'Hospice général.
3. Différents médecins à l'Hôpital de la Tour ont émis des certificats attestant, pour cause d'accident, une capacité de travail de 0 % du 7 avril au 27 octobre 2013 et de 30 % du 28 octobre au 12 décembre 2013 (durée probable), puis du 13 décembre 2013 au 31 janvier 2014 (durée probable).
4. Les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, médecins généralistes auprès de SOS Médecins, ont certifié une incapacité de travail totale du 20 au 23 janvier 2014 pour cause de maladie, respectivement du 29 au 31 janvier 2014. Le premier a noté une reprise du travail à 30 % dès le 24 janvier 2014, la seconde une reprise à ce taux à partir du 1<sup>er</sup> février 2014.
5. Le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a attesté une capacité de travail nulle, consécutive à une maladie, dès le 31 janvier 2014 pour une durée probable jusqu'au 14 février 2014.
6. Des médecins aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont certifié que l'assurée, en traitement les 4 et 7 février 2014 dans le service des urgences pour maladie, présentait une incapacité de travail totale du 3 au 12 février 2014.
7. Dans un certificat du 7 avril 2014, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté une capacité de travail nulle du 10 au 24 février 2014 pour cause de maladie.

8. Dans un certificat du 2 mai 2014, la clinique La Métairie a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée dans cet établissement du 24 février au 4 mai 2014. Plusieurs médecins pratiquant au sein de cette clinique ont attesté une capacité de travail nulle dès la date de l'hospitalisation, en dernier lieu, jusqu'au 31 octobre 2014.
9. Le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté une capacité de travail nulle du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2014, qu'il a prolongée, à réitérées reprises, jusqu'au 31 mars 2015.
10. Dans un document intitulé « Informations complémentaires à la demande de prestations AI » du 9 mars 2015, l'Hospice général a indiqué suivre l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008. Cette dernière avait travaillé dernièrement en tant qu'assistante administrative à 50 %, avant son licenciement. Elle faisait l'objet d'un suivi médical régulier. Elle souhaitait une orientation professionnelle adaptée à ses problèmes de santé.
11. Dans un rapport du 24 mars 2015, la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de fracture de la cheville droite opérée le 8 avril 2013. Elle avait suivi l'assurée du 9 janvier 2014 au 12 mars 2015; son état de santé avait évolué en syndrome neuro-dystrophique complexe « (algo) ». La cheville droite était peu enflée et la récupération en amplitude était bonne (80 % environ). L'assurée ne suivait plus de traitement, hormis la physiothérapie. Son incapacité de travail était totale depuis le 8 avril 2013 en tant que danse-thérapeute. Les restrictions physiques étaient : piétinement, charge, et marche prolongée en raison des douleurs. Dès le 12 mars 2015, une activité adaptée était possible à plein temps. L'assurée devait éviter les activités uniquement en position debout, dans différentes positions, principalement en marchant, accroupie, à genoux, sur une échelle ou un échafaudage et les escaliers.
12. Dans un rapport du 2 avril 2015, le Dr N\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif léger depuis février 2014 (F32.1) ; de status post fracture de la cheville droite et ligaments déchirés de la cheville gauche le 7 avril 2013; et d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit. Il suivait l'assurée depuis le 13 novembre 2014. Le dernier contrôle remontait au 26 mars 2015. Celle-ci avait été opérée le 8 avril 2013 pour fracture de la cheville droite et hospitalisée pendant quatre jours à l'Hôpital de la Tour, suivi d'une rééducation ambulatoire, d'un traitement de l'algoneurodystrophie et de physiothérapie. Du 12 au 24 février 2014, elle avait été hospitalisée à la clinique La Colline en raison de malaises accompagnés de vertiges, de perte de force et d'incapacité à marcher. Elle avait ensuite été hospitalisée à la clinique La Métairie.

L'assurée décrivait des années difficiles à devoir s'occuper seule de son fils et travailler. En 2013, elle avait chuté dans les escaliers avec des complications orthopédiques importantes. Elle avait repris le travail en octobre 2013, affirmait ne s'être pas rendue compte de ses limites et être arrivée à un épuisement psychique et

physique avec, dès fin janvier 2014, des vertiges, une perte de force, des difficultés à marcher et une impression qu'elle allait mourir. Elle avait été conduite plusieurs fois aux urgences. À la troisième reprise, elle avait refusé de rentrer chez elle, se sentant trop faible. Elle avait alors été adressée au CAPPI (centres ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie intégrés aux HUG) puis transférée à la clinique La Colline, où elle était restée trois semaines. Un bilan cardiaque avait été effectué en raison de tachycardie et un traitement de bêtabloquant introduit. Elle décrivait avoir également eu l'impression d'avoir fait un AIT (accident ischémique transitoire), mais l'examen neurologique et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'avaient rien mis en évidence. Elle avait ensuite été transférée à la clinique La Métairie avant d'être suivie à l'unité HDJ (Hôpital de jour). Le diagnostic de burnout avait été retenu. Le bêtabloquant avait été arrêté et un traitement de Cipralex introduit. Elle avait essayé de reprendre son travail en septembre mais une heure avant son cours, elle avait été prise d'une angoisse qui l'avait tétanisée. Elle était en arrêt maladie depuis lors. Elle n'avait pas d'antécédent psychiatrique ou somatique significatif avant 2013.

Actuellement, sur le plan psychique, l'assurée présentait une humeur déprimée fluctuante, une fatigabilité sévère, un ralentissement psychomoteur, de l'anxiété, des troubles du sommeil, une aboulie modérée et de la tristesse occasionnelle en lien avec la solitude. Les restrictions physiques rapportées par la patiente étaient : une diminution de la mobilité de la cheville droite, des troubles de l'équilibre, une diminution de la force du membre inférieur droit et une fatigabilité importante. Sur le plan psychique, les limitations étaient : un ralentissement psychique, une diminution de la concentration et des capacités d'adaptation qui se manifestait par un besoin de ritualisation et par l'apparition d'anxiété lors d'imprévus ou d'exigences trop élevées, des difficultés à se mobiliser le matin et une résistance diminuée. Les restrictions énumérées pourraient être réduites par un suivi psychiatrique, psychothérapeutique et physio-thérapeutique. Le traitement actuel consistait en de la psychothérapie et physiothérapie, la médication actuelle étant du Cipralex et du Temesta. Son incapacité de travail était totale en tant que danse-thérapeute depuis le 13 novembre 2015 (sic) pour une durée indéterminée. L'assurée pourrait travailler dans une activité adaptée, en position assise, d'une durée limitée à deux heures par jour et l'après-midi. Elle devait éviter les activités uniquement en position debout, dans différentes positions, principalement en marchant, accroupies, à genoux, sur une échelle ou un échafaudage et les escaliers. Sa capacité de concentration était limitée (deux heures par jour), de même que sa capacité d'adaptation et de résistance. Ces indications étaient valables depuis le 27 mars 2015. Sa capacité de travail pourrait être augmentée progressivement. Le pronostic sur le plan psychique était bon, car l'évolution, bien que lente, avait été favorable.

13. Le 24 avril 2015, l'OAI a reçu de la clinique La Métairie :

- 
- la lettre de sortie du 12 mai 2014, relative au séjour du 24 février au 4 mai 2014, retenant le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). L'assurée avait été adressée à cette clinique en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive sévère. Elle travaillait en tant que danso-thérapeute. La corporalité et le développement de cette dernière prenaient une place importante dans sa vie. La patiente était également très investie dans sa famille, soutenant beaucoup sa mère, sa grand-mère et son fils. Son ex-mari (recte : compagnon) semblait être peu investi dans son rôle de père. Une année auparavant, elle s'était fracturée la cheville après une chute. Elle avait ensuite développé une algoneurodystrophie au niveau de la cheville droite. Cette attaque à la corporalité, élément essentiel pour la patiente, semblait être un des facteurs qui, associé au surinvestissement familial, l'avait amenée à un épuisement important. Après avoir, de manière soudaine, présenté une symptomatologie mal-systématisée aiguë, se caractérisant par des vertiges, une tachycardie et une anxiété envahissante, elle avait été hospitalisée à la clinique La Colline. Les investigations effectuées avaient permis d'exclure une origine somatique de cette symptomatologie. Elle avait alors été transférée à la clinique La Métairie pour suite de prise en charge en milieu psychiatrique et psychothérapeutique. Le status psychique à l'admission était : patiente très angoissée, collaborante. Elle montrait un besoin important d'être entourée. La thymie était triste. Elle présentait un sentiment de désespoir, un épuisement et une anxiété importante. Elle avait une tendance à la régression, sans idées suicidaires ni d'élément de la lignée psychotique. Le bilan somatique, conduit par un médecin interniste, avait permis d'exclure la présence d'un phéochromocytome et toute origine somatique de la symptomatologie présentée. Lors de son suivi psychothérapeutique individuel, elle avait évoqué son adoption, le sentiment d'abandon, son besoin d'exister à travers la corporalité et l'impact que la fracture de la cheville avait eu sur son sentiment d'exister. Se sentant reconnue, entourée, elle avait pu gentiment sortir d'un état de régression et une évolution favorable de la symptomatologie présentée avait pu être observée ;
  - la lettre de sortie (Hôpital de jour) du 22 octobre 2014, relative au séjour du 5 mai au 14 octobre 2014 (à raison de trois fois par semaine), posant le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques (F32.1). La comorbidité était un trouble anxieux sans précision (F41.9). Le motif d'hospitalisation était la suite de prise en charge post-hospitalière d'un épisode anxio-dépressif. Le status psychiatrique à l'admission était : patiente calme, collaborante, orientée dans le temps et l'espace, vigilance normale, pas de troubles de l'attention ni de la concentration, tenue soignée, thymie neutre, discours cohérent centré sur la symptomatologie physique, pas de plaintes de type dépressif, pas de tristesse, pas d'anhédonie, pas d'idées suicidaires, pas de symptômes psychotiques. Sur le plan symptomatique, elle évoquait la récurrence de crises paniques à domicile, ainsi que des difficultés de sommeil sous forme de réveils nocturnes traités par des réserves de Temesta. Sur le plan de l'élaboration

psychique, elle présentait une tendance marquée au déni de la souffrance. Sous l'effet contenant et étayant du lien thérapeutique, elle pouvait toutefois faire part d'un sentiment récurrent d'abandon et de solitude, qu'elle mettait en lien avec son histoire personnelle d'adoption. Elle avait encore des liens rapprochés avec sa mère adoptive. Son père adoptif était quant à lui décédé en 2010. Les symptômes observés étaient de l'ordre de la somatisation ou de la présence de traits hypocondriaques, renforcés par les conséquences directes de ses affections somatiques sur la pratique de son métier. Elle s'était également plainte d'un sentiment d'être dépendante à des jeux d'ordinateur en ligne. L'évolution thymique et de l'anxiété avait été favorable, la patiente avait entrepris spontanément des démarches pour une reprise progressive de son activité professionnelle qui s'était soldée par un échec. Elle exprimait la réapparition d'un sentiment de tension physique intense et de signes d'anxiété lorsqu'elle avait prévu de redonner une séance de thérapie par le mouvement. Elle avait alors décidé d'annuler la reprise professionnelle. Elle avait demandé une intensification du suivi à l'Hôpital de jour, qui s'était progressivement réduit à un jour par semaine, et confrontée à la question des objectifs thérapeutiques, elle avait exprimé un sentiment de rejet et d'abandon de la part de son médecin de l'Hôpital de jour et informé de sa décision de mettre fin à son suivi.

14. Dans une note interne du 30 avril 2015 (sic), suite à un entretien avec l'assurée (le 1<sup>er</sup> décembre 2015), l'intimé a relevé que le dernier employeur de celle-ci était l'Université du \_\_\_\_\_ de Genève. Elle y avait travaillé à 30 %. Elle avait ensuite perçu des prestations de chômage entre juillet 2006 et juillet 2008. Un stage avait été mis en place par le chômage après de l'EMS I \_\_\_\_\_ pour une durée de six mois à un taux de 40 %. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008, elle était bénéficiaire de l'Hospice général. Elle avait déclaré que, sans atteinte à la santé, elle souhaiterait pouvoir travailler à raison de 50-60%.
15. Dans un rapport du 31 août 2015, le Dr N \_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé était stationnaire. Les diagnostics étaient identiques à ceux posés dans son précédent rapport, de même que les limitations fonctionnelles, et ajouté que, sur le plan physique, la patiente rapportait des épisodes de tachycardies (d'origine encore indéterminée) qui la fatiguaient beaucoup; et sur le plan psychique, elle affirmait pouvoir se concentrer au maximum une heure sur une tâche administrative. En comparaison au status d'avril 2015, le médecin relevait une légère évolution favorable. Il avait constaté une légère baisse de l'anxiété en lien avec la mobilisation, la patiente avait réussi à reprendre seule les transports publics, à aller nager dans une piscine et à marcher plus longtemps. Elle désirait reprendre une activité professionnelle. Une évaluation médicale complémentaire était utile pour mettre en évidence de manière plus objective et spécifique les limitations physiques. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'art thérapeute était nulle. Le médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée. La compliance était bonne. Les deux dernières consultations avaient eu

lieu les 12 et 27 août 2015. Le traitement en cours consistait en la prise de Cipralax et de Temesta. Une reprise de travail n'était actuellement pas envisageable.

16. Dans un rapport du 5 novembre 2015, le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a, suite à une visite à domicile l'avant-veille, posé le diagnostic de chute sur perte soudaine du tonus musculaire. L'assurée était connue pour des antécédents de perte de connaissance sur tachycardie en janvier-février 2014 et des antécédents de vertiges présents depuis le 20 janvier 2014, survenant depuis quasi au quotidien dès la position debout. De nombreuses investigations cardiaques et ORL avaient été effectuées, sans diagnostic, hormis une tachycardie expliquant les syncopes selon la patiente, qui aurait alors été traitée par bêtabloquants, le reste des symptômes étant mis sur le compte d'attaques de panique. Le 3 novembre 2015, alors qu'elle se trouvait dans un magasin en position debout, elle avait ressenti subitement une sensation de tomber en arrière et avait chuté effectivement, sans véritable perte de connaissance, et sans traumatisme cranio-cérébral, puisqu'elle avait réussi à se pencher sur le côté gauche et chuté donc sur ce côté. Elle ressentait depuis des douleurs au niveau de la fesse gauche et des poignets, et surtout, un choc psychologique intense, la chute ayant fait ressurgir les nombreux événements du passé durant l'année 2014 (première chute ayant engendré une fracture au niveau des chevilles, une algoneurodystrophie, un burnout avec séjour hospitalier). Elle n'avait actuellement pas d'autres plaintes (pas de dyspnée, pas de douleur rétrosternale, pas de sensation de palpitations, pas de vertige, mais une sensation de manque de force et des tremblements au niveau des deux membres supérieurs). La patiente présentait un bon état général, était eupnéique et orientée aux quatre modes. S'agissant de l'auscultation pulmonaire, les plages étaient propres sans bruits surajoutés. L'auscultation cardiaque lointaine relevait un rythme cardiaque régulier, normocarde, sans souffle décelé. L'examen neurologique montrait des nerfs crâniens dans les normes, les manœuvres cérébelleuses étaient correctement effectuées. L'assurée présentait une baisse de la force des quatre membres. La position debout était tenue mais instable avec sensation de tomber en arrière. Le médecin a conclu qu'il n'y avait, dans l'urgence, pas de raison d'effectuer des examens complémentaires (radiographique, cardiovasculaire, neurologique).
17. Dans un rapport du 18 novembre 2015, la doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a posé le diagnostic de passage systémique de médicament parasympatholytique oculaire avec mydriase, muqueuses sèches, tachycardie, nausée, sensation de faiblesse et crise de panique surajoutée. Le motif de la consultation, en urgence, était un malaise sans perte de connaissance. Lors d'un contrôle des yeux l'après-midi du 18 novembre 2015, à la troisième injection de gouttes oculaires, l'assurée avait senti un écoulement dans la gorge de manière importante ainsi qu'une sensation de dessèchement des muqueuses, avec également une sensation que son cœur battait fort et vite, accompagnée de nausées. Elle racontait également avoir eu l'impression de ne plus avoir de tonus musculaire et se sentir ralentie. Elle avait dû rester allongée une heure et demi. Progressivement, le

---

tonus musculaire était revenu, mais elle signalait toujours un manque de force et avait de la peine à se déplacer. La sensation de tachycardie avait disparu mais elle avait toujours l'impression que son cœur battait un peu fort. L'auscultation cardio-pulmonaire était sans particularité, de même que l'examen neurologique, hormis une mydriase bilatérale. Les gouttes oculaires pouvaient expliquer les effets (nausées, mydriase, muqueuses sèches, tachycardie et élévation de la tension artérielle, mais pas la diminution du tonus). Il fallait s'attendre à une disparition des effets quatre-six heures après l'administration des gouttes (vingt-quatre heures pour la mydriase). L'examen clinique était rassurant et en bonne évolution.

18. Dans un rapport du 23 novembre 2015, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a, suite à une visite à domicile le 20 novembre 2015, posé les diagnostics de lipothymie et de palpitations. La patiente était connue depuis plusieurs années pour une hypotension orthostatique d'origine indéterminée avec multiples traitements d'épreuve sans succès. Elle avait présenté trois jours auparavant une tachyarythmie suite à l'usage de dérivés de l'atropine afin de faire un fond d'œil. Le bilan effectué n'avait pas mis en évidence de pathologie particulière. Ce jour, alors qu'elle étendait son linge, elle avait ressenti à nouveau une tachyarythmie avec une sensation de lipothymie, sans perte de connaissance. La tachyarythmie inquiétait la patiente. À l'arrivée du médecin, les symptômes s'étaient résolus. L'assurée ne décrivait pas de sensation de dyspnée ni de douleur rétrosternale. Dans un second temps, elle signalait une angoisse associée à cette tachyarythmie non expliquée. L'examen n'avait pas mis en évidence de signe de décompensation cardiaque. Le médecin a conclu que l'assurée avait présenté une lipothymie probablement orthostatique, sans critère de gravité.
19. Dans un avis du 23 décembre 2015, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que, d'un point de vue orthopédique, l'assurée était en incapacité de travail depuis le 7 avril 2013 en raison d'une fracture de la cheville droite, ostéosynthésée. Elle avait par la suite développé une algoneurodystrophie de la cheville droite qui justifiait selon le médecin traitant la poursuite d'une incapacité de travail totale jusqu'au 12 décembre 2013 (sic). Dès le 13 décembre 2013 (recte : 28 octobre 2013), l'assurée retrouvait une capacité de travail de 30 % dans son activité habituelle. Dans son rapport du 24 mars 2015, la Dresse O\_\_\_\_\_ attestait une évolution favorable de la cheville droite avec une bonne récupération des amplitudes fonctionnelles, mais la persistance de douleurs lors du piétinement, de la marche prolongée et du port de charges. Dans ce contexte, la spécialiste attestait la poursuite d'une incapacité de travail totale dans toute activité. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée était en incapacité de travail depuis le 20 janvier 2014 en raison d'un épisode dépressif léger. En avril 2015, puis en août 2015, le Dr N\_\_\_\_\_ attestait une évolution favorable de la thymie. Les limitations fonctionnelles étaient rapportées par la patiente, mais pas attestées médicalement. Le psychiatre estimait qu'une évaluation médicale complémentaire était nécessaire dans un souci d'objectivité. En définitive, selon le

SMR, l'assurée présentait une atteinte psychiatrique légère, dont l'évolution semblait favorable, ainsi qu'une atteinte de la cheville droite, dont l'évolution était également favorable. Il était ainsi difficile de comprendre ce qui justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité. Dans ce contexte, le SMR a proposé une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

20. Le 27 décembre 2015, l'assurée a consulté les urgences des HUG et du 28 décembre au 11 janvier 2016, elle a séjourné au département de médecine interne des HUG. Dans le rapport y relatif du 11 janvier 2016, le motif d'hospitalisation était des malaises à répétition. Le diagnostic principal était une tachycardie sinusale, et les diagnostics secondaires, des troubles anxieux. L'assurée consultait aux urgences pour des malaises à répétition depuis janvier 2014 associés à des palpitations, des céphalées et des pertes d'urines. Elle présentait une photophobie ainsi que des mouvements spastiques non contrôlables suivant les crises et des dysesthésies de la partie gauche du visage. Elle décrivait également la présence d'angoisses importantes liées aux nouvelles crises, associées à une baisse de l'humeur depuis deux semaines. Face à cette symptomatologie, un processus expansif ou un saignement cérébral avait été exclu par une IRM cérébrale qui ne montrait pas d'anomalie. Un EEG (électroencéphalographie) ne montrait pas d'argument en faveur d'un foyer épileptique. Le bilan sanguin ne montrait pas d'anomalie hormis une très discrète insuffisance rénale. Un CT thoraco-abdominal se révélait normal et les examens à la recherche d'un phéochromocytome étaient négatifs. La consultation de neurologie ne concluait pas à des arguments compatibles avec une migraine. Un Holter mettait en évidence une tachycardie sinusale avec des maxima à 150 batt/mn, sans modifications nyctémérales pathologiques ni trouble du rythme majeur associé. La patiente avait refusé à cet effet un traitement d'Indéral 10 mg, car elle ne le tolérait pas. Une forte composante anxieuse était retrouvée en lien avec les crises de tachycardie pour laquelle la patiente allait être transférée à la clinique La Lignière.
21. L'assurée a séjourné du 11 janvier au 8 février 2016 dans l'unité de psychiatrie de la clinique La Lignière. Dans le rapport y relatif du 11 février 2016, le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné les diagnostics suivants : tachycardie supraventriculaire d'étiologie peu claire depuis 2013 avec anxiété réactionnelle ; algoneurodystrophie anamnétique de la cheville droite après fracture ostéosynthésée en 2013 ; status après fracture du tarse droit traitée conservativement ; status après entorse de la cheville gauche en 2013 ; intolérance récente (environ 2013-2014) aux pâtes, au riz ; intolérance au Trandate, à l'Inderal, aux collyres ophtalmologiques mydriatiques ; et malformation rénale droite de nature peu claire. L'assurée présentait depuis près d'une année des crises de tachycardie sinusale en salves, d'une durée de vingt minutes à plusieurs heures, survenant notamment lors de miction impérieuse. Ces tachycardies avaient fait l'objet de nombreuses investigations cardiologiques et somatiques (CT-scan

---

thoraco-abdominal, IRM cérébrale, EEG) qui n'avaient pas mis en évidence de trouble du rythme cardiaque autre qu'une tachycardie sinusale attribuée à de l'anxiété, ce que réfutait la patiente. En raison d'un sentiment de faiblesse majeure, de la peur de faire des malaises à domicile ou à l'extérieur, celle-ci décrivait un déconditionnement physique majeur, alors qu'elle était, avant son accident survenu en avril 2013, une art-thérapeute. Selon l'assurée, son anxiété était réactionnelle à son accident. À l'entrée, le médecin a observé une patiente en chaise roulante (en raison d'un sentiment de fatigue trop intense sans risque de chute évident), s'exprimant avec subtilité, finesse et précision sur son anamnèse somatique et psychologique ; la présence d'une capacité d'introspection très élevée ; la description d'un état régressif avec anosognosie partielle. La thymie n'était pas abaissée, l'anxiété contrôlée, et l'habitus soigné. Le discours était focalisé sur le sentiment de détresse et d'impuissance totale devant ses crises de tachycardie avec besoin de reconnaissance de la réalité physique prépondérante de sa symptomatologie. La patiente était restée, tout au long de son hospitalisation, persuadée de l'origine somatique de ses tachycardies. Au vu des nombreuses investigations effectuées durant les deux dernières années, celles-ci devraient, dans un souci d'exhaustivité, être complétées par des investigations électrophysiologiques douloureuses et invasives qui s'avèreraient peut-être négatives. Après avoir discuté de la présence d'un trouble somatoforme avec des facteurs de conversion, un trouble dissociatif pouvait être exclu au vu de l'examen clinique lors de ces périodes de tachycardie d'étiologie peu claire et dont le retentissement sur l'humeur de la patiente était évident. En fin d'hospitalisation, le médecin a pu constater un meilleur allant permettant à la patiente d'abandonner sa chaise roulante, moins d'anxiété lors de la survenue de ses tachycardies et un tableau général d'un sentiment d'impuissance et de lassitude privant la patiente de beaucoup d'activités sociales et notamment de ses activités professionnelles.

22. Le 5 septembre 2016, l'assurée a indiqué à l'OAI être convaincue que ses problèmes de santé étaient d'ordre cardiaque et non rhumatologique. Elle n'était toutefois pas suivie en cardiologie.
23. Le 6 juin 2017, l'assurée a été examinée par les docteurs T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du SMR.
24. Par pli du 23 août 2017 adressé à l'OAI, l'assurée a indiqué qu'un examen complémentaire par un cardiologue était nécessaire. L'examen du 6 juin écoulé correspondait bien à une évaluation de ses limitations consécutives à son accident survenu en avril 2013 ainsi qu'aux malaises à répétition depuis le 20 janvier 2014, mais semblait ne pas avoir pris en compte son hospitalisation du 27 décembre 2015 aux HUG, où le diagnostic de tachycardie supraventriculaire ou sinusale avait été posé. Elle a joint les rapports des HUG et de la clinique La Lignière des 11 janvier et 11 février 2016.

25. Dans leur rapport bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 12 septembre 2017, les Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Sans conséquence sur la capacité de travail, ils ont mentionné un status après fracture de la cheville droite du 7 avril 2013, traitée par ostéosynthèse, compliquée d'une algodystrophie, actuellement au décours (M89.0) ; un status après entorse de la cheville gauche le 7 avril 2013, actuellement asymptomatique ; un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et un jeu pathologique (F63.0).

Les médecins ont résumé les documents du dossier (y compris radiologique), relevé les plaintes de la patiente (ostéoarticulaires et psychiatriques), procédé à une anamnèse (familiale, scolaire et professionnelle, psychosociale, psychiatrique et par système [cardio-respiratoire, gastroentérologique, urinaire, neurologique]) ainsi qu'à son status clinique (en particulier, le dépistage des signes d'une fibromyalgie concluait à 0/18 points de Smythe). En ce qui concernait en particulier la vie quotidienne de l'assurée, celle-ci se réveillait à 8h00 du matin et avait besoin d'environ une heure pour se mettre en route, en pratiquant la mobilisation corporelle douce. Elle prenait le petit-déjeuner et se consacrait à sa toilette. Il était à peu près 11h00 lorsqu'elle était prête. Elle allait ensuite chercher son courrier à la boîte aux lettres et s'occupait de sa petite administration. Elle cuisinait et essayait d'avoir des repas équilibrés. Durant l'après-midi, elle faisait une sieste qui pouvait durer une à trois heures. Elle se promenait ensuite dans son quartier. Elle prenait le repas du soir toujours avec son fils qui logeait chez elle. Elle ne regardait pas beaucoup la télévision, mais consultait sa tablette et participait à des jeux en ligne qu'elle aimait bien. Le temps qu'elle y consacrait était très variable. Elle se couchait vers 22h30 après avoir pris son traitement et la nuit se déroulait sans problème d'interruption. S'agissant du ménage et des courses, elle faisait ses courses, accompagnée de sa mère, en voiture, une fois par semaine. Le ménage était fait avec une voisine qui l'aidait notamment pour changer les draps. Elle s'occupait de la lessive qu'elle faisait dans le lave-linge commun du bâtiment. Elle n'allait plus en vacances depuis 2013. L'assurée avait un compagnon depuis janvier 2017 qu'elle avait rencontré sur Internet en participant à des jeux en ligne. Ils se voyaient régulièrement. Elle maintenait également de bonnes relations avec sa mère qu'elle voyait une à deux fois par semaine. Son réseau social était moins important qu'auparavant, mais l'assurée avait encore des ami(e)s qu'elle estimait à 4 ou 5. Les examinateurs ont noté que ces éléments permettaient de constater que les ressources disponibles ou mobilisables étaient conservées. Il en allait de même pour l'autonomie dans la vie quotidienne.

Sur le plan rhumatologique, l'assurée avait été victime d'une fracture de la cheville droite et d'une entorse de la cheville gauche le 7 avril 2013. Les suites opératoires avaient été marquées par la survenue d'une algodystrophie. L'évolution avait été lentement favorable. L'assurée avait abandonné les béquilles en octobre 2013. À partir de novembre 2013, elle avait repris les ateliers de mobilisation fonctionnelle

pour les personnes handicapées. Elle avait toutefois abandonné cette activité à partir de janvier 2014 suite à des tachycardies sinusales. Elle indiquait qu'il subsistait une diminution de la mobilité de la cheville droite. Lors des changements de temps brusques, elle ressentait des douleurs à la face externe de la cheville droite. Elle traitait ces douleurs par de l'homéopathie. À plat, la marche s'effectuait d'un pas normal, sans boiterie. Les marches sur les talons et la pointe des pieds étaient réussies, sans douleur. Dans les escaliers, le pas était lent. La cheville et le pied étaient indolores. Il n'y avait pas de tuméfaction, pas de discoloration, pas de trouble trophique. Un petit nodule sous-cutané, indolore à la palpation, se situait au niveau plantaire interne du côté droit. Les dernières radiographies de la cheville droite (du 16 octobre 2014) montraient une bonne consolidation de la fracture et la récupération d'une trame osseuse normale. Les examinateurs constataient que l'assurée ne présentait plus le symptôme principal de l'algodystrophie. Il ne subsistait qu'une légère diminution de la flexion dorsale de la cheville droite, une légère augmentation de la température et une diminution de la sensibilité par rapport au côté controlatéral. Ils concluaient que l'algodystrophie était au décours et la fracture de la cheville bien consolidée. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire. L'assurée avait interrompu son activité (conduite des ateliers pour le mouvement fonctionnel chez les personnes handicapées) non pour des raisons ostéoarticulaires, mais suite à des tachycardies sinusales. À partir de novembre 2013, les signes et symptômes de l'algodystrophie étaient suffisamment atténués pour lui permettre de reprendre son travail. Dans son rapport du 24 mars 2015, la Dresse O\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de danse-thérapeute depuis le 8 avril 2013 suite à la fracture de la cheville droite. L'assurée avait précisé lors de l'examen qu'il ne s'agissait pas de danse-thérapie mais d'enseignement pour la mobilisation fonctionnelle, par exemple se relever de la position couchée chez les personnes handicapées. Elle avait exercé principalement des activités rémunérées dans le domaine administratif et la recherche (l'Université du 3<sup>e</sup> âge de Genève). Les examinateurs ont conclu qu'à partir de novembre 2013, une incapacité de travail sur le plan ostéoarticulaire ne se justifiait plus dans l'activité habituelle.

Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont rappelé les diagnostics et les symptômes ainsi que le traitement suivi par l'assurée lors de sa prise en charge à la clinique La Métairie (du 24 février au 4 mai 2014), à l'Hôpital de jour (du 5 mai au 14 octobre 2014), auprès du Dr N\_\_\_\_\_, aux HUG (du 28 décembre 2015 au 11 janvier 2016) et à la clinique La Lignière (du 11 janvier au 8 février 2016). L'assurée consultait régulièrement le Dr N\_\_\_\_\_ à raison d'une fois tous les quinze jours. Elle bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique à base de Cipralex et de Temesta. À l'examen, elle ne présentait pas de troubles florides de la lignée psychotique, ni d'anxiété généralisée, ni d'attaque de panique, ni de baisse de la thymie, ni de diminution de l'intérêt, ni de perte de confiance en soi, ni de pensées récurrentes de mort, ni de troubles du sommeil, ni de perte d'appétit. Elle présentait de la fatigabilité et un léger

ralentissement psychomoteur. Elle ne présentait pas d'épisode dépressif caractérisé ni un trouble de la personnalité. Le psychiatre traitant retenait un épisode dépressif léger qui, selon les critères de l'AI, ne revêtait aucun caractère incapacitant. L'assurée présentait un trouble somatoforme indifférencié. Elle se plaignait de sensations d'accélération du rythme cardiaque. Malgré les discours rassurants du cardiologue, l'absence de consultation régulière et récente chez un cardiologue et l'absence d'un traitement cardiotrope, elle affirmait qu'elle présentait des problèmes cardiaques de type tachycardie. Il ne s'agissait pas d'idées délirantes hypocondriaques puisque l'assurée ne présentait aucun trouble floride de la lignée psychotique et que les considérations de l'assurée à propos de ses palpitations cardiaques n'avaient pas de caractère bizarre. Les ressources de l'assurée étant conservées, ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant. Interrogée sur l'évolution de son état clinique, la patiente avait déclaré qu'elle avait moins de problèmes de type tachycardie depuis le mois de juillet 2016, que les crises étaient fluctuantes, imprévisibles, de l'ordre d'une à deux tous les deux mois. Elle relevait une amélioration nette depuis le mois de janvier 2017. Elle présentait également des traits de jeu pathologiques de type jeux en ligne. En l'absence de diagnostic incapacitant, les questions du traitement lege artis, de la coopération de l'assurée et des options thérapeutiques étaient sans objet. Les examinateurs avaient noté des divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes de l'assurée.

En définitive, les examinateurs n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan rhumatologique ou psychiatrique. Sur le plan rhumatologique, l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de la fracture de la cheville droite du 7 avril à fin octobre 2013. Sur le plan psychiatrique, elle avait présenté une incapacité de travail totale durant ses périodes d'hospitalisation, soit du 24 février au 4 mai 2014, du 5 mai au 14 octobre 2014, et du 11 janvier au 8 février 2016. À part ces périodes-ci, elle ne présentait pas d'incapacité de travail durable. Sa capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle de secrétaire que dans une activité adaptée dès novembre 2013.

26. Par pli du 28 septembre 2017, à la demande de l'assurée, le Dr N\_\_\_\_\_ a sollicité de l'OAI une copie du rapport de l'expertise psychiatrique.
27. Par courriel du 2 octobre 2017 adressé au gestionnaire du dossier, le SMR a relevé qu'une expertise cardiologique n'était pas nécessaire. Les explorations cardiaques en sa possession étaient toutes restées négatives.
28. Le lendemain, l'OAI a transmis cette information à l'assurée.
29. Dans un projet de décision du 2 novembre 2017, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations du 16 mars 2015, relevant qu'après instruction, il avait soumis son dossier au SMR qui avait jugé nécessaire la mise en place d'une expertise médicale qui s'était déroulée dans le courant du mois de juin 2017. Sur la base des éléments médicaux versés au dossier et notamment de cette

expertise, l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité, pour la période du 7 avril au 31 octobre 2013. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013, sa capacité de travail était entière dans toute activité lucrative. Dès lors, le délai d'attente n'était pas échu. Au vu de la situation, des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être.

30. Par courrier du 21 novembre 2017, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. En substance, elle ne comprenait pas l'absence complète de mention de la symptomatologie dont elle souffrait depuis plusieurs années, à savoir une tachycardie sinusale, tant dans le rapport d'examen clinique du 6 juin 2017 que dans le projet de décision. Imaginant que l'OAI pouvait effectivement manquer d'informations concernant le diagnostic de tachycardie sinusale, posé en relation avec les malaises dont elle souffrait depuis le 20 janvier 2014, elle a produit divers rapports médicaux et d'examen dont elle avait fait l'objet durant ses séjours en milieu hospitalier ou clinique depuis le début 2014, notamment:

- un résumé de séjour du 4 février 2014 des HUG relatif au séjour du 3 au 4 février 2014 dans le service des urgences, posant le diagnostic principal d'hypotension orthostatique. La patiente ressentait à différents moments de la journée une sensation de malaise/évanouissement et de liquéfaction, sans perte de connaissance. Elle ressentait fréquemment des palpitations lors de ces malaises sous la forme d'un battement cardiaque plus fort. La patiente avait présenté aux urgences un nouvel épisode de malaise sans perte de connaissance, avec une tachycardie sinusale à 149/min, objectivée à l'ECG (électrocardiogramme). La deuxième ECG avait révélé une tachycardie sinusale à 140/min. L'examen clinique était normal (auscultation pulmonaire, abdomen, neurologique, ORL). Le bruit du cœur était régulier, sans souffle. L'incapacité de travail était totale du 4 au 7 février 2014 ;
- une lettre de sortie du 24 février 2014 de la clinique La Colline relative au séjour de l'assurée du 10 au 24 février 2014, posant le diagnostic, à titre principal, de malaises sur tachycardie sinusale à 180/min et, à titre secondaire, d'état anxio-dépressif. Trois semaines auparavant, l'assurée avait eu des sensations de malaise, des impressions de liquéfaction et parfois des céphalées pariétales gauches survenant de manière erratique le soir, au lit le matin, sans que l'on puisse mettre en évidence de pattern particulier. Dans ce contexte, un ORL aux HUG avait posé le diagnostic de vertiges paroxystiques bénins et un cardiologue le diagnostic d'hypotension orthostatique. Les médecins à la clinique La Colline avaient instauré une surveillance rythmique qui permettait de mettre en évidence au moins quatre passages en tachycardie sinusale à 180/min durant environ une minute et qui correspondaient parfaitement à la sensation de malaise ressentie par la patiente. L'échocardiographie réalisée était strictement normale. L'examen neurologique était totalement normal, de même que le CT (scanner) cérébral natif. Depuis l'introduction du Trandate, la patiente ne ressentait plus de palpitations et la sensation de malaise s'était

améliorée. Le problème résiduel restait un état anxio-dépressif important. La patiente était relativement apathique et nécessitait énormément de stimulation afin de sortir de son lit et de se remettre en confiance. Elle présentait des ruminations et un ralentissement psycho-moteur très important rendant un retour à domicile impossible. Dans ce contexte, elle était transférée à la clinique La Métairie ;

- une attestation de la doctoresse V\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2016 relative à une hospitalisation au service de médecine interne des HUG pour des malaises sévères, associés à des crises de tachycardie et à des céphalées, relevant que le bilan somatique avait retrouvé des tachycardies sinusales allant jusqu'à 150 bpm, pour lesquelles un traitement d'Indéral avait été introduit. Les autres examens complémentaires s'étaient révélés sans particularité. En complément à la prise en charge somatique, une consultation en psychiatrie avait été demandée, qui avait conclu à une très importante composante anxieuse associée aux tachycardies, responsables d'une impotence fonctionnelle sévère, ne permettant actuellement pas un retour à domicile. L'assurée était au courant de l'importance de la prise en charge de la composante anxieuse dans la récupération d'une autonomie. Elle nécessitait actuellement une prise en charge multidisciplinaire en milieu spécialisé de réhabilitation afin de pouvoir envisager un retour ultérieur à domicile ;
- le rapport des HUG du 11 janvier 2016 (cf. ci-dessus) ;
- le rapport de la clinique La Lignière du 11 février 2016 (cf. ci-dessus) ;
- un courrier du 17 novembre 2017 du docteur W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et nouveau médecin généraliste, adressé aux examinateurs SMR, relevant que les investigations effectuées aux HUG, à la clinique La Colline et à la clinique La Lignière avaient confirmé la présence de tachycardie sinusale allant jusqu'à 150 et une fois jusqu'à 180/min, sans élément cardiologique ou médical spécifique permettant d'en expliquer la cause. Il n'existait pas une cardiopathie, ni un trouble endocrinologique associé et un phéochromocytome avait été écarté. Cette symptomatologie perdurait en raison notamment d'une intolérance de l'assurée aux tentatives de traitements par des bêtabloquants même à faible dose (Trandate, Inderal). Dans le contexte d'un arrêt de travail pour motifs psychiatriques, cette symptomatologie n'avait pas de conséquences majeures sur le plan psycho-social. Dans la perspective d'une capacité de travail à plein temps actuellement, tel que le laissent entendre les conclusions de l'examen bi-disciplinaire, il en allait autrement. Le Dr W\_\_\_\_\_ se demandait s'il était envisageable que la patiente puisse s'absenter deux à trois fois par mois pendant quelques jours suite à ses tachyarythmies qui continuaient à survenir de manière assez régulière. Ces crises de tachycardie pouvaient être favorisées soit par le stress soit pas l'effort. Ces derniers mois, l'assurée décrivait un à deux épisodes par mois, notamment en juillet 2017, petite crise de tachycardie, régressive après deux Temesta ; le

14 août, au soir, pouls constatés à 110/min (habituel entre 60 et 62/min), suivi d'une intense fatigue ; entre le 13 et le 15 septembre, tachycardie à 110/min, ravivée par le moindre effort (se lever, aller aux toilettes, marcher), l'obligeant à rester au lit pendant deux jours ; le 19 octobre, brutal malaise dans un centre commercial, sensation de chute imminente, pouls contrôlés à 96/min, après quinze minutes de repos allongé, l'obligeant à rentrer chez elle et à s'allonger. La patiente était dans une perspective de reprise professionnelle et s'inquiétait de la conséquence de ses limitations sur sa capacité de travail future. Il convenait de lui trouver un bêtabloquant ayant peu d'implication sur la tension artérielle, la plupart des épisodes de malaise l'ayant conduite à consulter les services d'urgence, notamment en 2014-2015, étaient associés à des tachycardies dans un contexte de tension basse. Cette tendance à l'hypotension pouvait expliquer l'intolérance aux bêtabloquants. Ceci pourrait faire l'objet d'un avis cardiologique. Le Dr W\_\_\_\_\_ pouvait comprendre le diagnostic de syndrome somatoforme retenu par les examinateurs SMR, mais même en l'absence de pathologie somatique précisée, il était improbable que des tachyarythmies à 150 voire 180/mn puissent avoir pour seule cause une origine anxieuse.

31. Dans une note du 5 décembre 2017, l'OAI, qui a retenu un statut mixte (60/40 %), a invité le SMR à se prononcer sur les nouveaux rapports médicaux transmis par l'assurée.
32. Par avis du 16 janvier 2018, le SMR s'est référé à son précédent avis du 23 décembre 2015 ainsi qu'à l'expertise bi-disciplinaire du 12 septembre 2017. Il a rappelé que l'assurée, âgée de 52 ans, avait travaillé comme art-thérapeute et secrétaire, avant d'être aidée par l'Hospice général depuis 2008. Elle était en incapacité de travail depuis le 7 avril 2013 en raison d'une fracture de la cheville droite et d'une entorse de la cheville gauche, associées à une symptomatologie anxio-dépressive. Malgré une évolution favorable sur le plan orthopédique et psychiatrique, le psychiatre traitant attestait une incapacité de travail totale et durable dans toute activité. Dans ce contexte, une expertise bi-disciplinaire avait été mise en œuvre.

Les experts ne retenaient pas d'atteinte à la santé susceptible d'influencer la capacité de travail. Ils retenaient les diagnostics non incapacitants de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) ; de jeu pathologique (F 63.0), de status après fracture de la cheville droite, traitée par ostéosynthèse, compliquée d'une algoneurodystrophie, actuellement au décours (M89.0) ; et de status après entorse de la cheville gauche actuellement asymptomatique.

Du point de vue somatique, l'expert rhumatologue rejoignait l'appréciation du chirurgien orthopédique, concernant l'évolution fonctionnelle favorable des deux chevilles. Dans ce contexte, une incapacité de travail de 100 % était attestée dans toute activité du 7 avril au 31 octobre 2013, l'assurée ayant retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité dès novembre 2013, date de sa reprise

d'activité au sein des ateliers de mobilisation pour personnes handicapées. Le SMR a également relevé qu'à l'issue d'un bilan étiologique complet réalisé durant une hospitalisation aux HUG du 27 décembre 2015 au 11 janvier 2016, le diagnostic de tachycardie sinusale était retenu, sans substrat organique, s'inscrivant dans un contexte anxieux. Ces manifestations s'étaient améliorées depuis janvier 2017, survenant en moyenne une à deux fois tous les deux mois. Ce diagnostic était également sans influence sur la capacité de travail.

Du point de vue psychiatrique, l'expert retenait le diagnostic de trouble somatoforme. L'assurée présentait des plaintes somatiques multiples et variables (tachycardies, perte de connaissance, vertiges, fatigue intense, anxiété, paresthésies des extrémités) qui avaient été multi-investiguées, sans pouvoir être attribuées à un trouble somatique identifiable. Cependant, l'assurée persistait dans sa conviction d'être atteinte d'un problème organique. À noter que des symptômes de somatisation avec traits hypocondriaques avaient déjà été évoqués lors de l'hospitalisation à la clinique La Métairie en mai 2014. L'expert psychiatre notait des divergences entre les symptômes et le comportement de l'assurée durant l'examen psychiatrique, de même qu'entre ses plaintes et la préservation de son entourage psycho-social et de son autonomie dans la vie quotidienne. L'expert ne relevait pas de limitation uniforme dans tous les domaines comparables de la vie. L'assurée ne suivait pas de traitement ciblant ses symptômes (notamment douloureux et cardiaques). Elle ne souffrait pas de pathologies concomitantes susceptibles d'affaiblir ses ressources, qui étaient conservées et mobilisables. Au vu de ces éléments, le degré de gravité fonctionnel du trouble somatoforme ne permettait pas d'en retenir le caractère incapacitant. L'expert retenait une capacité de travail entière dans toute activité.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée avait produit plusieurs pièces médicales, dont un courrier de son médecin traitant du 17 novembre 2007, dans lequel ce dernier rappelait le diagnostic de tachycardie sinusale, sans étiologie somatique, ni conséquences majeures sur le plan psycho-social. L'assurée ne bénéficiait pas de suivi ni de traitement à visée cardiologique. Le médecin émettait des réserves quant à la reprise d'une activité à 100 %, sans cependant apporter d'élément objectif nouveau évoquant une aggravation de l'état de santé. Les diverses autres pièces médicales produites à ce stade ne contenaient aucun élément nouveau, et certains documents avaient d'ailleurs déjà été fournis au cours de l'instruction et avaient fait l'objet d'une analyse détaillée par le SMR. En conclusion, aucun élément médical nouveau ne permettait de s'écarter des conclusions de l'expertise bi-disciplinaire qui restaient valables.

33. Par décision du 22 janvier 2018, reçue par l'assurée le 25 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, confirmant les termes et conclusions de son projet de décision du 2 novembre 2017. Les documents produits dans le cadre de la contestation du projet de décision n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

34. Le 25 janvier 2018, l'OAI a transmis le dossier de l'assurée sous forme de CD au Dr W\_\_\_\_\_. Le 29 janvier 2018, le mot de passe permettant d'accéder aux données du CD a été communiqué à celui-ci.
35. Par courrier recommandé du 24 février 2018, posté le 26 février suivant, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dûment motivée; subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles et plus subsidiairement à une rente.

En préambule, elle a rappelé que sa demande de prestations de mars 2015 concernait à la fois des atteintes à la santé de nature malade (dès janvier 2014) et les conséquences d'un accident (avril 2013). Elle ne comprenait pas que la décision entreprise semblait ne se baser que sur la nature accidentelle de l'atteinte à la santé et les conséquences post-opératoires (algoneurodystrophie). Il semblait que les deux certificats médicaux attestant d'une capacité de travail de 30 % du 28 octobre 2013 au 31 janvier 2014 n'avaient pas été pris en compte par les experts du SMR. Elle était également surprise que la décision entreprise ne prenne en compte ni même ne mentionne le diagnostic de tachycardie sinusale, bien que celui-ci ait été posé en 2014 par la clinique La Colline et en 2016 par les HUG. Elle ne comprenait pas comment l'intimé pouvait conclure à une capacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013, malgré les nombreux séjours en milieu hospitalier ou clinique qu'elle avait effectués en 2014, 2015 et 2016 dus à des crises de tachycardie, les documents médicaux y relatifs attestant d'une incapacité de travail à 100 %.

Enfin, elle ne comprenait pas non plus pourquoi l'intimé avait nié les mesures professionnelles, en dépit de l'avis de son médecin traitant (le Dr N\_\_\_\_\_) du 21 novembre 2017, joint au recours, indiquant que sa patiente présentait des crises de tachycardie depuis janvier 2014 en cours d'investigation, qui avaient une répercussion temporaire sur sa capacité de travail. Au moment des crises, elle devait impérativement s'allonger et il s'ensuivait une période de vingt-quatre à septante-deux heures pendant lesquelles elle présentait un état de faiblesse et de fatigue invalidant même pour des tâches simples à domicile. La fréquence des crises était variable pouvant aller, à titre d'exemple, d'une crise tous les deux mois à deux ou trois crises par semaine. Il convenait de mettre en place un accompagnement vers une reprise de travail progressive tenant compte de ce problème de santé.

36. Par courrier du 15 mars 2018, Me Cyril MIZRAHI s'est constitué pour la défense de la recourante, ayant été nommé d'office, avec octroi de l'assistance juridique.
37. L'intimé a conclu au rejet du recours, par courrier du 27 mars 2018. Afin de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique avait été effectué au SMR en date du 6 juin 2017. Cet examen remplissait tous les requis juridiques pour

---

se voir reconnaître une pleine valeur probante. Du point de vue psychiatrique, l'expert ne retenait aucune atteinte justifiant une incapacité de travail. Du point de vue somatique, l'expert indiquait que l'algodystrophie était au décours, l'appréciation de l'expert rejoignant au demeurant celle du chirurgien orthopédique qui mentionnait également une évolution favorable des deux chevilles. Quant au diagnostic de tachycardie sinusale, l'intimé, se référant au rapport d'examen ainsi qu'à l'avis du SMR du 16 janvier 2018, a relevé que, selon l'expert, la recourante présentait un trouble somatoforme indifférencié. Elle se plaignait de sensations d'accélération du rythme cardiaque. Malgré les discours rassurant du cardiologue, l'absence de consultation régulière et récente chez un cardiologue et d'un traitement cardiotrope, la recourante affirmait qu'elle présentait des problèmes cardiaques de type tachycardie. Il ne s'agissait pas d'idées délirantes hypocondriaques parce que la recourante ne présentait aucun trouble floride de la lignée psychotique et les considérations de la recourante à propos de ses palpitations cardiaques n'avaient pas de caractère bizarre. Ses ressources étaient conservées. Ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant. Interrogée sur l'évolution de son état clinique, elle affirmait qu'elle avait moins de problèmes de type tachycardie depuis le mois de juillet 2016, et que les crises étaient fluctuantes, tout à fait imprévisibles, de l'ordre d'une à deux tous les deux mois. Elle attestait une amélioration nette depuis le mois de janvier 2017. Ainsi, toutes les atteintes à la santé de la recourante avaient été prises en compte, tant par les experts que par le SMR. Il ne ressortait pas des griefs de la recourante d'élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions de l'office. Au vu de ce qui précédait, la recourante était en mesure de reprendre l'activité qui était la sienne avant l'atteinte à la santé. Dès lors, des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas.

38. Par la plume de son conseil, la recourante a répliqué par courrier du 14 mai 2018. Elle a persisté dans ses conclusions, conclu à son audition et à celle de son assistante sociale, et dans tous les cas à ce qu'il soit statué sans frais et à ce qu'une indemnité de procédure lui soit allouée. Elle a relevé préalablement que, sur sa demande, l'intimé avait transmis son dossier à son médecin traitant par courrier du 29 janvier 2018. Le CD-ROM comprenait un total de vingt-sept documents, dont le dernier était daté du 16 janvier 2018. C'était sur la base de ce dossier qu'elle avait rédigé son recours. Le bordereau de pièces soumis par l'intimé dans le cadre du recours comportait en revanche cinquante-neuf pièces. Il était donc différent de celui qui avait été fourni au médecin traitant. Elle n'avait ainsi pas pu se prononcer sur la base de l'intégralité du dossier fondant la décision querellée ni même pu en prendre connaissance. Dès lors, l'opposition au projet de décision et le recours n'avaient pas pu être rédigés en pleine connaissance de cause. Elle invoquait par conséquent la violation de son droit d'être entendue et concluait à l'annulation de la décision entreprise, pour ce seul motif déjà.

Sur le fond, la décision entreprise se fondait presque uniquement sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué par le SMR le 6 juin 2017. Or, ce

document était incomplet et il ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans un avis du 23 décembre 2015, le SMR avait préconisé la tenue d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Curieusement, aucune investigation cardiologique n'avait été retenue. Pourtant, les pièces au dossier mentionnaient des problèmes de tachycardie. Dans la mesure où cet examen ne comportait pas de volet cardiologique, l'appréciation médicale était incomplète. Ceci était d'autant plus étonnant que les répercussions de la tachycardie sinusale étaient lourdes sur son quotidien. Le contenu de l'examen bi-disciplinaire était également très critiquable. Il était en effet régulièrement fait état de problèmes de tachycardie qu'elle rencontrait, et dans le cadre de l'anamnèse par système, il était fait mention de la tachycardie ainsi que de ses symptômes. Nonobstant ce qui précédait, le SMR n'avait pas retenu la tachycardie sinusale comme étant invalidante. Pire, le SMR n'avait même pas mentionné cette pathologie, que ce soit dans les diagnostics avec ou sans répercussion sur la capacité de travail. On peinait dès lors à comprendre comment les médecins avaient pu fonder leur appréciation, sans avoir creusé l'influence de la pathologie sur son quotidien. En réalité, c'était bien la tachycardie sinusale qui posait le plus de problèmes. Selon son médecin traitant, ses crises se produisaient deux à trois fois par mois. Elles engendraient, outre un rythme cardiaque pouvant aller jusqu'à 180 battements par minute, des céphalées, des pertes d'urine et une intense fatigue qui durait en règle générale deux à trois jours. Ces symptômes étaient du reste confirmés dans la littérature médicale qui les qualifiait de « multiples symptômes incapacitants ». Compte tenu de ce qui précédait, il était simplement contraire à la doctrine médicale de retenir une tachycardie sinusale sans retenir la moindre répercussion sur le quotidien. Les conséquences de ces crises étaient immédiates et duraient deux à trois jours, ce qui avait inmanquablement une répercussion sur sa capacité de travail et son rendement. Le cas d'espèce présentait également des similitudes avec la situation décrite dans l'ATAS/695/2014. Dans cet arrêt, la chambre de céans avait jugé nécessaire de réaliser une expertise pluridisciplinaire comportant tant des volets somatique (rhumatologique et cardiologique) que psychique.

La recourante a joint un article, intitulé « Inappropriate sinus tachycardia », rédigé par les docteurs Brian OLSHANSKY et Renee M. SULLIVAN, paru dans le Journal of the American College of Cardiology le 26 février 2013 (Vol. 61, N° 8), expliquant, notamment, que la tachycardie sinusale inappropriée est un syndrome caractérisé par une fréquence cardiaque inexplicablement plus élevée, pouvant dépasser 100 battements/min., au repos et/ou lors d'une activité physique minimale, et qui se manifeste par des symptômes multiples et incapacitants, tels que palpitations, faiblesse, fatigue, étourdissements ou syncope. La tachycardie sinusale est généralement une affection transitoire et réversible dont la cause peut être expliquée et dont la fréquence est adaptée aux circonstances (ingestion de caféine, anxiété, déconditionnement, etc.), à l'inverse de la tachycardie sinusale inappropriée qui est une affection plus durable, pas si simple à expliquer. Si des

problèmes émotionnels et psychiatriques associés sont souvent identifiés, leur relation avec la tachycardie sinusale inappropriée est incertaine.

39. L'intimé a dupliqué par courrier du 7 juin 2008. Il a persisté dans ses conclusions. Il a confirmé préalablement que le dossier qui avait été communiqué au médecin traitant le 25 janvier 2018, sur demande de la recourante, ne comportait que les pièces médicales, raison pour laquelle le nombre de pièces différait de celui en mains de la chambre de céans. À toutes fins utiles, il a relevé qu'une copie du rapport bi-disciplinaire du 6 juin 2017 avait été transmise au psychiatre traitant et que seule la copie de l'expertise avait été demandée. En l'espèce, la décision litigieuse avait été rendue en date du 22 janvier 2018 sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, lesquels étaient connus tant de la recourante que de son médecin traitant. À aucun moment, la recourante n'avait fait la demande expresse d'obtenir l'intégralité de son dossier AI, seules les pièces médicales avaient été demandées. Dès lors, et contrairement à ce que soutenait son conseil, la recourante avait pu faire valoir son droit d'être entendue tant dans le cadre de la procédure d'audition qu'actuellement dans le cadre du recours. On ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle considérait que le rapport rhumatologique et psychiatrique du 6 juin 2017 serait incomplet, et qu'il ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Le SMR avait indiqué que toutes les explorations cardiaques étaient restées négatives. En effet, les tachycardies avaient fait l'objet de nombreuses investigations cardiologiques et somatiques diverses (CT-scan thoraco-abdominal, IRM cérébrale, EEG) qui n'avaient pas mis en évidence de trouble du rythme cardiaque autre qu'une tachycardie sinusale attribuée à de l'anxiété. Enfin, la recourante ne bénéficiait ni d'un suivi, ni d'un traitement à visée cardiologique. Dès lors, c'était à juste titre qu'une expertise cardiologique n'avait pas été jugée nécessaire.
40. La recourante s'est encore exprimée, au sujet de la duplique de l'intimé, par courrier du 2 juillet 2008. Elle a observé en premier lieu qu'elle avait fait valoir son droit de consulter le dossier, accès qui lui avait été refusé, l'intimé préférant adresser le dossier à son médecin traitant, en application probable de l'art. 42 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). Or, on chercherait en vain dans le dossier la moindre donnée, dont la prise de connaissance aurait pu entraîner une atteinte à sa santé. L'intimé faisait preuve de mauvaise foi lorsqu'il affirmait que la recourante n'aurait à aucun moment demandé à recevoir l'intégralité de son dossier. Elle n'avait au contraire jamais demandé à recevoir un dossier partiel. Par ailleurs, l'invalidité était une notion économique, de sorte que, pour pouvoir examiner le bien-fondé d'un projet de décision ou d'une décision, il était indispensable de devoir disposer des éléments médicaux et économiques. Elle estimait que, dans la mesure où l'intimé lui avait transmis un dossier incomplet, son droit d'être entendue avait été violé. Elle persistait enfin à soutenir que le rapport d'expertise n'était pas probant, l'intimé

n'ayant à aucun moment évalué les répercussions de la tachycardie sinusale sur son quotidien.

41. Sur quoi, la chambre de céans a entendu les parties à l'audience de comparution personnelle du 21 janvier 2019:

La recourante a déclaré que, sur le plan professionnel et personnel, elle était empêchée d'exercer la moindre activité en raison de ses crises de tachycardie. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, elle n'était sortie de chez elle qu'à trois reprises. Ses crises étaient imprévisibles, et les médicaments qu'elle prenait la soulageaient et diminuaient ses crises, mais pas dans leur intensité. Elle en faisait tout de même moins. Elle pouvait ainsi faire plusieurs crises en un jour, sur une semaine, et ces crises avaient bien diminué, en particulier depuis qu'elle prenait un nouveau médicament à compter de juin 2018, soit le Procoralan. Les bêtabloquants suggérés par l'un de ses médecins n'avaient pas eu l'effet escompté. D'ailleurs, si l'on consultait la littérature médicale, les bêtabloquants n'avaient pas d'effet sur la tachycardie sinusale inappropriée.

S'agissant de sa vie quotidienne, elle avait des difficultés à se lever, même pour aller aux toilettes pour uriner, de sorte qu'il arrivait régulièrement un accident. Elle avait un fils de 20 ans qui vivait avec elle, mais elle ne souhaitait pas l'impliquer dans sa situation, de sorte qu'en cas de besoin, c'était son compagnon, qui vivait en France, qui arrivait à la rescousse, pour l'aider à se laver et à se laver les cheveux. Après les crises, parfois trois d'affilée, elle se sentait épuisée.

Elle était toujours suivie par le Dr W\_\_\_\_\_, en tout cas une fois par mois. Récemment, elle avait d'ailleurs rendez-vous à son cabinet mais elle n'avait pas pu s'y rendre en raison de son état, de sorte que le médecin pour la première fois était venu l'examiner à domicile. Il la traitait pour la tachycardie. C'était lui qui l'avait adressée chez un cardiologue en mai-juin 2018, et qui l'avait soumise à un R Test (appareillage que l'on plaçait sur la poitrine pendant une douzaine de jours pour mesurer le rythme cardiaque). Pendant cette période, elle avait dû noter les activités qu'elle faisait ou les circonstances dans lesquelles elle se trouvait lorsqu'elle avait le sentiment que ses pulsations augmentaient (par exemple un jour elle étendait son linge et avait senti que ses pulsations grimpaient ; elle avait pu constater après coup qu'elles étaient à 170/minute). Elle vivait très mal cette situation, car elle était quelqu'un de très active, notamment sur le plan sportif, elle était entraîneuse en sport élite de gymnastique rythmique. Elle avait également mis en place des activités en collaboration avec plusieurs communes et dans des EMS, pour prendre en charge la mobilisation de personnes retraitées ou handicapées. Elle ne pouvait plus exercer ces activités, car elle n'avait pas la possibilité d'assumer la responsabilité d'un groupe, en ne sachant pas si pendant la séance une crise se déclencherait. En effet, elle menait ces activités de manière indépendante et sans assistance. Il lui plairait beaucoup de reprendre son activité d'art-thérapie, mais elle avait les mêmes difficultés. La doctoresse X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, à l'instar des autres cardiologues qui l'avaient précédemment examinée notamment

à l'hôpital et en clinique, n'avait pas non plus pu relever d'anomalie dans le fonctionnement du cœur, respectivement de diagnostic pathologique en dehors de ces enregistrements de rythme cardiaque soudainement très élevés. Son muscle cardiaque allait bien, de sorte qu'elle n'était pas régulièrement suivie par cette cardiologue, qui après les examens auxquels elle avait procédé, lui avait prescrit le médicament évoqué ci-dessus, laissant la gestion courante de sa problématique au Dr W\_\_\_\_\_. La recourante était toujours suivie par le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, mais cela faisait deux mois qu'elle n'avait pas eu l'occasion de le voir, car elle n'avait pas la force d'aller jusqu'à son cabinet. Il ne lui prescrivait pas de médicaments du type anxiolytique ou antidépresseur, car il avait réalisé que ceux qu'elle prenait à l'époque (Cipralax, à dose très faible par exemple) n'avaient pas d'effet. Il ne lui prescrivait que du Temesta, en réserve, ce médicament agissait sur elle comme décontractant musculaire, ce qui était très bénéfique pour elle en cas de crise, car il contribuait à réduire le rythme cardiaque.

Le conseil de la recourante a versé à la procédure une pièce médicale complémentaire, soit la photocopie (recto-verso) du rapport R Test du 4 juin 2018, dont il était question précédemment, établi par la Dresse X\_\_\_\_\_, concluant à un rythme sinusal très discrètement tachycarde avec de nombreuses tachycardies sinusales, parfois symptomatique. Les tracés montraient un rythme sinusal jusqu'à 150 bpm sans autre arythmie notoire.

À ce sujet, la recourante a indiqué que le chiffre 117 dans la case intitulée « Tachycardies » dans la partie gauche du rapport, rapportait le nombre de tachycardies enregistrées pendant la période de test, soit du 24 mai au 4 juin 2018. Pour la même période, sous « fréquence cardiaque », étaient enregistrées des données de 29 pulsations au minimum pour 167 au maximum.

Sur question de Me MIZRAHI, à l'époque du R Test, elle ne se sentait pas plus mal que dans les périodes de crise les années précédentes, ceci même si les résultats de cette période de test avaient montré qu'elle avait parfois atteint des valeurs comparables à celles qui à l'époque l'avaient conduite à l'hôpital. D'une part, elle connaissait bien son corps grâce à ses activités professionnelles, axées sur la thérapie par le corps et le mouvement. Elle était ainsi capable d'évaluer sa tension et son rythme cardiaque sans les mesurer avec un appareillage. D'autre part, avec le temps, elle s'habituaient à vivre avec cette problématique.

Pour répondre à son conseil, à l'instant où elle s'affirmait, elle se sentait très fatiguée.

S'agissant des effets secondaires du médicament dont elle avait parlé auparavant, elle subissait des troubles de la vision, qu'elle n'avait pas encore pu mesurer chez un ophtalmologue. Les journées comme ce jour l'indisposaient par rapport à l'éblouissement de la luminosité ambiante. Elle avait également de la peine à regarder la télévision ou à regarder un écran. Malheureusement à cet égard, elle passait beaucoup moins de temps sur les jeux en ligne. Elle avait d'ailleurs

commencé à jouer pour occuper ses journées. Cela l'empêchait également de conduire régulièrement sa voiture. S'agissant de l'occupation de faire la cuisine, les effets du médicament ne la gênaient pas; en revanche, les crises de tachycardie la perturbaient dans cette occupation. Les symptômes avant-coureurs d'une crise étaient extrêmement rapides, de l'ordre de trente secondes, de sorte qu'elle avait juste le temps de se mettre en sécurité, pour le cas où elle devrait faire une syncope, ce qui lui était arrivé la première fois, en 2014. C'était l'unique fois où elle s'était retrouvée dans une situation aussi délicate.

Pour illustrer, à la demande de son conseil, le mécanisme des crises ces temps-ci, soit depuis décembre, le 1<sup>er</sup> janvier au soir alors qu'elle n'avait pas spécialement réveillé la veille, elle se trouvait dans son canapé lorsque son cœur était parti « en live » : elle avait juste eu le temps d'indiquer qu'elle ne se sentait pas bien et elle avait été se coucher. Elle avait émergé le 4 janvier au matin. Dans l'intervalle, elle n'avait la force que de se lever pour aller aux toilettes, pour boire quelque chose, et le reste du temps, elle dormait. Le 4 janvier seulement, elle avait pu appeler Genève Médecins et son médecin traitant.

Si, elle exerçait effectivement une activité limitée à 30 % au moment où elle avait présenté sa demande, c'était parce qu'elle était en reconversion professionnelle et qu'elle était dans un processus de mise en place dans les structures communales. Malheureusement, tout était arrivé en même temps, d'abord sa chute dans les escaliers, puis ses premières crises de tachycardie. Si elle devait bénéficier de mesures professionnelles auxquelles elle avait conclu, c'était bien dans son domaine professionnel qu'elle souhaiterait se reconvertir, en particulier dans le domaine de la formation des thérapeutes, et sinon avec un aménagement d'encadrement dans les activités au service des personnes handicapées ou âgées.

42. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA 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. 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]).

Le recours, interjeté le 26 février 2018 contre la décision litigieuse du 22 janvier 2018, a été formé en temps utile, compte tenu du report au lundi 26 février 2018 de l'échéance dudit délai tombée sur le samedi 24 février 2018 (art. 38 al. 3 LPGA).

---

Aussi le recours, qui respecte par ailleurs la forme prévue par loi (art. 61 let. b LPGA), est-il recevable.

3. a. À titre préalable, la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue, au motif qu'elle n'avait pas eu accès à l'intégralité de son dossier avant sa réplique, de sorte qu'elle n'avait pas rédigé, en pleine connaissance de cause, ni son opposition au projet de décision ni son recours.
- b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 V 90 consid. 2 notamment).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1; 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; 132 V 368 consid. 3.1).

Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 V 130 consid. 2b); même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c).

c. En l'espèce, l'intimé ne conteste pas avoir, dans la procédure non contentieuse, transmis au médecin traitant, et donc a fortiori à la recourante, uniquement les pièces médicales, au motif que cette dernière n'avait que sollicité lesdits documents et n'avait alors pas demandé à obtenir l'intégralité de son dossier.

La chambre de céans constate effectivement que, par pli du 28 septembre 2017, à la demande de sa patiente, le Dr N\_\_\_\_\_ avait invité l'intimé à lui communiquer seulement une copie du rapport de l'expertise psychiatrique. Quoi qu'il en soit,

---

même à supposer que le droit d'être entendu de la recourante n'ait pas été respecté dans la procédure préalable, celle-ci a pu prendre connaissance de l'intégralité de son dossier dans le cadre de la présente procédure et s'est prononcée en toute connaissance de cause par devant la chambre de céans, laquelle jouit d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Ainsi, la violation éventuelle du droit d'être entendu par l'intimé a été réparée au cours de la procédure contentieuse.

Par conséquent, le grief de la violation du droit d'être entendu doit être écarté, sans préjudice pour la recourante. Il convient dès lors de se pencher sur le fond du litige.

4. 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).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.
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).

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.

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).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse – rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement – qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée,

conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références).

b. Les atteintes à la santé pertinentes au sens de l'AI peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées (cf. ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016 consid. 7b).

Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible.

Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (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 de la manière optimale 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 joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 (inévitabile) 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).

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). 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).

c. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques.

d. Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement

---

(ex nunc et pro futuro) (ATF 132 II 153 consid. 5.1 ; ATF 122 I 57 consid. 3cc/bb et les arrêts cités; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_640/2013 du 23 avril 2014 consid. 6.3.2). Elle s'applique donc également, mais sans effet rétroactif, quand l'événement assuré s'est produit avant le prononcé du changement de jurisprudence. On peut s'inspirer, à cet égard des règles relatives à la non-rétroactivité d'une nouvelle disposition légale. L'interdiction de la rétroactivité fait obstacle à l'application d'une nouvelle disposition légale à des faits entièrement révolus avant son adoption (rétroactivité proprement dite) ; il est en revanche admissible d'appliquer la nouvelle norme à des faits ayant pris naissance sous l'empire du droit antérieur, mais qui déploient encore des effets sous le nouveau droit (rétroactivité improprement dite), sous réserve des droits acquis (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_640/2013 du 23 avril 2014 consid. 6.3.2 et les références citées ; ATAS/218/2017 du 21 mars 2017 consid. 12).

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]); ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

---

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en 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 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).

9. 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).
10. a. En l'espèce, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 16 janvier 2018, lui-même basé sur le rapport de l'examen bi-disciplinaire du 12 septembre 2017, nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, au motif que le délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) n'était pas échu, cette dernière ayant présenté une incapacité de travail totale du 7 avril au 31 octobre 2013, puis une capacité de travail entière dans toute activité.  
  
b. Le rapport bi-disciplinaire se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier (soit les rapports médicaux et le dossier radiologique) et ses conclusions, dûment motivées, sont convaincantes. Ce rapport doit donc se voir reconnaître une pleine force probante.  
  
b/aa. Sur le plan somatique, la recourante a été victime d'une chute le 7 avril 2013 ayant entraîné une fracture de la cheville droite ainsi que la déchirure des ligaments de la cheville gauche. La cheville droite a été traitée par ostéosynthèse, compliquée d'une algodystrophie. L'évolution a été lentement favorable et la recourante a pu abandonner ses béquilles en octobre 2013. À ce moment, elle a repris son activité

(ateliers de mobilisation fonctionnelle pour les personnes handicapées) avant de l'abandonner dès janvier 2014 en raison de tachycardies sinusales.

Dans le cadre de l'examen bi-disciplinaire, les examinateurs ont constaté que, la marche, à plat, s'effectuait d'un pas normal, sans boiterie. Les marches sur les talons et la pointe des pieds étaient réussies, sans douleur. Dans les escaliers, le pas était lent. La cheville et le pied étaient indolores. Il n'y avait pas de tuméfaction, pas de dyscoloration, pas de trouble trophique. Un petit nodule sous-cutané, indolore à la palpation, se situait au niveau plantaire interne du côté droit. Les dernières radiographies de la cheville droite (du 16 octobre 2014) montraient une bonne consolidation de la fracture et la récupération d'une trame osseuse normale. La recourante ne présentait plus le symptôme principal de l'algodystrophie. Il ne subsistait qu'une légère diminution de la flexion dorsale de la cheville droite, une légère augmentation de la température et une diminution de la sensibilité par rapport au côté controlatéral. Ils ont conclu que l'algodystrophie était au décours et la fracture de la cheville bien consolidée. La cheville gauche était, quant à elle, asymptomatique. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire. La recourante avait interrompu son activité (conduite des ateliers pour le mouvement fonctionnel chez les personnes handicapées) non pour des raisons ostéoarticulaires, mais suite à des tachycardies sinusales. À partir de novembre 2013, les signes et symptômes de l'algodystrophie étaient suffisamment atténués pour lui permettre de reprendre son travail.

Les examinateurs sont parvenus à la conclusion qu'il n'existait aucun diagnostic somatique (ostéoarticulaire) ayant une influence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de secrétaire (que la recourante avait exercée de 1992 à 2006) ou dans une activité adaptée dès novembre 2013. Ils ont retenu une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de la fracture de la cheville droite du 7 avril à fin octobre 2013.

b/bb. Sur le plan psychique, les examinateurs ont rappelé les diagnostics et les symptômes ainsi que le traitement suivi par la recourante lors de sa prise en charge à la clinique La Métairie (du 24 février au 4 mai 2014), à l'Hôpital de jour (du 5 mai au 14 octobre 2014), auprès du Dr N\_\_\_\_\_ (psychiatre traitant), aux HUG (du 28 décembre 2015 au 11 janvier 2016) et à la clinique La Lignière (du 11 janvier au 8 février 2016). Ils ont noté que la recourante consultait régulièrement le Dr N\_\_\_\_\_ à raison d'une fois tous les quinze jours. Elle bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique à base de Ciprex et de Temesta. À l'examen, elle ne présentait pas de troubles florides de la lignée psychotique, ni d'anxiété généralisée, ni d'attaque de panique, ni de baisse de la thymie, ni de diminution de l'intérêt, ni de perte de confiance en soi, ni de pensées récurrentes de mort, ni de troubles du sommeil, ni de perte d'appétit. Elle présentait de la fatigabilité et un léger ralentissement psychomoteur. Elle ne présentait pas d'épisode dépressif caractérisé ni un trouble de la personnalité. Le psychiatre traitant retenait un épisode dépressif léger qui, selon les critères de l'AI, ne revêtait

– d’après les examinateurs – aucun caractère incapacitant. Ces derniers ont retenu un trouble somatoforme indifférencié, car la recourante se plaignait de sensations d’accélération du rythme cardiaque, et persistait à affirmer qu’elle souffrait de problèmes cardiaques de type tachycardie, malgré les discours rassurants du cardiologue, l’absence de consultation régulière et récente chez un cardiologue et l’absence d’un traitement cardiotrope. À cet égard, elle ne présentait pas d’idées délirantes hypocondriaques puisqu’aucun trouble floride de la lignée psychotique n’avait été mis en évidence et que les considérations de la recourante à propos de ses palpitations cardiaques n’avaient pas de caractère bizarre.

Les examinateurs ont reconnu que, sur le plan psychiatrique, la recourante avait présenté une incapacité de travail totale durant ses périodes d’hospitalisation, soit du 24 février au 4 mai 2014, du 5 mai au 14 octobre 2014 et du 11 janvier au 8 février 2016.

11. a. Ci-après, il convient d’examiner si les arguments de la recourante commandent de s’écarter des conclusions du rapport bi-disciplinaire.

b. La recourante reproche aux examinateurs de ne pas avoir pris en compte les certificats médicaux attestant d’une capacité de travail de 30 % du 28 octobre 2013 au 31 janvier 2014.

Il est vrai que les examinateurs n’ont pas mentionné que l’Hôpital de la Tour, où la recourante avait été prise en charge dans les suites de l’accident du 7 avril 2013, a émis des certificats, attestant une capacité de travail de 0 % dès la date de l’accident au 27 octobre 2013 et de 30 % du 28 octobre au 12 décembre 2013, puis du 13 décembre 2013 au 31 janvier 2014. Cela n’a toutefois pas d’incidence en l’espèce. En effet, la recourante conteste ici implicitement disposer d’une capacité de travail entière dans toute activité dès novembre 2013, comme retenu par les examinateurs. Or, ces derniers, sur la base du dossier radiologique et les dires de la recourante, ont considéré de manière convaincante que, sur le plan ostéoarticulaire, elle pouvait reprendre son activité habituelle (de secrétaire) à plein temps (ou exercer une activité adaptée à ce taux) dès novembre 2013, constatant que celle-ci avait effectivement recommencé à travailler en octobre 2013 et que la cessation de son activité en janvier 2014 était due exclusivement aux crises de tachycardie. Lors de l’audience du 21 janvier 2019 par devant la chambre de céans, la recourante a affirmé que son taux d’occupation au moment de sa demande de prestations était limité à 30 % (étant relevé que, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003, celle-ci, alors qu’elle n’était pas atteinte dans sa santé, a travaillé à un taux oscillant entre 20 et 30 % – hormis durant son stage dans le cadre du chômage [40 %]). On en déduit que les médecins de l’Hôpital de la Tour ont attesté une capacité de travail de 30 % dès le 28 octobre 2013, soit au moment où la recourante a repris son activité à son taux habituel, ce qui ne signifie pas qu’elle serait, sur le plan ostéoarticulaire, inapte à travailler à un taux supérieur.

---

Par souci d'exhaustivité, on ajoutera qu'on ne saurait suivre les conclusions de la Dresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. rapport du 24 mars 2015), qui avait suivi la recourante du 9 janvier 2014 au 12 mars 2015, selon lesquelles cette dernière présente une capacité de travail totale dès le 12 mars 2015 dans une activité adaptée (éviter les activités uniquement en position debout, dans différentes positions, principalement en marchant, accroupies, à genoux, sur une échelle ou un échafaudage et les escaliers). En effet, d'une part, cette praticienne n'a pas pris en compte le fait que la recourante avait repris fin octobre 2013 son activité d'enseignement pour la mobilisation fonctionnelle chez les personnes handicapées et qu'elle l'avait arrêtée en janvier 2014 non pour des raisons orstéoarticulaires, mais suite à des tachycardies sinusales. D'autre part, à défaut d'explications, on se demande pour quels motifs la recourante ne serait pas capable d'exercer l'activité de secrétaire (qu'elle avait pratiquée de 1992 à 2006) à plein temps à une date antérieure au 12 mars 2015, alors que cette fonction est adaptée aux restrictions énumérées par la spécialiste.

Par conséquent, la chambre de céans retient, avec les examinateurs, que, sur le plan ostéoarticulaire, la capacité de travail de la recourante est nulle du 7 avril à fin octobre 2013, mais entière dans l'activité habituelle de secrétaire ou dans une autre activité adaptée dès novembre 2013.

c. La recourante nie toute valeur probante au rapport bi-disciplinaire, au motif qu'il serait incomplet, l'examen ne comportant pas de volet cardiologique. Elle reproche au SMR de ne pas avoir retenu la tachycardie sinusale comme étant invalidante ni d'avoir mentionné cette pathologie en tant que diagnostics avec ou sans répercussion sur la capacité de travail. De plus, elle ne comprend pas comment l'intimé a pu conclure à une capacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013, en dépit de ses séjours en milieu hospitalier ou clinique entre 2014 et 2016 dues à ses crises de tachycardie, corroborées par les pièces au dossier. À l'appui de sa position, la recourante se réfère à la doctrine médicale et cite un arrêt du 10 juin 2014 (ATAS/695/2014) dont l'état de fait serait, selon elle, similaire au sien.

c/aa. De prime abord, on constate que la recourante est en désaccord avec les avis des médecins qui l'ont examinée. Selon la clinique La Lignière, la tachycardie sinusale est attribuée à de l'anxiété, ce que réfute la recourante. Elle persiste à affirmer qu'elle souffre d'une affection organique en dépit des tests réalisés qui s'étaient avérés rassurants (cf. rapport du 11 février 2016 ; rapport bi-disciplinaire du 12 septembre 2017 et avis du SMR du 16 janvier 2018). S'il est vrai que les pièces au dossier mettent en évidence des tachycardies sinusales, en revanche, aucun médecin n'a posé le diagnostic de tachycardie sinusale inappropriée. De ce fait, l'article de doctrine scientifique produit par la recourante à l'appui de sa réplique, qui se rapporte à la tachycardie sinusale inappropriée, affection qui se distingue de la tachycardie sinusale, et qui se manifeste par des symptômes multiples et incapacitants d'après ledit article, n'est in casu pas pertinent.

Du reste, les tachycardies sinusales relevées chez la recourante n'ont pas induit une incapacité durable de travail. En effet, tous les examens médicaux pratiqués (CT-scan thoraco-abdominal, IRM cérébrale, EEG, auscultation pulmonaire, cardiaque, neurologique et ORL) étaient normaux, si bien que les médecins ont exclu une origine somatique de la symptomatologie présentée, de même que l'existence d'une pathologie grave. Les arrêts de travail figurant au dossier en relation avec les tachycardies sinusales se rapportent exclusivement aux périodes suivantes : du 4 au 7 février 2014 (cf. résumé de séjour du 4 février 2014 des HUG) et du 10 au 24 février 2014, soit pendant le séjour à la clinique La Colline (cf. lettre de sortie du 24 février 2014) – voire également du 20 au 23 janvier 2014 et du 29 au 31 janvier 2014, puis du 31 janvier au 14 février 2014 (cf. certificats des Drs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et des HUG qui ne spécifient pas la cause exacte ayant motivé l'arrêt de travail, mais on peut admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces arrêts de travail étaient dus aux tachycardies sinusales, la recourante s'étant plainte de palpitations à compter de janvier 2014). Bien que cette dernière allègue que les tachycardies ont une répercussion sur sa capacité de travail et son rendement, elle n'a produit aucune pièce médicale corroborant son appréciation, à l'exception des documents précités portant sur les périodes susmentionnées et des rapports des HUG et de la clinique La Lignière des 11 janvier et 11 février 2016, relatifs au séjour de la recourante dans ces établissements du 27 décembre 2015 au 11 janvier 2016, respectivement du 11 janvier au 8 février 2016, en raisons des tachycardies sinusales dont elle se plaignait. À cet égard, on relèvera que les examinateurs ont admis une incapacité de travail totale durant les périodes d'hospitalisation, soit du 24 février au 4 mai 2014, du 5 mai au 14 octobre 2014 et du 11 janvier au 8 février 2016. Si ceux-ci n'ont pas mentionné, en conclusion dans leur rapport, la période d'incapacité de travail totale du 27 décembre 2015 au 11 janvier 2016, il s'agit d'une omission, puisqu'ils ont reconnu que la recourante présentait une incapacité de travail totale durant les périodes d'hospitalisation.

Vu que, comme on vient de le rappeler, les analyses cardiaques étaient toutes restées négatives (cf. courriel du SMR du 2 octobre 2017), on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise cardiologique, d'autant plus que la recourante, qui indique que ses tachycardies sinusales sont fluctuantes et imprévisibles, n'est pas suivie par un cardiologue. À cet égard, ni l'ATAS/695/2014 ni le rapport du 17 novembre 2017 du Dr W\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, ne sont susceptibles de remettre en cause l'inutilité d'une expertise cardiologique. En effet, contrairement à ce que paraît croire la recourante, la situation de l'arrêt ATAS/695/2014 différerait de celle de la présente cause, dans la mesure où le cardiologue traitant, dans cette affaire, avait relevé des anomalies sur le plan cardiologique (hyper-dynamisme du ventricule gauche, taille du ventricule gauche normale mais avec fraction d'éjection élevée à 70 %) et ne s'était jamais déterminé sur les conséquences de cette atteinte en termes de capacité de travail. Quant au Dr W\_\_\_\_\_, bien que, selon lui, il est improbable que les tachycardies

que présente la recourante puissent avoir pour seule cause une origine anxieuse, il rappelle toutefois que, d'après les investigations effectuées jusqu'alors, aucune origine somatique n'explique les tachycardies sinusales. En outre, si le médecin généraliste se demande s'il est envisageable que sa patiente puisse s'absenter à son travail quelques jours suite à ses tachycardies, il ne se prononce nullement sur le taux d'incapacité de travail durable qu'engendrerait, le cas échéant, cette affection. De même, le Dr N\_\_\_\_\_ se borne à indiquer que les tachycardies ont une influence – qu'il juge du reste temporaire – sur la capacité de travail, sans préciser à quel taux (cf. rapport du 21 novembre 2017).

Partant, le rapport bi-disciplinaire n'est pas dénué de toute valeur probante pour le motif qu'il ne comporte pas un volet cardiologique.

En ce qui concerne l'état de santé de la recourante depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, évoqué par cette dernière lors de l'audience du 21 janvier 2019 (empêchement d'exercer la moindre activité en raison de ses crises de tachycardie, épuisement, incapacité à se déplacer chez son médecin), il s'agit de faits nouveaux, survenus postérieurement à la décision querellée du 22 janvier 2018. Ainsi, la chambre de céans ne saurait en tenir compte. Il en va de même s'agissant du rapport du 4 juin 2018, versé au dossier lors de cette audience, ce document étant postérieur à la décision attaquée. C'est le lieu de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). De toute manière, le rapport du 4 juin 2018 n'indique ni l'étiologie des tachycardies sinusales ni les répercussions sur la capacité de travail.

c/bb. Ensuite, contrairement à ce que prétend la recourante (cf. ses courriers des 23 août et 21 novembre 2017), les examinateurs ont pris en compte son séjour aux HUG du 27 décembre 2015 (au 11 janvier 2016) – ils l'ont mentionné dans l'anamnèse et ont admis une incapacité de travail totale durant les périodes d'hospitalisation – ainsi que les tachycardies sinusales dont elle se plaignait (lesquelles sont décrites dans les rapports des HUG et de la clinique La Lignière des 11 janvier et 11 février 2016, documents qui ont été examinés par les examinateurs). Cela étant, sur la base du status psychiatrique et des rapports médicaux, ils ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié qui ne présentait, selon eux, aucun caractère incapacitant. Ils ont également considéré que le diagnostic d'épisode dépressif léger, posé (en 2015) par le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ne revêtait pas non plus un caractère incapacitant.

c/cc. La question de savoir si l'évaluation par les examinateurs du caractère non incapacitant au sens de l'AI de l'épisode dépressif léger est correcte doit être examinée à l'aune de l'ancienne jurisprudence (cf. consid. 7a et 7d ci-dessus). En effet, ce trouble, présent entre 2014 et 2015, n'a pas été diagnostiqué en 2016 ni en

2017. Or, la nouvelle jurisprudence en matière de troubles psychiques est en vigueur depuis le 30 novembre 2017 (cf. consid. 7c ci-dessus).

Il ressort des pièces au dossier qu'au terme de son séjour à la clinique La Colline – où avait été hospitalisée la recourante du 10 au 24 février 2014 suite à ses malaises sur tachycardie sinusale –, cette dernière présentait un état anxio-dépressif sévère (ruminations et ralentissement psychomoteur très important rendant un retour à domicile impossible), si bien qu'elle avait été transférée à la clinique La Métairie. À l'admission, la recourante était très angoissée et sa thymie triste. Elle présentait un sentiment de désespoir, un épuisement, une anxiété importante et avait une tendance à la régression. Cet établissement avait retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. À la fin de son séjour, une évolution favorable de la symptomatologie présentée avait pu être observée et la recourante avait été adressée à l'Hôpital de jour (de la clinique La Métairie) pour la suite de prise en charge post-hospitalière. La clinique La Métairie a attesté une capacité de travail nulle du 24 février au 31 octobre 2014.

La recourante a ensuite consulté le Dr N\_\_\_\_\_, lequel a attesté une capacité de travail nulle du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 31 mars 2015. Dans son rapport du 2 avril 2015, il a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger et jugé que la recourante pourrait travailler dans une activité adaptée, en position assise, d'une durée limitée à deux heures par jour dès le 27 mars 2015. Cela étant, le psychiatre relevait notamment une humeur déprimée fluctuante et une tristesse occasionnelle en lien avec la solitude. La recourante bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique et prenait du Cipralax et du Temesta. Le pronostic était bon et l'évolution favorable. Dans ces circonstances, en accord avec les critères dégagés par la jurisprudence citée plus haut (consid. 7a), le trouble dépressif léger ne se révélait pas résistant aux traitements pratiqués. Il ne revêtait donc effectivement pas un caractère invalidant, comme l'ont retenu les examinateurs. Dans son rapport subséquent du 31 août 2015, le Dr N\_\_\_\_\_, alors qu'il retenait le même diagnostic et relevait une légère évolution favorable ainsi qu'une légère baisse de l'anxiété, considérait de manière peu compréhensible qu'une reprise de travail n'était pas envisageable. Son avis n'emporte donc pas la conviction.

c/dd. En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, posé par les examinateurs le 6 juin 2017, son incidence, le cas échéant, sur la capacité de travail de la recourante doit être appréciée à la lumière de la jurisprudence, en vigueur depuis le 3 juin 2015, en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables, soit au regard des indicateurs déterminants définis dans l'ATF 141 V 281, compte tenu de l'absence de substrat organique justifiant les tachycardies sinusales.

Même si les examinateurs n'ont pas suivi la grille d'évaluation normative et structurée selon l'arrêt précité, leur examen, en le mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permet néanmoins une appréciation de l'état de santé de la

recourante à la lumière des indicateurs déterminants (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2 et 4.3 et les références).

Les examinateurs ont fait état d'un trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence. Selon la définition du CIM 10 (classification internationale des maladies), « le diagnostic d'un trouble somatoforme indifférencié doit être envisagé devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation ». In casu, la recourante se plaint de sensation d'accélération de rythme cardiaque, malgré les examens pratiqués qui sont normaux, l'absence de consultation chez un cardiologue et l'absence d'un traitement cardiotrope. Elle avait également présenté une perte de connaissance, des vertiges ou des paresthésies des extrémités, qui avaient été investiguées, sans pouvoir être attribuées à un trouble somatique (cf. avis du SMR du 16 janvier 2018 ; lettre de sortie du 12 mai 2014 de la clinique La Métairie ; rapport du 5 novembre 2015 du Dr P\_\_\_\_\_). Le Dr W\_\_\_\_\_, médecin traitant, est d'accord avec le diagnostic de syndrome somatoforme (cf. courrier du 17 novembre 2017).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante consulte son psychiatre traitant à raison d'une fois tous les quinze jours et prenait, au moment de l'examen du 6 juin 2017, du Cipralex et du Temesta. Lors de l'audience du 21 janvier 2019, elle a affirmé que son médecin ne prescrivait plus le Cipralex, qui n'avait plus d'effet, mais elle continuait son traitement avec le Temesta qui agissait sur elle comme un décontractant musculaire. La recourante n'est donc pas confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. Par ailleurs, aucun suivi régulier chez un cardiologue n'a été mis en place, dans la mesure où la recourante n'en a jamais demandé.

Quant à l'indicateur de la « comorbidité », les examinateurs n'ont pas mis en évidence d'épisode dépressif caractérisé entraînant une incapacité de travail, et les tachycardies sinusales, sans substrat organique, n'ont pas causé une incapacité de travail totale durable, hormis durant certaines périodes limitées (cf. consid. 11c/aa. ci-dessus). Par ailleurs, il faut examiner si l'interaction des troubles psychiatriques et somatiques concomitants prive l'assuré de certaines ressources (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 ; cf. l'indicateur « contexte social » ci-dessous).

S'agissant du complexe de « la personnalité », ni les médecins traitants, ni les examinateurs n'ont retenu un trouble de la personnalité.

Pour ce qui est du « contexte social », la recourante voit régulièrement son compagnon. Elle maintient de bonnes relations avec son fils qui loge chez elle, ainsi qu'avec sa mère qu'elle voit une à deux fois par semaine. Bien que son réseau social se soit restreint, elle entretient tout de même des relations avec des amis (4 ou 5). Son trouble n'a donc pas une incidence négative sur le fonctionnement de la recourante, en particulier sur les relations interpersonnelles, ce qui conduit à nier

---

le caractère sévère de son trouble. Le Dr W\_\_\_\_\_, d'ailleurs, confirme que les tachycardies sinusales n'ont pas de conséquences majeures sur le plan psychosocial (cf. courrier du 17 novembre 2017).

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », l'atteinte à la santé ne limite pas la recourante dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'elle est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. En effet, elle prépare ses repas (petit-déjeuner, à midi et le soir, et essaie d'avoir des repas équilibrés). Elle s'occupe de son administration (courriers) et de son ménage, se promène dans son quartier et fait ses courses. Enfin, même si la recourante consulte les urgences en cas de malaises, l'absence d'un suivi chez un cardiologue est peu cohérente avec l'importance des plaintes qu'elle allègue.

En définitive, compte tenu des indicateurs pertinents, il n'y pas lieu de s'écarter des conclusions des examinateurs selon lesquelles le caractère invalidant du trouble somatoforme retenu doit être nié. Celui-ci ne présente pas un degré de gravité suffisant d'un point de vue juridique.

12. a. Au vu des développements qui précèdent, force est de constater que la recourante a présenté une incapacité de travail totale :

- du 7 avril à fin octobre 2013 sur le plan ostéoarticulaire;
- du 20 au 23 janvier 2014, du 29 janvier au 24 février 2014 et du 27 décembre 2015 au 8 février 2016 en raison des tachycardies sinusales ;
- du 24 février au 31 octobre 2014 et du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 31 mars 2015 (attestée par le Dr N\_\_\_\_\_) sur le plan psychiatrique.

Quand bien même l'intimé n'a pas examiné les éventuelles conséquences des incapacités de travail postérieures au 1<sup>er</sup> novembre 2013, cela ne change rien à l'issue du litige au vu des considérations ci-après.

b. Selon l'art. 29<sup>ter</sup> RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/05 et I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.2 et les références).

c. En l'espèce, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 7 avril 2013, mais a été interrompu dès la fin d'octobre 2013, date à compter de laquelle la recourante a recommencé à travailler, étant relevé que la capacité de travail attestée depuis lors sur le plan ostéoarticulaire (30 %) était identique au taux d'activité habituel avant l'atteinte à la santé. Ensuite, un nouveau délai a commencé à courir le 20 janvier 2014 en raison de l'incapacité de travail due aux tachycardies (jusqu'au 24 février 2014) et aux troubles psychiques (dès cette date jusqu'au 31 mars 2015). Si l'incapacité de travail a duré ici en moyenne

une année, en revanche, la demande de prestations a été déposée le 16 mars 2015, soit tardivement, de sorte que le droit (éventuel) à une rente ne peut naître au plus tôt que six mois plus tard, soit à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015 (art. 29 al. 1 LAI). Or, à ce moment, la recourante n'était pas invalide, si bien qu'elle ne peut prétendre à une rente d'invalidité. En effet, à ce moment, elle ne présentait aucune incapacité de travail en raison de ses tachycardies, et pour les motifs déjà exposés, son trouble dépressif léger n'avait aucun caractère invalidant. Quant à l'incapacité de travail totale du 27 décembre 2015 au 8 février 2016, elle ne peut être prise en compte dans la mesure où elle a duré moins de trois mois (art. 88a al. 2 RAI, disposition selon laquelle « si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable »).

13. a. Enfin, la recourante réclame l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle.

b. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptations pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

c. En l'espèce, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 9 février 2016 (date à compter de laquelle elle n'est plus hospitalisée), de sorte qu'elle n'est ni invalide, ni menacée d'une invalidité. Les mesures de réadaptation professionnelles ne sont donc pas nécessaires en l'absence d'une perte de gain. Les conditions pour l'octroi de telles mesures ne sont donc pas remplies.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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