

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4934/2017

ATAS/974/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VEYRIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. En juin 2015, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, divorcée, mère de trois enfants, exerçant depuis 1990 la profession d'enseignante en rythmique et musique à l'école primaire à un taux de 60,7%, a fait l'objet d'un signalement pour détection précoce auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
2. Entendue le 18 août 2015, l'assurée a indiqué être en incapacité de travail depuis le 10 juin 2014, après des absences de courtes durée s'étant égrainées entre janvier et juin 2014.

Elle s'est plainte de douleurs aux mains l'empêchant de jouer du piano, de douleurs aux pieds et au dos l'entravant dans son activité de rythmique et a indiqué souffrir, au plan psychique, d'un épisode dépressif et d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

Elle a relaté avoir été l'objet de pressions psychologiques de la part de la directrice de son établissement depuis 2008-2009 et s'être trouvée en situation de stress et de doutes constante. Elle a ajouté avoir, à la rentrée 2013, envisagé une augmentation de son taux d'activité, ses enfants étant désormais grands, et avoir verbalisé et explicité ce souhait en décembre 2013 lorsque la directrice avait demandé aux enseignants leurs vœux pour l'année scolaire suivante. Au lieu de cela, en juin 2014, elle avait été affectée à un autre établissement, à son taux habituel, ce qu'elle avait très mal vécu.

Elle a ajouté avoir été reçue, le 12 juillet 2017, par les ressources humaines et le service de santé de l'état, qui ont estimé qu'au vu de son état physique et psychique, aucune reprise ne pouvait être envisagée.

3. En août 2015, une demande formelle de prestations a été déposée, dans laquelle l'assurée a invoqué un « burn-out » et des problèmes articulaires touchant ses mains, ses pieds, son dos et ses cervicales.

L'instruction du dossier par l'OAI a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un rapport du docteur B_____, spécialiste FMH en radiologie, du 17 novembre 2011, constatant, à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale réalisée après une cure de hernie discale cervicale, un status post-opératoire en C5-C6 sans anomalie significative, des phénomènes disco-dégénératifs adjacents sous forme de discopathies C4-C5 avec éléments de hernie discale sans réel conflit, mais entrant en contact avec la moelle, une uncarthrose n'entraînant pas de rétrécissement significatif des neuroforamen et, au niveau C6-C7, une discopathie avec débord discal circonférentiel latéralisé à droite entrant en contact avec la racine sous-jacente et entraînant un rétrécissement neuro-foraminal non significatif ;

- un courrier rédigé le 27 avril 2015 par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie (maladies vasculaires), consulté pour des douleurs dans les jambes, disant avoir constaté à l'examen des membres symétriques, une discrète cyanose périphérique bilatérale, quelques varicosités diffuses non systématisées, des axes veineux superficiels et profonds fonctionnant tout à fait normalement à l'échographie et des flux artériels symétriques au niveau fémoral et du poplité ;
- un rapport du docteur D_____, radiologue, du 9 mai 2015, concluant à l'absence d'anomalie évolutive significative au niveau du rachis cervical en comparaison à des imageries par résonance magnétique (IRM) effectuées en 2011 et 2015, à un status post-opératoire normal et à une discrète majoration de la discarthrose C6-C7; aucune contrainte radiculaire significative n'était objectivée ; au niveau du rachis lombaire, étaient notées des discopathies dégénératives étagées et globalement peu ou pas évolutives par rapport aux bilans effectués en 2011 et 2014 ;
- un rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, du 31 mai 2015, concluant à l'absence d'hyperfixation significative au niveau du rachis lombaire et à l'absence d'anomalie pouvant faire suspecter la présence d'une lyse isthmique L5 ;
- un rapport de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en neurologie, du 11 août 2015 qui, après une électroneuromyographie (ENMG) des membres supérieurs, a relaté que l'assurée se plaignait de dysesthésie douloureuse de la main droite prédominant dans les trois premiers doigts, d'une lourdeur des bras et de cervicalgies chroniques ; l'interprétation des résultats de l'ENMG était délicate, compte tenu d'un status après opération des deux nerfs médians de longue date ; les anomalies constatées pouvaient évoquer un ralentissement post-opératoire, mais prédominaient du côté gauche, symptomatique, ce qui ne permettait pas d'exclure une récurrence du syndrome du tunnel carpien ; quant à la symptomatologie douloureuse du membre supérieur gauche, elle pouvait être d'origine multifactorielle (tendinite, ténosynovite, irritation au niveau cervical) ; en revanche, aucune atteinte radiculaire déficitaire dans les myotomes C5-D1 n'avait été constatée ;
- un rapport du Dr D_____ du 31 août 2015, constatant l'absence de signes dégénératifs ou inflammatoires évolutifs sur les articulations coxofémorales après examens du bassin et des hanches ;
- un rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, du 21 septembre 2015, retenant comme diagnostics : une affection psychiatrique - pour laquelle il renvoyait au psychiatre traitant -, une discopathie lombaire étagée sans image de hernie discale mais avec d'importantes douleurs intermittentes, une cervico-brachialgie gauche sur discopathie C6-C7 avec contact radiculaire, des douleurs du membre supérieur gauche d'origine multifactorielle (tendinite, ténosynovite), un pouce à ressaut à gauche et des douleurs de l'avant-pied droit sur névralgie de Morton ; le médecin précisait que sa patiente souffrait d'une affection psychiatrique depuis son adolescence, diagnostiquée comme un trouble de l'attention de l'adulte se manifestant par une logorrhée et un contact difficile avec

toutes les personnes entrant en relation avec elle ; à cette affection psychiatrique s'ajoutaient de multiples atteintes somatiques se caractérisant par des douleurs dont l'intensité était ressentie de manière plus importante en raison de l'affection psychiatrique ; le médecin émettait l'avis que sa patiente était incapable de fonctionner de manière adéquate dans le monde professionnel actuel et soulignait ses importantes difficultés à gérer son quotidien à la maison ; la symptomatologie douloureuse diffuse dont elle souffrait aux niveaux de la nuque, du dos, du bassin, des membres inférieurs et des mains rendait difficile l'exercice de sa profession de professeur de rythmique et/ou de piano ;

- un bref courrier rédigé le 22 septembre 2015 par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, indiquant que l'examen pratiqué par le Dr F_____ montrait des valeurs tout à fait typiques d'un status après opération et ne témoignaient pas d'une récurrence, les amplitudes étant bien conservées du côté gauche ; le médecin émettait l'avis que, de manière générale, la situation sociale, professionnelle et familiale de la patiente était en première ligne dans la symptomatologie, qualifiée d'à la fois bruyante et anodine, fortement subjective de troubles somatoformes ;
- un rapport d'évaluation psychiatrique rendu le 30 septembre 2015 par le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la demande du docteur J_____, médecin associé en santé du travail; ce rapport se basait sur deux entretiens réalisés en septembre 2015 et le dossier médical de l'assurée ; de l'anamnèse, il ressortait que l'assurée avait découvert en 2004 que ses difficultés chroniques (distractibilité et inattention, agitation psychique incessante et désordonnée, difficultés à canaliser sa pensée, impulsivité, problèmes relationnels, etc.) relevaient d'un TDAH ; elle avait alors pris un traitement qu'elle avait dû augmenter en 2009, époque où la symptomatologie s'était aggravée dans un contexte de problèmes de santé physiques ; l'intéressée disait souffrir d'un état dépressif depuis septembre 2013 et était suivie par un psychiatre traitant ; le Dr I_____ s'est fait l'écho des plaintes de l'intéressée, avant de relater ses observations objectives : il a constaté que la symptomatologie dépressive s'était atténuée au fil des mois et qu'elle n'était plus désormais que légère, avec une anxiété marquée ; selon lui, l'assurée était trop fragile pour reprendre son métier d'enseignante en milieu scolaire : ses ressources psychiques étaient durablement amoindries et elle n'était plus en état de supporter les pressions psychologiques et charges inhérentes à une telle activité ; le Dr I_____ préconisait dès lors un bilan de compétences et une réorientation professionnelle dans une activité devant prendre en compte les limitations (risque de désorganisation en situation de stress, déficit attentionnel et difficultés à maintenir sa concentration dans la durée, fragilité affective et instabilité émotionnelle, etc.) ;
- un bref préavis rédigé le 21 octobre 2015 par le Dr J_____, indiquant que l'état de santé de l'assurée ne permettait plus une reprise de son métier d'enseignante en milieu scolaire et que, sauf avis contraire, cette inaptitude était définitive ;
- l'avis émis le 19 novembre 2015 par le Service médical régional de l'OAI (SMR) retenant que, d'un point de vue somatique, l'assurée souffrait de cervicobrachialgies

gauches en lien avec une discopathie C6-C7 sans conflit radiculaire et avec une arthrose cervicale étagée stable depuis 2011 ; qu'elle avait été opérée d'une hernie discale C5-C6 en 2005 sans complication ; qu'il existait également des douleurs lombaires sur une discopathie dégénérative L5-S1 traitée conservativement, mais aussi des douleurs des membres supérieurs avec, du côté gauche, des signes de ténosynovite du poignet et d'épicondylite du coude associés à un pouce à ressaut opéré en février 2015 et, à droite, une épicondylite du coude et un pouce à ressaut opéré en juin 2015; que la pathologie des pouces avait évolué favorablement des deux côtés, mais que les douleurs aux coudes avaient persisté ; que l'assurée se plaignait également de douleurs aux membres inférieurs en lien avec des névromes de Morton des deux côtés et de douleurs à la cheville gauche en rapport avec un kyste arthrosynovial ; que d'un point de vue psychiatrique, l'assurée souffrait d'un TDAH évoluant depuis 2004 ; le médecin du SMR a émis l'avis que l'exigibilité d'une activité adaptée devait être évaluée en tenant compte des limitations fonctionnelles psychiques bien détaillées dans l'expertise du Dr I_____ (difficultés dans les interactions avec l'entourage, désorganisation psychique en situation de stress, déficit attentionnel, difficultés à maintenir la concentration sur la durée, fragilité affective avec instabilité émotionnelle); les limitations somatiques, elles, n'avaient en revanche été que peu détaillées par le médecin traitant; qui plus est, certaines atteintes somatiques étaient encore susceptibles d'évoluer, notamment au niveau des coudes, raisons pour lesquelles le SMR a préconisé de réinterroger le médecin traitant pour lui demander d'explicitier les limitations fonctionnelles en lien avec toutes les atteintes rhumatologiques ;

- la réponse du Dr G_____ du 27 novembre 2015, qualifiant l'état de sa patiente de stationnaire, la décrivant comme désorganisée dans toutes ses activités et totalement incapable d'être efficace dans toutes les activités quotidiennes ; le médecin-traitant a évalué la capacité de travail de sa patiente en tant qu'enseignante à 0% et s'est déclaré incapable de se prononcer sur l'exigibilité dans une autre activité adaptée, suggérant sur ce point une évaluation par l'OAI ; sa patiente demeurait totalement dispersée, hyperactive, inefficace dans toutes les activités quotidiennes, y compris son ménage, avec un discours peu informatif, des passages du coq à l'âne et une véritable logorrhée ; s'y ajoutaient des douleurs multiples, probablement de nature somatoforme, mais occasionnant de très importantes et réelles souffrances ; ces troubles somatiques aigus étaient clairement influencés par la problématique psychiatrique ; en effet, les examens complémentaires réalisés les derniers mois montraient des troubles dégénératifs légers à modérés n'expliquant pas l'intensité des douleurs conduisant à une quasi paralysie ;
- un rapport émis le 3 décembre 2015 par le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, attestant d'une totale incapacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée depuis septembre 2013 s'agissant de cet épisode ; le psychiatre a retenu à titre de diagnostics : un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, une perturbation sévère de l'activité et de l'attention évoluant depuis

l'enfance et une fibromyalgie; il a expliqué que, sur le plan psychique, il observait un déficit attentionnel, une incapacité à maintenir le focus d'attention de façon durable, une distractibilité importante, une instabilité émotionnelle, des réactions et décisions impulsives, une désorganisation de base s'accroissant en situation de stress, une difficulté à établir et maintenir des priorités, une capacité de mémorisation réduite en situation de stress, une incapacité à synchroniser ses activités pour atteindre un but précis en un temps donné, une incapacité globale à faire face aux obligations et aux exigences de la vie quotidienne; selon lui, la rareté des éléments anamnestiques était le reflet de l'importance des troubles de sa patiente; le diagnostic de TDAH avait été posé en 2000; il avait pris la succession d'un confrère qui, lui, avait suivi l'assurée depuis le début de l'épisode dépressif, apparu en 2011; l'assurée suivait une thérapie cognitive et comportementale renforcée par un traitement psychotrope qui avait été progressivement augmenté et ajusté; le médecin disait avoir observé une amélioration sur le plan de l'humeur correspondant désormais à une dépression légère, ajoutant qu'il existait toujours une hypersensibilité et une instabilité émotionnelle, ainsi qu'une hyperactivité, globalement mieux canalisée ; l'attention était plus soutenue; le trouble sévère de l'attention avec hyperactivité évoluait depuis l'enfance et continuait à influencer la vie de la patiente sur les plans affectif, familial et professionnel; au plan professionnel, l'assurée avait pu mettre en place, au prix d'efforts importants, des stratégies qui lui avaient permis de s'adapter jusqu'au moment où le niveau d'exigence et de tolérance de son employeur était devenu incompatible avec ses propres ressources; des difficultés relationnelles avec certains collègues et sa directrice avaient contribué à lui faire perdre confiance en elle-même et à l'apparition d'un état dépressif sévère; le traitement avait permis d'atténuer la symptomatologie dépressive, qui ne correspondait plus désormais qu'à une dépression légère, mais restait associée à une forte anxiété; le traitement de Méthylphénidate rendait la patiente moins impulsive, moins dispersée, moins agitée, mais elle n'était désormais plus en mesure de faire face aux exigences liées à son poste et ce, de façon durable; une capacité de travail serait en revanche envisageable dans un environnement peu exigeant sur le plan administratif et organisationnel, avec des activités en petits groupes de quelques élèves, des horaires de travail fractionnés et une place significative pour l'intuition, l'improvisation et la créativité; la situation était compliquée par la résurgence de douleurs musculaires tendineuses et articulaires; une évaluation détaillée des restrictions physiques paraissait indispensable ;

- le rapport d'expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique rendu les 12 et 23 mai 2017 par les docteurs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie; le Dr L_____, après s'être livré à une anamnèse, s'être fait le relais des plaintes de l'assurée, avoir décrit son quotidien et la situation socio-familiale, professionnelle et asséurologique, a indiqué quels étaient ses constats objectifs; il a noté la présence d'un syndrome cervicobrachial et lombo-vertébral, sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires; l'examen des différents groupes articulaires a été qualifié de rassurant, sans signe de synovite ou de ténosynovite, et avec des amplitudes articulaires conservées; au niveau des épaules, il

n'y avait pas de signe de conflit ou de tendinopathie et l'examen des genoux n'a mis en évidence aucun problème méniscal ou tendineux; d'un point de vue paraclinique, le bilan radiologique a mis en évidence un status post pose d'une cage C5-C6 stable et une discopathie L5-S1 connue depuis 2011 et ne s'étant pas péjorée depuis lors; l'ultrasonographie des épaules s'est révélée dans la norme, sans signe de rupture ou de tendinopathie, ni collection liquidienne intra-articulaire; l'expert a considéré que la diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé résidait essentiellement dans le vécu douloureux chronique; il n'y avait pas de signe inflammatoire; l'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg en porte-à-faux avec long bras de levier et limitation des positions debout ou assise statiques à une heure; ont été mentionnés comme motifs d'exclusion : la présence de douleurs poly et péri-articulaires imputables à un syndrome fibromyalgique diminuant le seuil de déclenchement à la douleur correspondant à 80% de la symptomatologie douloureuse; les ressources personnelles de l'assurée étaient limitées par le TDAH s'exacerbant au moindre stress; d'un point de vue rhumatologique, une certaine discordance était relevée entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle décrite dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle, d'une part, et les examens cliniques et paracliniques, d'autre part; selon l'expert, c'étaient essentiellement les douleurs, facteur subjectif - imputables à une diminution du seuil de tolérance à la douleur, cristallisées et exacerbées dans le contexte d'un TDAH - qui entraînaient l'impotence fonctionnelle; la coopération de l'assurée au cours des thérapies a été qualifiée de bonne; aucune contre-indication à des mesures de réadaptation n'a été relevée; l'assurée disposait d'une intelligence plus que normale et maîtrisait plusieurs langues, ainsi que la musique, ce qui constituaient des facteurs de bon pronostic; les répercussions médico-théoriques ont été évaluées à 20% au niveau professionnel, 20% au niveau ménager, 10% dans les loisirs et 10% dans les activités sociales; l'activité habituelle a été jugée exigible à 80% d'un point de vue purement rhumatologique, la réduction de 20% étant motivée par le fait que l'assurée devait parfois porter des charges en porte-à-faux; d'un point de vue multidisciplinaire, en tenant compte également de l'aspect psychiatrique, la capacité de travail dans l'activité habituelle a été évaluée à 80%; en effet, l'expert psychiatre a considéré pour sa part que s'il y avait eu, en 2014, décompensation de la personnalité borderline avec incapacité de travail, depuis début 2015, grâce à la prise en charge psychiatrique et médicamenteuse, l'assurée avait récupéré une pleine capacité dans l'activité exercée jusqu'alors; la capacité de travail dans une activité adaptée a été évaluée à 100%, que ce soit d'un point de vue purement rhumatologique ou d'un point de vue multidisciplinaire; dans son rapport, le Dr M_____ a noté une attention légèrement altérée, mais sans signe d'une maladie psychiatrique au sens strict de la CIM-10; l'expert a fondé son évaluation sur un entretien avec l'assurée, un questionnaire adressé au psychiatre traitant et un examen neuropsychologique effectué par Madame N_____, ainsi que le dossier de l'AI; l'évaluation neuropsychologique montrait une légère perturbation de l'attention avec des déficits modérés de l'inhibition de la flexibilité et de l'organisation, ainsi que des difficultés de compréhension pour les

propos nécessitant des facultés métacognitives complexes, traits suggérant la présence d'un TDAH ; la neuropsychologue avait signalé que les troubles cognitivo-comportementaux en lien avec le fonctionnement psychique de l'assurée faisaient penser à un probable fonctionnement de type psychotique, ce que l'expert a dit n'avoir pu objectiver durant l'entretien; il a en revanche noté des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif se caractérisant par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, ainsi que des capacités anticipatoires très réduites; l'expert a expliqué que, du point de vue clinique, il était souvent difficile de distinguer une personnalité émotionnellement labile d'un TDAH, mais il a relevé que l'assurée présentait ce type de traits depuis son enfance et que cela ne l'avait pas empêchée de travailler; les limitations fonctionnelles étaient liées à un déficit de l'attention et à l'impulsivité de l'assurée, mais ces traits avaient toujours été présents et ne devaient pas l'empêcher d'exercer une activité professionnelle; n'étaient finalement retenus par l'expert à titre de diagnostics que des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et un TDAH; au point de vue psychiatrique, il n'y avait aucune contre-indication à des mesures de réadaptation; l'expert a indiqué s'écarter des limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant et le Dr I_____ en expliquant que, s'il pouvait concevoir qu'en 2014, il y avait eu décompensation de la personnalité émotionnellement labile, l'assurée avait, depuis qu'elle prenait la Fluctine et le Méthylphénidate, retrouvé une stabilité induisant une capacité de travail; qui plus est, il n'avait pu objectiver les limitations fonctionnelles évoquées par le psychiatre de l'assurée durant l'entretien et, selon la description des activités quotidiennes décrites par l'intéressée, cette dernière pouvait mener une vie pratiquement normale; l'expert a répété que les traits de personnalité borderline et le TDAH étaient présents depuis l'enfance et l'adolescence et n'avaient pas empêché l'assurée de travailler – hormis la décompensation de 2014 de laquelle elle avait bien récupéré grâce au traitement psychiatrique et à la prise de médicaments; l'assurée, intelligente, disposait de ressources personnelles, notamment au niveau de la création, qu'elle avait toujours mises en pratique, raison pour laquelle l'expert l'a jugée apte à exercer à 100% depuis 2015, que ce soit son activité habituelle ou une activité adaptée ;

- la réponse rédigée le 24 juin 2017 par le Dr K_____, indiquant que les diagnostics désormais retenus étaient ceux de trouble dépressif récurrent épisode léger et de déficit de l'attention avec hyperactivité; selon le psychiatre traitant, le déficit attentionnel renforçait la symptomatologie anxieuse et dépressive et entravait la modulation des réponses émotionnelles; le moindre stress se traduisait par une agitation psychomotrice peu maîtrisable, une logorrhée, une capacité réduite à contenir son hyperémotivité et son impulsivité et une nette tendance à la dispersion et à la désorganisation; sur le plan professionnel, une reprise de l'activité d'enseignante dans l'instruction publique n'était pas envisageable, sa patiente n'étant en mesure d'en assumer ni la charge psychologique, ni la charge administrative.

- l'avis émis par le SMR le 27 juin 2017, se rangeant aux conclusions des experts et retenant une capacité de travail de 80% dans toute activité en raison de la symptomatologie douloureuse chronique.

4. Le 24 juillet 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

L'OAI a expliqué renoncer à la mise sur pied d'une enquête au domicile de l'assurée s'agissant de la sphère ménagère au vu de la capacité de 80% retenue et le taux consacré aux travaux habituels (39,3%).

Il a conclu à un degré d'invalidité de 0% (0% de 61,7% dans la sphère professionnelle = 0% + 0% de 39,3% = 0%).

L'OAI a constaté que la demande de prestations ayant été déposée le 19 août 2015, une rente ne pourrait être versée qu'à compter du 1^{er} février 2016, date à laquelle l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail.

5. Le 9 août 2017, l'assurée a contesté ce projet par téléphone.
6. Le 14 septembre 2017, l'OAI a rendu une décision formelle aux termes de laquelle il a nié à l'assurée le droit à toute prestation.
7. Le même jour, l'assurée a contesté formellement le projet du 24 juillet 2017 par écrit et par le biais d'un mandataire.

Elle a contesté en premier lieu le taux d'activité retenu par l'OAI (à savoir 60,7%), en alléguant avoir, avant son arrêt de travail émis le souhait auprès de son employeur d'augmenter son taux d'activité à 100%. Elle l'avait d'ailleurs mentionné à l'OAI lors de l'entretien pour la détection précoce. En effet, sa situation financière est modeste ; elle est divorcée et mère de trois enfants; dès lors, quand le Département de l'instruction publique (DIP) a indiqué aux professeurs de musique qu'ils avaient la possibilité d'augmenter leur taux d'activité, elle a répondu par l'affirmative, d'autant plus que ses enfants étaient devenus autonomes (22, 19 et 13 ans). Le DIP n'a pas accédé à sa demande et son nombre d'heures d'enseignement est demeuré inchangé. Elle a été affectée à un nouvel établissement scolaire, ce qui a conduit à son incapacité de travail.

L'assurée a allégué que, si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps comme elle en a émis le souhait en 2013 - 2014. D'ailleurs, même lorsqu'elle travaillait au DIP à temps partiel, elle avait régulièrement des activités accessoires lui permettant de compléter ses revenus (cours de piano, centre aéré durant les vacances scolaires, chorale, etc.). Elle en tire la conclusion que la part professionnelle devrait quoi qu'il en soit être supérieure aux 60,7% retenus, qui ne correspondent qu'à son taux d'activité auprès du DIP.

L'assurée a également contesté les conclusions des experts, en contradiction flagrante avec les autres éléments médicaux à son dossier. Selon elle, c'est de manière totalement arbitraire que le Dr M_____ a mis fin à son incapacité de

travail début 2015, sans préciser, d'ailleurs, à partir de quel mois exactement elle aurait recouvré cette capacité de travail.

A l'appui de sa position, l'assurée a notamment produit des fiches de salaires établies par V_____ (V_____) de CHF 1'601.05 d'avril à juin 2016, de CHF 899.85 pour septembre et octobre 2016, de CHF 704,37 pour novembre et décembre 2016 et de CHF 754.27 pour janvier et février 2017.

8. Le 18 septembre 2017, l'OAI a sollicité de la recourante la production de tous ses contrats de travail et certificats, d'une attestation fiscale pour les années 2012 à 2016, des éventuels justificatifs prouvant son souhait d'augmenter son taux d'activité au sein du DIP, des éventuelles recherches d'activités lucratives, etc.
9. Par pli du 29 septembre 2017, l'OAI lui a en outre expliqué que sa décision du 14 septembre 2017 s'était croisée avec son courrier d'opposition, qu'il ne maintenait pas la décision en question et qu'une nouvelle décision sujette à recours serait rendue plus tard.
10. Le 5 octobre 2017, l'assurée a produit, notamment :
 - un courrier adressé le 9 février 2000 à la direction de l'enseignement primaire indiquant qu'elle souhaiterait augmenter son taux d'activité à 65% ;
 - ses vœux pour la rentrée scolaire 2002, émis le 10 janvier 2002, indiquant qu'elle souhaiterait une augmentation de son taux d'activité de 15h (sur 26h) à 18h (sur 26h) ;
 - un document intitulé « historique des contrats » indiquant que son taux d'activité s'était élevé à 69,2% entre 2002 et 2006, date à laquelle il avait diminué à 57,7% avant de revenir à 60,7% en 2014 ;
 - un document intitulé « notes prises en séance du 6 septembre 2017, tenue au bureau de Monsieur O_____, responsable RH, en présence de Monsieur P_____, président du syndicat de la W_____ », dans lequel l'intéressée rappelle que, durant l'automne 2013, sachant que la possibilité serait donnée aux enseignants d'augmenter leur taux d'activité, elle a transmis des vœux en ce sens, confirmés à Pâques 2014.

L'assurée a rappelé qu'elle vit avec ses deux filles et qu'en 2013, sa fille aînée était âgée de 20 ans et la cadette de 13 ans, de sorte qu'aucune mesure d'encadrement n'était plus nécessaire.

11. Le 31 octobre 2017, la recourante a produit divers autres documents, au nombre desquels, notamment :
 - ses vœux, émis fin 2013, pour augmenter son taux d'activité à 76,9% (20 heures) ;
 - ses vœux, émis en 2014, d'augmenter son taux à 100% ;
 - la décision du DIP de ne lui attribuer que 17 périodes correspondant à un taux de 60,7% pour la rentrée scolaire 2014 - 2016 ;
 - différents documents concernant sa participation à différents camps de musique, centres aérés, concerts etc. ;

- un document établi le 15 janvier 2015 par le docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine générale, à l'intention des médecins consultants en santé ; ce médecin y explique qu'en tant que médecin-conseil mandaté par le SPE, il a reçu l'assurée le 15 janvier 2015 pour une évaluation médicale ; le médecin se fait le relais des difficultés que l'assurée a rencontrées dans son travail depuis 2014 ; il explique qu'elle a fini par décompenser et qu'elle est prise en charge par un psychiatre traitant qu'elle voit régulièrement, qu'elle est connue pour un trouble d'hyperactivité traité, qu'en novembre 2014, elle a dû faire le deuil de sa mère, que dans le courant de l'automne son état psychique a évolué favorablement, mais de façon fluctuante; dans ses brèves conclusions, le médecin retient que l'assurée présente un état de santé physique et psychique encore incompatible avec une reprise du travail à court terme (étant rappelé qu'elle a été victime d'un accident le 2 septembre 2014 qui lui a occasionné une blessure dans la région du talon d'Achille) ; il exprime l'avis que la prise en charge médicale est adéquate et qu'à plus longue échéance, une évolution suffisamment favorable pour envisager un retour à la capacité de travail peut être espérée ; il préconise une réévaluation deux mois plus tard ;
 - le courrier adressé le 11 février 2015 au Dr Q_____ par le Dr K_____, expliquant qu'il suit l'assurée depuis août 2014, qu'il retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère en voie d'amélioration et de TDAH; il mentionne une forte sensibilité et une modulation émotionnelles entravées par plusieurs facteurs (dépression, anxiété, déficit attentionnel) ; l'épisode dépressif est apparu de façon progressive depuis l'automne 2013 dans un contexte de surmenage et de difficultés relationnelles avec la hiérarchie et de difficultés familiales exacerbées au cours des derniers mois ; le pronostic est favorable pour l'épisode dépressif, bien que la rémission ne soit pas encore atteinte ; il existe une composante anxieuse importante, de même qu'une sérieuse atteinte de la confiance en soi ; le TDAH renforce la symptomatologie anxieuse et dépressive et entrave la modulation des réponses émotionnelles ; l'ajustement du traitement psychotrope va dans le sens d'une amélioration et permet d'aménager une organisation plus efficiente de la vie familiale ; le retour à l'activité professionnelle se fera de façon progressive et sera envisageable probablement au courant du printemps.
12. Le 9 novembre 2017, le SMR, auquel ces différentes pièces ont été soumises, a considéré que les éléments apportés par les Drs Q_____ et K_____ étaient déjà connus des experts et qu'ils ne constituaient qu'une appréciation différente d'un même état de faits.
 13. Par décision du 13 novembre 2017 - annulant et remplaçant celle du 14 septembre 2017 - l'OAI a reconnu à l'assurée un statut d'active à temps complet mais lui a nié le droit à toute prestation, faute d'un degré d'invalidité suffisant.
 14. Par écriture du 14 décembre 2017, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er février 2016 avec intérêts à 5% l'an sur les arriérés de rente, avec suite de frais et dépens.

En substance, la recourante conteste toute valeur probante à l'expertise bi-disciplinaire, en particulier à son volet psychiatrique. Selon elle, la conclusion du Dr M_____ selon laquelle elle serait pleinement capable d'exercer son activité habituelle d'enseignante de musique/rythmique à l'école primaire depuis janvier 2015 est en décalage total avec la réalité, insuffisamment motivée et non convaincante, d'autant moins que cette appréciation porte sur une période antérieure à l'expertise. La recourante reproche au Dr M_____ d'avoir ignoré les constatations de la neuropsychologue consultée, laquelle a pourtant mis en évidence des limitations fonctionnelles importantes. Elle dément l'allégation selon laquelle la prise d'antidépresseurs lui aurait permis de retrouver une stabilité lui permettant de travailler et se réfère, à cet égard, à l'avis de ses médecins traitants, mais également à celui du Dr J_____, de Mme R_____, du Dr Q_____ et du Dr I_____, dont elle souligne qu'aucun mandat thérapeutique ne les lie à elle.

La recourante allègue qu'au fil de l'année 2015, sa situation s'est détériorée : certes, une reprise à la rentrée d'août 2015 était prévue, mais elle s'est finalement révélée impossible compte tenu de son état.

Quant à l'expertise du Dr L_____, la recourante la conteste également en tant qu'elle ne retient qu'une diminution de sa capacité de travail de 20% en lien avec les atteintes somatiques.

S'estimant pour sa part incapable d'exercer la moindre activité depuis le 10 juin 2014, la recourante sollicite l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2016, soit six mois après le dépôt de sa demande.

A l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit :

- un rapport du docteur Q_____ du 7 mai 2011, indiquant qu'il l'avait déjà reçue en 2006 et en 2010 en raison d'arrêts de travail prolongés pour cause de maladie et que l'assurée lui avait fait part du stress occasionné par les difficultés rencontrées avec la directrice de l'une des écoles où elle travaillait ; le médecin indiquait que les difficultés relationnelles persistantes commençaient à porter atteinte à la santé de l'assurée à laquelle il avait vivement conseillé d'entreprendre une thérapie chez un psychologue pour pouvoir mieux faire face à ce genre de situation ;
- un bref préavis médical du 25 février 2015 du Dr J_____ indiquant qu'une reprise du poste habituel était envisagée à la rentrée scolaire d'août 2015, accompagnée d'un stage thérapeutique qui permettrait d'apprécier l'adéquation entre la stabilisation de l'état de santé et la fonction ;
- un courrier adressé le 30 juillet 2015 par le Dr J_____ au Dr I_____, expliquant que si, en début d'année, une reprise du travail paraissait encore possible, l'état de santé de l'assurée semblait évoluer défavorablement ; du point de vue professionnel, il avait été informé de multiples problématiques en relation avec des problèmes de comportement et plusieurs transferts d'école.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 janvier 2018, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que l'expertise du Dr M_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante et souligne que l'expert retient le même diagnostic que le psychiatre traitant et que le médecin ayant réalisé une expertise pour le service de santé. Seules les limitations fonctionnelles retenues diffèrent. Répondant à un reproche formulé par la recourante, il fait remarquer qu'il appartient précisément à l'expert de se prononcer sur l'état de santé préexistant au jour de l'examen.

Pour le surplus, l'intimé relève une divergence importante entre l'impossibilité alléguée de reprendre une activité professionnelle et le fait que la recourante mène une vie pratiquement normale. Il considère que l'intéressée dispose de ressources personnelles non négligeables.

Il produit à l'appui de sa position un avis émis le 8 janvier 2018 par le SMR, qui relève que les documents produits par la recourante sont antérieurs, pour la plupart, au dépôt de la demande et n'apportent rien de nouveau quant à une potentielle aggravation, pas plus que d'éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en compte par les experts.

16. Par écriture du 19 février 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

La recourante conteste mener une vie quasiment normale et allègue à cet égard que les difficultés qu'elle rencontre au quotidien peuvent être attestées par son assistant social auprès de l'Hospice général qui l'a récemment invitée à envisager le dépôt d'une demande de mise sous curatelle volontaire.

Pour le surplus, elle relève que les exigences du monde professionnel ne sont pas comparables avec celles requises par la gestion d'un foyer.

Elle maintient que l'argumentation du Dr M_____ pour se distancier des conclusions de ses médecins quant à ses limitations fonctionnelles est insuffisante.

Enfin, elle rappelle que l'Etat de Genève, par le biais du service de santé du personnel, a systématiquement validé la prolongation de son incapacité de travail et finalement reconnu son inaptitude définitive à exercer une quelconque activité professionnelle.

17. Le 8 juin 2018, a été versé à la procédure le rapport d'examen neuropsychologique établi par Madame N_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP en avril 2017 ayant pour objectif l'évaluation des attitudes cognitives de l'assurée dans le cadre de l'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique des Drs L_____ et M_____.

Ce document comporte une anamnèse, la relation des faits tels que rapportés par l'assurée, une description clinique, les résultats des tests et les conclusions de la neuropsychologue.

L'évaluation neuropsychologique met en évidence, sur le plan psychométrique, une légère perturbation de l'attention et des signes d'impulsivité, des déficits modérés de l'inhibition, de la flexibilité et de l'organisation, ainsi que des difficultés de compréhension des propos nécessitant des facultés métacognitives complexes. Cliniquement, ont été constatées une importante dispersion avec incapacité à fournir un message verbal concis et organisé ainsi qu'à identifier des priorités et des difficultés à gérer les rendez-vous. En revanche, l'orientation, les fonctions langagières - hormis les discrètes difficultés de compréhension -, les praxies, les gnosies et la cognition sociale ont été qualifiées de globalement préservées et les aptitudes de raisonnement de parfaitement normales.

La neuropsychologue a confirmé que certains traits suggéraient la présence d'un TDAH (troubles de l'attention, de l'organisation et de l'inhibition), mais la bonne efficacité de la prise de Méthylphénidate a été notée.

Elle a estimé que cette hypothèse étiologique (TDAH) ne permettait cependant pas d'expliquer l'ensemble des difficultés observées et que les troubles cognitivo-comportementaux observés devaient aussi être interprétés en lien avec le fonctionnement psychique de l'assurée. Un fonctionnement de type psychotique lui semblait sous-jacent à l'importante difficulté de structuration de la pensée, point sur lequel la neuropsychologue a renvoyé à l'avis de l'expert psychiatre.

18. Le 9 septembre 2018, l'assurée a encore produit :

- un courrier de la maison de retraite du _____ du 5 septembre 2018 lui indiquant qu'elle mettait fin à sa collaboration dans la chorale dont elle avait été cheffe de chœur jusqu'au 30 août 2018 ;
- l'arrêt rendu par la Chambre administrative de la Cour de justice (CJCA) le 21 août 2018 (ATA/838/2018) - suite au recours interjeté par l'assurée contre la décision du Conseiller d'État en charge du DIP du 14 septembre 2017 de mettre fin à ses rapports de service pour le 31 décembre 2017 – admettant partiellement le recours et ordonnant la réintégration de l'intéressée au sein de l'administration cantonale; la CJCA a relevé les contractions ressortant des différents éléments au dossier concernant la capacité de travail de l'intéressée au moment de la décision litigieuse, le fait qu'aucun reclassement n'avait été effectué par l'autorité intimée, que l'avis du SPE ne faisait état que d'une inaptitude en qualité d'enseignante, qu'une réintégration professionnelle n'était pas exclue – bien que conditionnée à plusieurs éléments – et que l'intéressée, âgée de 55 ans, était au service de l'État depuis 1998; il a été demandé à l'État de Genève de lui trouver un nouveau poste ou d'entreprendre les démarches nécessaires, notamment auprès du SPE, s'il devait s'avérer qu'elle n'était pas apte à travailler.

19. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 13 septembre 2018 et plusieurs médecins ont été entendus à la demande de la recourante.

20. Interrogé par la Cour, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine générale, qui suit l'assurée depuis 2007 de manière ponctuelle en tant que médecin traitant, a répondu que, n'étant pas psychiatre, il ne pouvait indiquer si les reproches faits par

son employeur à la recourante étaient à mettre en lien avec l'atteinte psychique dont elle souffre.

Le témoin a expliqué avoir, en septembre 2015, conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle ou toute autre en se basant, d'une part, sur les douleurs de sa patiente au dos et aux mains, qui peuvent se révéler sévèrement handicapantes suivant leur intensité, d'autre part, sur ses propres constatations au niveau psychique en tant qu'individu : vu la difficulté à interagir avec elle et à la canaliser, il s'est interrogé sur sa capacité à intégrer le monde professionnel, expliquant qu'elle lui paraît incapable de fonctionner correctement. Selon le témoin, ce trait de caractère a toujours été présent chez l'assurée, mais semble s'être aggravé au fil du temps.

Le témoin, après avoir pris connaissance des conclusions du Dr L_____, les a qualifiées de trop optimistes au vu des souffrances qu'il a pu observer à certaines occasions chez sa patiente. Selon le médecin, si sa patiente est totalement incapable de travailler dans le monde professionnel normal, c'est avant tout dû au trouble de l'attention qui la handicape tant au quotidien que dans la sphère professionnelle. Il lui est impossible de se concentrer.

Questionné sur le fait que ce trouble ne l'a pourtant pas empêchée d'étudier puis de travailler, le témoin a répété que le trouble en question s'était notablement aggravé, ce qui s'est d'ailleurs traduit également par une perte de poids importante. L'assurée, qu'il a connue au départ enthousiaste et optimiste, a vu sa thymie se dégrader au fil du temps et des difficultés.

Selon le médecin, il faudrait des exigences professionnelles moindres, afin de permettre à sa patiente de se reposer et se recentrer. Même une activité dans le privé ne pourrait selon lui être exercée qu'à titre accessoire au vu de l'état de santé de la recourante, envisagé dans sa globalité : les troubles psychiques influent sur le physique et réciproquement.

21. Le docteur S_____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué n'avoir rencontré l'assurée qu'à deux occasions, la première pour une intervention chirurgicale pratiquée il y a neuf ans, sans conséquences, ni séquelles, la seconde l'an passé, pour des douleurs périnéales irradiant dans la fesse droite, pour lesquelles il lui a simplement prescrit un traitement pour améliorer son transit.
22. Le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, suit l'assurée depuis août 2014. Il a pris la suite d'un collègue qui la suivait précédemment et l'avait déjà mise en arrêt de travail depuis quelques mois.

Selon ce témoin, les reproches formulés par l'employeur de la recourante à son encontre lui paraissent tout à fait en lien avec le trouble dont elle souffre. Comme l'a relaté le Dr M_____ dans son rapport, l'assurée rencontre ces difficultés depuis son enfance. Cela a longtemps fonctionné, jusqu'en 2008-2009, date à laquelle le cahier des charges des enseignants a été modifié et s'est vu amplifié d'exigences administratives. Toutes les stratégies adaptatives que sa patiente avait mises en

place au fil des ans ont alors été mises à mal et cela a eu pour conséquences une désorganisation, des difficultés relationnelles et une amplification des problèmes. S'y est ajouté le fait qu'elle s'est sentie dévalorisée, discréditée par les reproches qui lui ont alors été faits. S'en est suivie une perte de confiance dans le peu de moyens qu'elle avait à disposition.

En février 2015, la recourante était passablement déprimée; à cette dépression s'ajoutaient des traits de personnalité borderline et impulsive ainsi que le prouve le déficit de l'attention. Il y a eu amélioration depuis lors : l'humeur est désormais, depuis le début de l'année 2018, quasiment normale et le trouble de l'humeur peut être qualifié de léger. L'hyperactivité s'est également légèrement améliorée. En revanche, il n'y a pas eu d'évolution quant au déficit de l'attention.

Le témoin, qui a eu connaissance du rapport du Dr M_____ et de ses conclusions, s'est déclaré choqué que l'expert confirme les diagnostics retenus par le Dr I_____ et lui-même, tout en concluant à l'absence d'impact sur la capacité de travail, faisant ainsi fi de leurs descriptions cliniques. L'expert semble baser son appréciation sur le seul fait que les troubles étaient déjà présents depuis l'enfance et qu'ils n'ont pas handicapé l'intéressée jusqu'alors. Le témoin dit n'avoir pour sa part pas reconnu sa patiente dans le status psychiatrique décrit par l'expert. Il a également reproché à l'expert de ne pas tenir compte, dans sa description d'une journée type, de la manière dont la recourante s'acquitte des différentes tâches. En réalité, elle a besoin, depuis deux ans, d'une assistante à domicile pour l'aider à ranger son logement et pour palier à son manque d'efficacité. De la même manière, elle doit être aidée une demi-journée par semaine sur le plan administratif. Le médecin a ajouté à cet égard qu'il était en train de remplir une demande de curatelle de gestion.

Comme le retient le Dr M_____, sa patiente dispose certes de ressources, mais elle est incapable d'en tirer profit.

Le témoin a émis l'avis que si la neuropsychologue a évoqué un fonctionnement de type psychotique, c'est en raison de la discrépance constatée entre le tableau clinique décrit et les résultats des tests neuropsychologiques, qui, eux, aboutissaient à un trouble de l'attention léger à moyen. Il ne s'agit en aucun cas d'évoquer un diagnostic de psychose, mais plutôt de trouble émotionnel labile qui peut relever soit du diagnostic de trait de personnalité borderline, soit de celui de trouble de déficit de l'attention. Dans les deux cas, on retrouve cette forte instabilité émotionnelle.

Le témoin a confirmé la survenance d'une amélioration durable, depuis le début de l'année 2018, tout en précisant que cela n'est pas suffisant pour admettre l'exigibilité d'une activité lucrative, puisque sa patiente n'est même pas capable d'effectuer ses tâches ménagères. L'exercice d'une activité serait cependant profitable à sa patiente, à condition que cela soit sans stress, sans exigences de productivité et sans tâches administratives. Mais même dans une activité telle que décrite et exercée à

raison d'une heure et demie par semaine, l'assurée n'a pas donné satisfaction et a été licenciée.

23. Le docteur T_____, spécialiste FMH en médecine générale, suit la recourante depuis mars 2017 pour des douleurs chroniques aux niveaux cervical et lombaire, à raison d'une fois tous les quinze jours, environ.

Le témoin a expliqué que la recourante souffre de douleurs chroniques depuis longtemps, qu'elle a été opérée à plusieurs reprises et qu'elle est dotée d'une prothèse métallique au niveau des cervicales.

Le traitement consiste en physiothérapie, manipulations vertébrales douces, hydrothérapie, injections ponctuelles, prescriptions intermittentes d'anti-inflammatoires et port ponctuel d'une minerve.

Le témoin a marqué son désaccord avec les conclusions du Dr L_____ (capacité de travail de 80% sur le plan somatique), expliquant que cela lui paraissait impossible, en tout cas à l'époque, d'une part pour les raisons physiques évoquées, mais également en raison de l'état psychique de la recourante, qui lui apparaît très désorganisée, avec des difficultés à se concentrer, un langage trop riche et, de manière générale, une difficulté à appréhender les difficultés de la vie et du quotidien.

Le témoin a cependant confirmé que, depuis mars 2017, l'état de sa patiente a évolué dans le bon sens. Selon lui, il se pourrait même qu'une réévaluation dans six mois conclue à une capacité résiduelle de travail.

24. Dans ses conclusions après enquêtes du 9 octobre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions et produit :

- un formulaire d'évaluation de l'aide pratique apportée à l'assurée établi par l'intervenante à domicile de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) ;
- le contrat clientèle de l'IMAD établi le 15 mars 2018 ;
- une note de l'IMAD établie le 5 octobre 2018 expliquant que l'assurée a des difficultés à se concentrer, à débiter et terminer une activité, qu'elle dispose toutefois de ressources personnelles, de bonnes capacités intellectuelles et d'une capacité à exprimer ses sentiments et que l'objectif est d'améliorer la gestion de son environnement et de ses tâches administratives (gestion des rendez-vous, tri administratif, limitation de l'entassement du logement) ;
- les notes rédigées par l'intervenante à domicile de l'IMAD pour la période d'avril à septembre 2018; il ressort en substance qu'elle a aidé l'assurée à organiser ses besoins, l'a guidée et rassurée afin de prioriser ses objectifs, l'a aidée à descendre diverses affaires à la cave, trier, ranger ses habits, faire le ménage, ranger et nettoyer salle de bains et cuisine, ranger, trier et évacuer ses papiers, laver son linge, etc.

25. Par pli complémentaire du 13 novembre 2018, la recourante a produit un nouvel avis médical du SERVICE DE SANTE DU PERSONNEL DE L'ÉTAT du 6

novembre 2018 dans lequel le Dr J_____ indique qu'aucun élément médical ne laisse envisager une amélioration significative de son état de santé à moyen, voire long terme, et maintient ses conclusions d'incapacité à la fonction.

Dans un bref avis émis le 6 novembre 2018, le Dr J_____, indique qu'elle souffre de plusieurs affections médicales chroniques qui affectent profondément son état de santé et que son incapacité de travail perdure, qu'aucun élément médical ne laisse envisager une amélioration significative de l'état à moyen, voire long terme, et que l'incapacité à la fonction d'enseignante en milieu scolaire telle que déterminée en 2015 est maintenue. Dans l'hypothèse où une capacité d'activité résiduelle devait être reconnue, le médecin précise qu'il faudrait tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes : taux d'activité ne dépassant pas 50%, activité sans stress, sans exigences de productivité et sans tâches administratives.

26. Dans ses conclusions après enquêtes du 29 novembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il invoque à l'appui de sa position l'avis émis le 29 novembre 2018 par le SMR. Celui-ci estime que les témoignages des médecins n'apportent pas de nouvel élément médical et qu'il s'agit simplement d'évaluations différentes d'un même état de fait. Quant aux documents émanant de l'IMAD, qui intervient au domicile de l'assurée depuis mars 2018, il admet que les faits qu'il relate peuvent être mis en relation avec une aggravation de l'atteinte psychique, dont il est relevé qu'elle serait alors postérieure à la décision de l'OAI du 14 septembre 2017.

27. Le 30 juillet 2019 (ATAS/678/2019) la Cour de céans, considérant que des investigations complémentaires, à tout le moins sur le plan psychique, était nécessaire, a ordonné une expertise judiciaire qu'elle a confiée au docteur U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. En effet, avait été mentionné à plusieurs reprises l'éventualité d'un trouble somatoforme douloureux, qui n'avait été discuté par l'expert psychiatre s'étant précédemment exprimé. Les conclusions de ce dernier paraissaient d'ailleurs, sur plusieurs aspects, bien moins convaincantes que celles de son collègue somaticien. Alors que ce dernier avait admis que les ressources personnelles de l'assurée étaient limitées par son atteinte psychique, l'expert psychiatre avait pour sa part conclu à des ressources préservées et à l'absence d'influence sur la capacité de travail en se fondant essentiellement sur le fait que les troubles qui étaient présents depuis l'enfance n'avaient pas empêché l'assurée d'étudier, puis de travailler. Il avait pourtant admis une décompensation psychique invalidante tout en fixant le terme de cette invalidité au début de l'année 2015, sans plus de précisions, et ce, alors même que le psychiatre traitant avait expliqué que cette invalidité avait perduré, malgré le traitement mis en place. Or, les propos du psychiatre traitant avaient été corroborés par l'expert I_____, en septembre 2015, qui concluait encore à une totale incapacité de travail. L'argumentation développée par le Dr M_____ pour s'écarter des conclusions convergentes du psychiatre traitant et de l'expert I_____ s'était limitée à relever que, pour sa part, il avait eu le sentiment, à entendre la description des activités

quotidiennes de l'intéressée, que celle-ci menait une vie presque normale. Cette motivation paraissait cependant un peu maigre dans la mesure où, si l'on pouvait concevoir que les troubles décrits handicapent la recourante d'une manière moindre dans son quotidien, cela semblait nettement moins convainquant s'agissant de l'exercice de sa profession, impliquant une interaction avec des enfants, activité dans laquelle un comportement totalement adéquat était constamment exigé. Le Dr M_____ n'était pas non plus revenu sur l'examen neuropsychologique effectué en avril 2017 qui avait pourtant mis en exergue d'importantes difficultés de structuration de la pensée, des perturbations de l'attention et des signes d'impulsivité. Il ne s'était enfin pas non plus prononcé sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux pas plus que sur celle d'un trouble anxieux important pourtant évoqué à plusieurs reprises par le Dr K_____. Enfin, le prétendu retour à une pleine capacité de travail, fixée par le Dr M_____ au début de l'année 2015, était infirmé tant par le psychiatre traitant que l'expert I_____ et reposait sur une amélioration dont la Cour avait constaté à la lecture des documents médicaux qu'elle concernait surtout la symptomatologie dépressive mais non pas les troubles de l'attention, de la mémoire et de l'instabilité émotionnelle, toujours présents. La Cour avait dès lors déploré que l'expert n'ait pas motivé davantage ses conclusions quant à la capacité de la recourante à enseigner à l'école primaire.

28. L'expert a finalement rendu son rapport en date du 10 juillet 2020. Après une anamnèse familiale et personnelle, psychiatrique, somatique et une description du contexte professionnel fouillée, l'expert s'est fait le relais des plaintes subjectives de l'assurée puis a décrit ses constatations objectives et le status clinique. Il a indiqué quels éléments cliniques le conduisaient à conclure à un TDAH à l'âge adulte et décrit des difficultés exécutives très importantes dans la vie quotidienne, ainsi qu'un trouble important de la régulation émotionnelle avec une impulsivité émotionnelle. L'expert a retenu les diagnostics de déficit de l'attention avec hyperactivité et impulsivité à l'âge adulte, associés à des difficultés exécutives très importantes dans les activités quotidiennes et à un trouble de la régulation émotionnelle avec une impulsivité émotionnelle, à un trouble dépressif récurrent désormais en rémission. Il a expliqué que les éléments cliniques montraient la présence de difficultés très importantes dans la gestion des activités quotidiennes (tâches administratives et ménagères) ainsi que dans le cadre d'activité de responsable d'un chœur pour les résidents d'une maison de retraite. Il a souligné n'avoir observé aucune incohérence entre les descriptions de l'assurée et les informations transmises et les observations cliniques. Il a également écarté toute exagération des symptômes ou constellation semblable. Il a noté que les limitations de l'assurée étaient uniformes dans les domaines professionnels, dans le cadre de l'enseignement du chant et de la rythmique, même dans un contexte peu sollicitant comme la direction d'un chœur pour résidents d'une maison de retraite et dans les domaines personnels par rapport à la gestion des tâches exécutives comme les obligations administratives et ménagères. Le niveau d'activités sociales était

également réduit et ne correspondait pas aux activités sociales antérieures à l'atteinte à la santé.

Le TDAH entraînait des limitations fonctionnelles très importantes dans les interactions avec des jeunes enfants, des parents, des collègues et des directions scolaires ainsi que dans la gestion de plusieurs classes sur le plan pédagogique et administratif également par rapport à l'organisation et au déroulement d'événements ponctuels comportant des activités de chants et de rythmique. Les troubles liés au TDAH et aux problèmes associés entraînaient également des limitations fonctionnelles très importantes dans une activité adaptée, comme par exemple une classe de jeunes enfants à effectif réduit ou la direction d'un chœur sans exigence particulière sur le plan musical. Les problèmes de santé de l'assurée ne permettaient pas d'envisager de manière raisonnable la possibilité de l'exercice d'une activité adaptée ce que démontrait au surplus le fait qu'elle n'avait pas pu conserver même des activités à temps partiel qui auraient peut-être pu l'aider à reprendre confiance en elle. Dès lors, la capacité de travail a été évaluée à 0% dans toute activité quelles qu'elles soient. Et ce, depuis le 10 juin 2014 même si l'évolution avait été favorable sur les plans existentiels, émotionnels et thymiques grâce aux mesures médicales mises en place et à l'implication de l'intéressée dans ses traitements et ses prises en charge.

L'expert a ensuite expliqué les raisons qui l'amenaient à s'écarter ou à corroborer les avis des médecins s'étant précédemment exprimés.

Le TDAH a été qualifié de grave.

Il a expliqué que les symptômes liés au TDAH et les difficultés exécutives en résultant qui étaient déjà très probablement présents durant l'enfance n'avaient pas entravé de manière problématique l'assurée durant sa scolarité primaire et secondaire ainsi que durant ses formations musicales en raison de ses capacités intellectuelles et musicales. Par contre, elle avait dû interrompre ses études au collège en section artistique en troisième année vraisemblablement parce que confrontée à des exigences qu'elle n'avait pas été en mesure de surmonter en raison du TDAH déjà présent à cette époque. La formation musicale avait été moins entravée par ses problèmes médicaux en raison des exigences musicales qui correspondaient à ses excellentes aptitudes. Elle avait été ensuite en mesure d'accomplir ses tâches professionnelles d'enseignante de musique et de rythmique tout en étant confrontée à des difficultés importantes dès le début de sa carrière professionnelle. À l'époque elle avait pu utiliser des stratégies compensatoires suffisantes. Le contexte d'un réaménagement contraignant des tâches professionnelles et d'une augmentation du travail administratif l'avaient confrontée à une surcharge d'obligations professionnelles qui l'avaient déstabilisée et avaient entraîné l'augmentation des difficultés liées au TDAH et aux problèmes exécutifs. Ces éléments avaient été très probablement la cause d'un épuisement professionnel et avaient entraîné des difficultés à gérer efficacement les différentes charges. Un autre facteur important de la décompensation était lié aux stress occasionnels des

activités professionnelles dans deux établissements différents qui avaient certainement aggravé les problèmes liés au TDAH et entraîné un manque d'échanges et des tensions avec les collègues. Il ressortait du dossier que des éléments démontraient la présence depuis un certain nombre d'années de difficultés pour réaliser de manière efficace la fonction d'enseignante de musique et de rythmique couvrant la période problématique ayant débouché sur l'incapacité de travail, en juin 2014. Il fallait également prendre en considération que l'assurée avait été confrontée à des arrêts de travail de longue durée pour des raisons médicales somatiques qui avaient suscité des remarques manquant d'empathie et de compréhension ceci d'autant plus qu'ils étaient en partie liés à des actes médicaux qui avaient eu des conséquences indésirables et négatifs sur son état de santé au lieu de l'améliorer. Un autre facteur déterminant de la décompensation était la relation problématique avec sa supérieure hiérarchique. L'impulsivité et les problèmes de régulation émotionnelle de l'intéressée avaient été des facteurs participant au développement d'une relation conflictuelle avec celle-ci. Pour ces différentes raisons les symptômes liés au TDAH et l'instabilité émotionnelle ainsi que la fragilité psychique s'étaient aggravés et avaient entraîné un épuisement professionnel qui avait débouché sur une décompensation psychiatrique aboutissant à l'incapacité de travail depuis juin 2014.

29. Le 23 juillet 2020, la recourante a conclu à la pleine valeur probante de l'expertise. Elle a persisté dans ses conclusions et relevé le travail important fourni par son mandataire.
30. Invité à se déterminer, l'intimé, dans ses conclusions du 10 septembre 2020, s'est rallié à l'avis émis par le SMR en date du 23 juillet 2020 : celui-ci a constaté que l'expert avait effectué une analyse très fouillée du dossier médical et administratif, et qu'il avait apporté des conclusions précises et bien motivées aux questions qui lui avaient été posées. Il reliait l'impulsivité de l'assurée au TDAH et non à une personnalité émotionnellement labile comme l'avait fait le Dr M_____ précédemment. Il avait estimé que même si l'assurée s'était améliorée sur le plan thymique, les empêchements dus au TDAH décompensé empêchaient encore toute activité professionnelle. Le SMR a jugé que cette expertise pouvait être considérée comme convaincante. Il a constaté que l'assurée, dans un contexte de décompensation progressive, avait perdu ses repères et ses capacités adaptatives et qu'il fallait dès lors considérer d'un point de vue psychiatrique que l'incapacité de travail avait été totale depuis le 10 juin 2014.

L'intimé s'est donc rallié aux conclusions du SMR mais, considérant que la recourante était active à 61% seulement, a conclu au renvoi du dossier pour enquête à domicile à la lumière des renseignements fournis par l'expert.

31. Le 17 septembre 2020, la recourante a fait part de son étonnement quant à la demande de renvoi de l'intimé et à la prise de position concernant son statut.

Elle rappelle à cet égard qu'elle a toujours affirmé qu'en bonne santé, elle aurait augmenté son taux d'activité professionnelle et que, dans sa décision du 13 novembre 2017, l'intimé s'est rangé à sa position dans les termes suivants :

« En ce qui concerne votre statut et au vu des éléments apportés, nous considérons que le statut d'assuré retenu dans votre situation est celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. La capacité de travail se confond avec la capacité de gain. »

Elle fait remarquer que, dès lors, la demande de renvoi de la cause pour mise sur pied d'une enquête ménagère n'a pas lieu d'être.

32. Interpellé sur ce point, l'intimé, par courrier du 29 septembre 2020, a convenu qu'un statut d'active avait finalement été reconnu à la recourante, ce que la Cour de céans a considéré comme valant proposition d'admission du recours.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
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^{er} janvier 2008).

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

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

7. En l'occurrence, la Cour de céans prend acte de ce que l'intimé, reconnaissant pleine valeur probante à l'expertise judiciaire, admet la totale incapacité de la recourante à exercer la moindre activité lucrative.

Dans la mesure où, dans la décision litigieuse, il lui reconnaissait par ailleurs le statut d'active à temps complet au vu des documents produits par l'intéressée, la capacité de travail, évaluée à l'expert à 0% depuis juin 2014, se confond avec la capacité de gain, de sorte qu'à l'échéance du délai d'une année, soit en juin 2015, le degré d'invalidité était de 100%.

Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 19 août 2015, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} février 2016, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, ainsi que le relevait déjà l'intimé dans la décision litigieuse.

8. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 13 novembre 2017 annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 13 novembre 2017.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2016.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de CHF 4'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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