GE_GERICHTE ATAS/610/2015 vom 19. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_610_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/610/2015 du 19 août 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/610/2015 del 19 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a. 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). b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses 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). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). c. En l'espèce, la décision litigieuse du 28 juillet 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces novelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable.

A/2767/2014 - 18/29 -

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que, par décision du 28 juillet 2014, l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité à la recourante du 1er novembre 2010 au 31 août 2011, singulièrement si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2011.

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas

A/2767/2014 - 19/29 - remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 p. 166 et ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 p. 146; voir également arrêt

I.99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155).

E. 6

a. 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 ou mentale 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). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation 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 102 V 165; 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 finalement 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. A 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). c. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs

 psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans

le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 7

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

 ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). d. 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).
e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 8

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.

A/2767/2014 - 22/29 - 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

E. 9

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201 ; ATF 125 V 417 consid. 2d ; RCC 1984 p. 137). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). A l'inverse, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon cette dernière disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le

droit à la rente en raison d’une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d’attente que lui imposerait l’art. 28 al. 1er let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. En revanche, l'article 88bis al. 2 let. a RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on n'est pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1983 p. 489 consid. 2b; ATF 106 V 16). 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.

E. 10

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que

A/2767/2014 - 23/29 - l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu’il s’agit d’un éclaircissement ou d’une précision ou d’un complément d’une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales en vertu de cette disposition, il appartient en premier chef à l’administration de déterminer, en fonction de l’état de fait à élucider, quelles sont les mesures d’instruction qu’il convient de mettre en œuvre dans un cas d’espèce. Elle dispose à cet égard d’une grande liberté d’appréciation. Si elle estime que l’état de fait déterminant n’est pas suffisamment établi, ou qu’il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l’administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l’instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.316/2006 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu’il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 11

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d’être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c’est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu’un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n’existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l’administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l’assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 12

En l'espèce, c'est sur la base des rapports de la Dresse B_____ des 26 octobre 2011 et 12 mars 2013, ainsi que sur l'avis du SMR du 28 mai 2013 que l'intimé a retenu que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2010 au 31 août

2011. Le diagnostic retenu par l'experte ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante est un status après décompensation d'un trouble dépendant de la personnalité, état actuellement stabilisé (F60.7). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont un tableau de processus d'invalidation (F68.0), des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0), des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.35), une anamnèse d'anxiété avec notions de phobie sociale voire d'agoraphobie (F41.1, F40.0). Par rapport à la décompensation observée par la

 Dresse B_____ en 2010, le trouble dépendant de la personnalité de la recourante est à présent recompensé et stabilisé, son état de santé psychiatrique ne s'est pas aggravé depuis 2011. Le Dr E_____ ayant admis un état stationnaire depuis le 31 mai 2011, cette date est compatible avec la stabilisation observée par l'experte. A partir de juin 2011, la recourante présente donc une capacité de travail totale dans une activité adaptée, du type de celle exercée auparavant (nettoyeuse), mais hors des heures d'affluence, en équipe restreinte et auprès d'un autre employeur que son époux. Ces limitations n'empêchent pas l'exercice de l'activité à plein temps, sans diminution de rendement. La recourante conteste la valeur probante des rapports de l'experte, motif pris que le Dr E_____ a attesté de ce que l'état de son santé ne s'est pas amélioré et son incapacité de travail est totale dans toute activité au-delà du 31 mai 2011. Selon le psychiatre traitant, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont, en juin 2012, un trouble anxieux généralisé (F41.1), une phobie sociale (F40.1), une agoraphobie (F40.0) et un trouble dépendant de la personnalité (F60.7), puis, en septembre 2012, un trouble mixte de la personnalité évoluant négativement (F61.0), un épisode dépressif (F32.1) et une agoraphobie (F40.0) stationnaires depuis 2011 et, en octobre 2014, une agoraphobie invalidante (F40.0), une anxiété généralisée (F41.1), un épisode dépressif moyen (F32.1) et un trouble de la personnalité dépendante (F61.0). Dès lors, il s'agit d'analyser la valeur probante des expertises susmentionnées et d'examiner si le Dr E_____ émet des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute les déductions et conclusions. La chambre de céans constate que dans ses deux rapports, la Dresse B_____ a pris connaissance du dossier constitué par l'intimé, ainsi que de sa précédente expertise réalisée en 2010 préalablement au dépôt de la demande de rente d'invalidité, elle- même établie sur la base d'un examen clinique et d'un contact avec le médecin traitant (Dr C_____). L'experte a en outre interrogé la recourante sur ses plaintes, a résumé son historique médical et détaillé son anamnèse. L'experte s'est entretenue avec le psychiatre traitant (Dr E_____), lequel lui reproche toutefois de lui prêter en partie des propos qu'il ne reconnaît pas. Par ailleurs, il sied de relever que pour chaque rapport, les diagnostics posés par la Dresse B_____ l'ont été à l'issue d'un seul examen clinique. D'abord, l'experte explique que le trouble de la personnalité dépendante de la recourante est « recompensé » et que son état de santé psychiatrique ne s'est pas aggravé depuis 2011. Or, il est le lieu de préciser que la notion de stabilisation n'implique pas encore que l'état de santé se soit amélioré. Force est d'ailleurs de constater qu'à aucun moment, la Dresse B_____ n'emploie le terme d'amélioration pour décrire l'état de santé de la recourante, ni en 2011 ni en 2013. Par ailleurs, il ne ressort pas clairement des expertises susmentionnées quels sont les éléments qui permettent à l'experte de déduire de cette stabilisation le recouvrement d'une capacité totale de travail. En effet, l'experte admet que la situation de la recourante

A/2767/2014 - 25/29 - est inchangée, tout en observant une stabilisation avec consolidation des plaintes et relevant que la recourante s'est positionnée dans un processus d'invalidation, de sorte qu'elle présente les capacités d'exécuter ses tâches ménagères et de reprendre une activité lucrative à plein temps; le fait qu'elle ne sorte pas seule de chez elle est un élément culturel qui a toujours été respecté. La Dresse B_____ se contente ainsi d'affirmer que c'est la recompensation qui permet à la recourante de recouvrer une entière capacité de travail, sans toutefois expliquer en quoi cette stabilisation de son état de santé le lui permet, qui plus est sans aucune diminution de rendement. Au demeurant, la recourante conteste expressément le fait de n'être jamais sortie seule de chez elle par le passé. Ensuite, à différents égards, la chambre de céans relève des propos confus et incohérents de la part de l'experte. En effet, à la question de savoir comment ont évolué les incapacités de travail justifiées médicalement dans son activité habituelle, la Dresse B_____ a répondu qu'à partir de début juin 2011, la recourante a présenté une exigibilité professionnelle totale sur le plan psychiatrique dans une « activité adaptée ». Quant à savoir quelle était la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, l'experte a expliqué que comme la recourante avait précédemment travaillé dans les nettoyages, le service et les commandes pour la salle de jeu de son époux, elle pouvait reprendre un poste dans les nettoyages, auprès d'un nouvel employeur. La capacité de travail exigible dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100% depuis juin 2011 et l'activité de nettoyeuse était strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, pour autant qu'elle soit exercée dans des locaux dans lesquels l'assurée puisse travailler en équipe restreinte et hors des heures d'affluence (rapport 2013). Force est toutefois de constater qu'il ressort une imprécision de ce qui précède, en ce sens que la Dresse B_____ paraît réduire l'activité habituelle de la recourante à celle de nettoyeuse, alors qu'en tant qu'employée polyvalente, son activité habituelle consistait également à assurer le service et la gestion des commandes. De plus, la chambre de céans relève que si selon l'experte les limitations fonctionnelles (équipe restreinte, hors des heures d'affluence) n'empêchent pas une activité à plein temps, par exemple en tant que nettoyeuse, il paraît douteux qu'une telle activité limitée aux heures de faible affluence soit compatible avec une activité exercée à plein temps. Cas échéant, il appartiendrait au service de réadaptation de l'intimé de déterminer si la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée pourrait être mise en valeur sur le marché du travail dans l'activité à plein temps, eu égard aux limitations temporelles. Par ailleurs, dans son rapport de 2010, l'experte a retenu les diagnostics d'anxiété et de phobie sociale associée (F41.1, F40.1), sans répercussion sur la capacité de travail, et a conclu à une incapacité de travail totale de la recourante, en raison de la décompensation du trouble de la personnalité dépendante (F60.7). Selon elle, la décompensation du trouble de la personnalité dépendante avait pour conséquence une anxiété généralisée et une phobie sociale, notamment. Ces diagnostics sont

A/2767/2014 - 26/29 - toujours présents en 2011 (F41.1, F40) et 2013 (F41.1, F40.0), toujours sans répercussion sur la capacité de travail. Or, il n'apparaît pas clairement pourquoi les diagnostics précités ne présentent pas de caractère incapacitant, alors qu'ils constituent pourtant des éléments de la décompensation du trouble de la personnalité dépendante. L'experte affirme même que le diagnostic du syndrome anxio-dépressif sévère, tel que retenu par le Dr C_____, est en accord avec ses observations, de même que les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, d'épisode dépressif moyen et de troubles anxieux phobiques sont également en accord avec ses observations (rapport 2011). Quoi qu'il en soit, l'experte n'indique pas les motifs pour lesquels ces diagnostics ne sont pas

incapacitants. Le Dr E_____ s'étonne en outre de ce que la Dresse B_____ ne retienne pas les diagnostics d'agoraphobie et d'anxiété généralisée, puisque toutes les composantes ressortent des expertises. De la même manière, il relève qu'elle retient plusieurs éléments de la lignée dépressive (anhédonie, image de soi dégradée) sans pourtant en retenir le diagnostic. En effet, force est de constater que l'experte retient plusieurs épisodes de pleurs (rapport 2011), des signes de dépression, au sens des classifications internationales (atteinte légère), une thymie globalement morose ainsi qu'une aboulie et qu'elle a en outre relevé des éléments phobiques qui prennent un caractère sélectif (rapport 2013). L'experte relève que les signes de dépression sont minimes et que la composante anxieuse est latente et chronique (rapport 2011). Quoi qu'il en soit, la Dresse B_____ n'indique pas clairement et de manière circonstanciée les raisons qui lui font placer les diagnostics précités dans la catégorie de ceux n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Tout au plus observe-t-elle, lorsque la recourante annonce souffrir d'oppression thoracique en lien avec la présence de quelques personnes dans la salle d'attente, que sa fréquence respiratoire n'est pas accélérée et qu'aucun signe neurovégétatif n'est perçu. Ces constatations ne sauraient toutefois suffire à écarter le sentiment d'oppression thoracique tel que décrit par la recourante. Enfin, le Dr E_____ fait grief à l'experte de ne pas avoir utilisé de tests neuropsychologiques pour rejeter l'absence de troubles de la concentration, ni d'échelle empirique pour apprécier l'intensité des troubles (Hamilton); il reproche également à l'experte son manque d'investigation du cours de la pensée. A cet égard, force est d'admettre que l'experte a relevé, tant en 2011 que 2013, que la recourante présentait des difficultés à se souvenir des dates, sans pour autant investiguer ces aspects. Par conséquent, il apparaît douteux que la Dresse B_____ écarte, dès 2011, ses conclusions de 2010, en dépit du fait que la recourante présente apparemment les mêmes symptômes qu'auparavant – cela d'autant qu'à aucun moment, l'experte ne parle d'amélioration de son état de santé, mais seulement de stabilisation – alors que le psychiatre traitant, lui, parle même d'une aggravation de ce dernier. Certes, les rapports du Dr E_____ sont peu documentés et comportent des imprécisions. Cela étant, il ressort de ce qui précède suffisamment d'éléments susceptibles de mettre en

 doute les conclusions de l'experte. Rappelons à cet égard que le Dr E_____ indique n'avoir jamais affirmé, contrairement à ce que prétend la Dresse B_____, que les troubles anxieux sont présents depuis de nombreuses années, argument qui semble être utilisé par l'experte pour justifier leur caractère non invalidant. Confuses et peu étayées, les conclusions de la Dresse B_____ laissent ainsi subsister des doutes quant à l'évolution de l'état de santé psychiatrique de la recourante depuis 2010, respectivement sur les répercussions de cette évolution sur sa capacité de travail, de sorte qu'elles n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. Quant à l'avis du SMR du 28 mai 2013, il fait siennes les conclusions de l'experte sans apporter d'élément nouveau, de sorte qu'il n'est pas déterminant. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient que les expertises de la Dresse B_____ ne peuvent se voir attribuer une pleine valeur probante. En particulier, il ne ressort pas des rapports en quoi l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point de recouvrer une capacité de travail totale. Il n’est, en l’état actuel du dossier, pas possible de tirer des conclusions définitives sur le plan psychiatrique.

E. 13

Enfin du point de vue somatique, la chambre de céans constate que l'intimé n'a pas examiné les pièces que la recourante lui avait pourtant communiquées, à savoir les rapports d'IRM

réalisées en septembre 2012 et juin 2013 par les Drs D_____ et F_____, lesquelles mentionnent de nombreux diagnostics, dont une rupture partielle du ligament croisé antérieur et une tendinopathie rotulienne proximale du genou gauche, une lésion ostéochondrale au niveau de la partie antérieure du versant astragalien de l'articulation sous-astragalienne gauche associée à une augmentation de l'œdème spongieux de voisinage et une importante gonarthrose fémoro-tibiale interne au genou droit. De surcroît, en 2010 déjà, le Dr C_____ avait indiqué, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, des lombalgies sur canal lombaire étroit et hernie L4-L5 présentes depuis 2006. Or, ces aspects n'ont pas été pris en compte par l'intimé dans sa décision du 28 juillet 2014, puisqu'il s'est contenté d'affirmer que l'atteinte à la santé n'influençait pas la capacité de travail dans un poste adapté. Le dossier n'ayant toutefois pas été instruit à cet égard, il y a lieu de le renvoyer à l'intimé, afin qu'un expert indépendant évalue si les atteintes somatiques précitées ont une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Il convient encore de rappeler que toutes les atteintes à la santé doivent être prises en compte pour évaluer l'invalidité de la recourante.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire comportant un volet psychiatrique et un volet somatique, auprès d'experts indépendants (cf. art. 44 LPGA). Cela fait, l'intimé

A/2767/2014 - 28/29 - procédera au calcul du degré d'invalidité présenté par la recourante dès le 31 août 2011, puis rendra une nouvelle décision.

E. 15

Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En l'espèce, la recourante n'a pas conclu à l'allocation de dépens. Des dépens peuvent cependant être alloués à une partie sans conclusion expresse dans ce sens (ATF 118 V 139 consid. 3). En l'espèce, l'indemnité due à ce titre à la recourante, qui obtient gain de cause, sera fixée à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE – E 5 10] et art. 6 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

E. 16

Au vu de l'issue du litige, un émolument de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA-GE).

A/2767/2014 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.