

GE_GERICHTE A/243/2015 vom 19. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_243_2015

FR: GE_GERICHTE A/243/2015 du 19 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/243/2015 del 19 novembre 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.11.2015 A/243/2015

A/243/2015 ATAS/889/2015 du 19.11.2015 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/243/2015 ATAS/889/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 novembre 2015 3 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1971 en Bosnie Herzégovine, arrivée en Suisse en 1993, au bénéfice d'un livret B, a travaillé en tant que femme de chambre, notamment dès mai 2003, à plein temps, auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeur). 2. A compter du 7 novembre 2006, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler. 3. Le 1 er mars 2007, la doctoresse C_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). 4. Du 30 avril au 25 juin 2007, l'assurée a été hospitalisée au centre de thérapies brèves des Pâquis (ci-après : CTB) en raison d'un épisode sévère sans symptômes psychotiques (F32.2; cf. rapport du docteur D_____ du 26 juin 2007). 5. Le 24 juillet 2007, la Dresse C_____ a indiqué avoir repris le suivi hebdomadaire de l'assurée, souffrant d'un épisode dépressif moyen à sévère (F32.1 – F32.2). En effet, le CTB ne fonctionnait que comme unité de crise, pour une prise en charge d'une durée maximum d'un mois et demi. 6. Le 7 novembre 2007, la Dresse C_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). Malgré l'augmentation de son traitement neuroleptique, l'assurée n'avait pas réussi à se stabiliser ; une prise en charge au CTB était organisée dès le lendemain. 7. Du 8 novembre au 28 décembre 2007, l'assurée a à nouveau été hospitalisée au CTB pour un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). 8. Le 28 novembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). 9. Dans un rapport rédigé le 20 décembre 2007, la Dresse C_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis 2006. Le médecin a précisé que l'état de santé de sa patiente allait en s'aggravant : en août 2007, l'état dépressif s'était péjoré, avec l'apparition de symptômes psychotiques (délires de persécution, hallucinations auditives) ayant nécessité un traitement neuroleptique (Zyprexa jusqu'à 25 mg/j) et un séjour au CTB fin 2007. Le médecin a dit avoir pu constater objectivement une thymie triste, des ruminations très présentes ainsi que des pensées négatives, des troubles de la concentration et du sommeil. L'assurée était souvent irritable et évoquait une perte d'amour pour son entourage. Son attitude face à l'avenir était morose. Le traitement consistait en la prise de Cipralax

(20 mg/j.), de Zyprexa (10 mg/j) et un entretien de psychothérapie hebdomadaire. La capacité de travail était nulle dans toute activité.![endif]>![if> 10. Interpellé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée a indiqué en date du 3 janvier 2008, que le salaire s'était élevé en 2007 à 18.70 CHF/heure, auxquels s'ajoutaient 8.33% (vacances), 2.27% (fériés) et un 13^{ème} salaire. En 2008, il fallait prendre en compte l'augmentation prévue par la convention collective nationale de travail (CCNT) de l'hôtellerie.![endif]>![if> 11. De l'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assurée, il ressort qu'en 2005, elle a réalisé un revenu de CHF 37'567.-.![endif]>![if> 12. Dans un rapport du 23 janvier 2008, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du CTB, a attesté d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) depuis l'été 2007. Il a précisé avoir suivi l'assurée du 8 novembre au 28 décembre 2007, période durant laquelle l'incapacité de travail avait été totale quelle que soit l'activité envisagée. La Dresse C_____ avait ensuite pris le relais. Le pronostic était réservé. ![endif]>![if> 13. Le 11 mars 2008, la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a souligné que l'existence, outre les problèmes psychiques, de migraines et de lombalgies : le rachis de sa patiente était entièrement douloureux, avec une irradiation dans les membres inférieurs. L'incapacité de travail était entièrement gérée par le psychiatre traitant, puisque le trouble psychique était l'affection principale à l'origine de cette incapacité. ![endif]>![if> 14. A la demande de l'OAI, l'assurée a été examinée par la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et par le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne auprès du bureau romand d'expertises médicales (BREM), lesquels ont rendu leur rapport en date du 19 août 2008.![endif]>![if> Les médecins ont diagnostiqué un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00) présent depuis novembre 2006 (sévere en mai 2007 et de novembre à décembre 2007), des dorsolombalgies chroniques sur des troubles de la statique et une obésité morbide. Au plan psychiatrique, depuis novembre 2006, l'assurée présentait un épisode dépressif moyen à sévère, évoluant depuis début 2008 en un épisode dépressif léger. La décompensation dépressive en 2006 s'inscrivait dans un contexte de conflit conjugal (le mari de l'assurée alternant des périodes de chômage et dépensant l'argent du ménage aux jeux) et des conflits avec les deux filles aînées. Du 8 novembre au 28 décembre 2007, l'assurée avait été hospitalisée en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Progressivement, les hallucinations auditives avaient diminué, permettant une diminution du traitement neuroleptique. Durant l'hospitalisation, une mauvaise compliance médicamenteuse relative à l'antidépresseur avait été objectivée. Depuis fin 2007 et la reprise du traitement antidépresseur, il n'y avait pas eu de nouvelle hospitalisation et la thymie s'était améliorée. La Dresse G_____ a expliqué ne pas retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, puisqu'il s'agissait d'un même épisode, sans période de rémission depuis fin 2006. Les symptômes psychotiques décrits lors de l'hospitalisation en novembre 2007 avaient disparu. Persistaient ponctuellement des pseudo hallucinations auditives, l'assurée croyant entendre parfois sonner à la porte. L'anamnèse mettait en évidence divers traumatismes, comme la guerre en Bosnie. L'assurée affirmait à cet égard avoir assisté à des scènes douloureuses dont elle ne voulait pas parler. Elle-même aurait été victime de maltraitances physiques par des militaires serbes alors qu'elle était enceinte. Peu après son arrivée en Suisse, l'assurée avait accouché de jumeaux, dont l'un était décédé à la naissance et l'autre à sept mois. Désormais, les symptômes dépressifs consistaient en une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie, une irritabilité, des troubles du sommeil et

une tendance au retrait social. La thymie était fluctuante, essentiellement liée aux contextes conjugal et familial et aux difficultés financières du couple. Ces symptômes correspondaient à un épisode dépressif léger sans syndrome psychotique. Il n'y avait ni diminution de la confiance en soi, ni manque d'appétit, ni perte pondérale, ni sentiment de culpabilité, ni vision irréaliste de l'avenir, ni idéation suicidaire, ni difficulté à soutenir l'attention. Le taux sérique d'antidépresseur et de neuroleptique effectué le jour de l'expertise indiquait des taux bas traduisant une compliance partielle. La personnalité était fruste, peu différenciée, avec des ressources psychiques limitées. L'expert psychiatre a retenu des limitations en lien avec l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique : une diminution du tonus vital, une thymie légèrement déprimée, des ruminations, une tendance au retrait social, une irritabilité et des troubles du sommeil à l'origine d'une fatigabilité accrue ; les ruminations entraînaient une fatigue psychique, tout comme l'état dépressif. Ces limitations interféraient à hauteur de 40% avec l'exercice d'une activité simple. En conclusion, sur le plan psychique, la capacité de travail était réduite à 60% (5 h./jour) dans une activité simple, telle l'activité habituelle. Les incapacités avaient été les suivantes : 40% de novembre 2006 à fin avril 2007, 100% de fin avril à début juillet 2007, 70% de début juillet à début novembre 2007, 100% de novembre à fin décembre 2007 et 40% depuis janvier 2008. Sur le plan somatique, il a été relaté que l'assurée se plaignait de douleurs lombaires depuis au moins quatre ans. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 2 mai 2006 montrait un possible trouble de la statique, une discopathie protrusive marquée L3-L4 avec une saillie discale médiane, une discopathie protrusive marquée L4-L5, une discopathie débutante L5-S1 et l'absence de hernie discale constituée. L'examen clinique montrait une obésité morbide avec un important relâchement de la sangle abdominale et des troubles de la posture avec une augmentation de la lordose. L'examen ne mettait en évidence ni fibromyalgie ni signe d'arthrose ou d'arthrite. Au plan physique, les limitations fonctionnelles étaient liées aux troubles de la posture du rachis et à l'obésité morbide : l'assurée ne pouvait se pencher en avant, porter plus de 5 kg, soulever de charges de plus de 5 kg, rester debout sans bouger plus de 30 minutes, monter sur une échelle ou des échafaudages ou marcher sur un sol non plat ; elle devait en outre changer de position toutes les 30 minutes. L'activité de femme de chambre n'était plus possible eu égard aux douleurs dorsolombaires - trop importantes - et aux sollicitations qu'impliquait une telle activité (se pencher en avant, soulever des charges avec les bras loin du corps, passer l'aspirateur, faire les vitres). Selon l'expert rhumatologue, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis 2006 mais l'assurée avait en revanche conservé une pleine capacité dans un poste léger. Le 19 août 2008, le docteur I_____, médecin praticien spécialiste FMH auprès du service médical régional AI (SMR), a émis l'avis qu'il convenait d'écarter les conclusions de l'expert psychiatre : il y avait eu exacerbation avec symptômes psychotiques en novembre-décembre 2007, mais les deux suivis au CTB avaient permis un amendement justifiant l'interruption de cet appui ; il y avait eu amendement complet des signes psychotiques et les signes dépressifs correspondaient à un épisode dépressif léger. Il fallait en conclure que, depuis début 2008, il y avait amendement de ce qui apparaissait comme un unique épisode dépressif. L'examen ayant eu lieu alors que la compliance était mauvaise (dosages en dessous du taux thérapeutique), il fallait considérer que la situation pourrait être encore plus favorable si l'assurée prenait correctement ses médicaments. Par conséquent, il convenait selon lui d'admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès janvier 2008 (résolution de l'exacerbation dépressive avec symptômes psychotiques). Les limitations psychiques énumérées par l'expert psychiatre ne pouvaient

être retenues, au vu du caractère de gravité légère qu'il fallait reconnaître à la dépression. Il en allait de même de la baisse de rendement de 40% admise par l'expert. 15. Par décision du 22 janvier 2009, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée à la période du 7 novembre 2007 au 31 mars 2008. 16. Saisi d'un recours interjeté par l'assurée contre cette décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire pour la période postérieure au 31 mars 2008 (cf. arrêt du 10 décembre 2009 ; ATAS/1639/2009). Durant la procédure judiciaire, ont été versés au dossier : - un rapport du 5 février 2008 du Dr E_____ concernant l'hospitalisation de l'assurée du 8 novembre au 28 décembre 2007 au CTB, concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) ; il était précisé qu'au cours de l'été 2007, l'assurée s'était rendue en Bosnie, mais avait dû en revenir au bout de cinq jours, en raison d'un sentiment intolérable d'étouffement, sensation qui l'avait poursuivie et qui s'accompagnait d'une résurgence de la symptomatologie dépressive et de l'apparition d'éléments psychotiques ; il était fait état d'une thymie triste, de difficultés de concentration, d'irritabilité, de culpabilité, d'un sentiment de persécution, de difficultés à prendre les transports publics, d'hallucinations auditives et cénesthésiques (sentiment qu'un membre de sa famille, père, cousin lui appuyait sur l'épaule) ; suite à la prise en charge, les hallucinations s'étaient progressivement estompées ; subsistaient encore quelques éléments hallucinatoires (sentiment d'entendre la sonnette de la porte d'entrée) ; la compliance médicamenteuse restait incertaine ; l'évolution clinique était globalement satisfaisante, avec une nette amélioration de la thymie, une diminution du sentiment de tension interne et un sommeil en amélioration; - un rapport d'IRM lombaire du 22 janvier 2009, concluant à une discarthrose L4-L5 avec hernie discale para-médiane droite avec un fragment luxé vers le bas, une discopathie L3-L4 faiblement protrusive sans compression radiculaire et une arthrose postérieure bilatérale modérée L4-L5 (rapport de la doctoresse J_____, spécialiste FMH en radiologie); - un rapport du 16 mars 2009 de la Dresse C_____ indiquant que le 3 mars 2009, l'évaluation selon l'échelle de dépression de Hamilton (25 points) correspondait à une dépression modérée ; la nécessité que l'assurée continue son suivi psychiatrique et son traitement médicamenteux en vue de stabiliser son état psychique était soulignée; - un rapport du 2 avril 2009 de la Dresse F_____ expliquant que, depuis novembre 2008, l'assurée souffrait de blocages lombaires itératifs avec sciatalgies aiguës et déficit sensitif du membre inférieur droit l'empêchant de marcher ou de passer de la position assise à debout ; en janvier 2009, le diagnostic de hernie discale luxée comprimant la racine L5 à droite avait été posé et une prise en charge neurochirurgicale avait été décidée; - un rapport d'IRM lombaire effectuée le 2 mai 2006, concluant à un possible trouble de la statique, à une discopathie protrusive marquée en L3-L4 et L4-L5 avec saillie discale médiane, à une discopathie débutante L5-S1 et à l'absence de hernie constituée (rapport de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en radiologie); - trois rapports (des 12 février, 19 mars et 11 mai 2009) du docteur L_____, spécialiste FMH en neurochirurgie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), concluant à une radiculopathie L5 droite avec aggravation depuis un mois, à une petite hernie discale L4-L5 droite luxée vers le bas et précisant qu'après plusieurs infiltrations, l'assurée ne présentait plus de douleurs; - un avis émis le 26 mai 2009 par le SMR, considérant que résultaient des pièces versées au dossier des faits nouveaux : les blocages lombaires itératifs avec des sciatalgies aiguës correspondant à l'apparition d'une hernie discale en L4/L5 objectivée par une IRM du 22 janvier 2009 ; par ailleurs, il convenait de se pencher sur la discordance d'évaluation entre le psychiatre

traitant et l'expert; - le procès-verbal d'audition, le 13 août 2009, de la Dresse C _____, psychiatre traitant de novembre 2006 à janvier 2009, précisant que l'assurée n'avait mis un terme au traitement que pour des raisons financières exclusivement ; le témoin, rappelant que, fin 2007, l'atteinte était sévère, s'étonnait du degré de gravité légère retenu par l'expert psychiatre début 2008 ; à son avis, l'état dépressif avait été, au mieux, de gravité moyenne ; depuis la sortie du CTB, l'état de l'assurée s'était un peu amélioré sur le plan psychique, mais les douleurs somatiques étaient demeurées présentes ; sans ces douleurs, l'état psychique pourrait être stabilisé et l'assurée pourrait recouvrer une capacité de travail; - un avis émis le 28 août 2009 par le docteur M _____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du SMR, constatant qu'il y avait eu aggravation sur le plan rhumatologique, de janvier au 11 mai 2009, date à laquelle l'état de santé de l'assurée s'était amélioré ; durant cette période, la capacité de travail avait été nulle, avant de redevenir entière dans une activité adaptée ; sur le plan psychique, il était tout à fait possible qu'il y ait eu aggravation limitée dans le temps, au moment où la Dresse C _____ avait revu sa patiente (en janvier 2009) ; le Dr M _____ se posait la question de savoir pourquoi le SMR avait retenu une capacité de travail entière alors que l'expert psychiatre l'avait estimée à 60% ; selon les explications de la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), on ne pouvait prendre en compte ni l'épisode dépressif léger, ni les facteurs sociaux défavorables mentionnés par la Dresse C _____ pour justifier une incapacité de travail ; par conséquent, vu l'état dépressif moyen, évalué précédemment par les experts comme amélioré, il était vraisemblable que le diagnostic d'épisode dépressif de gravité moyenne constaté en 2009 fût réactionnel au projet de décision n'octroyant qu'une rente limitée dans le temps ; comme tel, il devait répondre à un traitement bien conduit d'antidépresseur. 17. Le 30 décembre 2010, la Dresse F _____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis novembre 2008, avec un changement dans les diagnostics influençant négativement sa capacité de travail : hernie discale L4-L5 et, depuis novembre 2008, radiculopathie L5-D, avec lombalgies récidivantes répondant mal aux antalgiques ; par ailleurs, en septembre 2009, l'assurée avait souffert d'une recrudescence de ses cauchemars et d'une reviviscence du passé ; elle était suivie par la Dresse C _____. La Dresse F _____ ne l'avait pas revue depuis septembre 2009. 18. Le 2 mars 2011, la Dresse C _____ a quant à elle affirmé ne plus suivre l'assurée depuis une année. 19. Le 13 septembre 2011, le docteur N _____, spécialiste FMH en médecine interne et chef de clinique du service de médecine de premiers recours des HUG, et la doctoresse O _____, interne, ont diagnostiqué une hernie discale L4-L5 gauche depuis novembre 2008, un trouble dépressif majeur, épisode léger (F33.0) depuis novembre 2006 et un syndrome du canal carpien bilatéral depuis 2010. L'assurée était en traitement depuis le 7 octobre 2010 et son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle depuis novembre 2006. Les lombalgies étaient présentes quotidiennement et avaient un caractère inflammatoires. L'assurée présentait aussi des douleurs de type neurogène à la fesse et à la face postérieure de la cuisse gauche et des douleurs articulaires multiples (épaules, coudes, genoux), avec un caractère inflammatoire, en cours d'investigation. Une IRM effectuée le 8 juin 2011 montrait des lésions plutôt dégénératives type Modic II au niveau des plateaux vertébraux L4-L5. Une IRM cervicale mettait en évidence une discopathie dégénérative en C6-C7. L'assurée souffrait également de douleurs et paresthésies au niveau des poignets et des mains sur le territoire du nerf médian, évoluant depuis un an. Un examen complémentaire avait confirmé un syndrome du canal carpien bilatéral et l'assurée devait être convoquée pour une consultation de chirurgie de la main.

Sur le plan psychiatrique, l'intéressée était connue pour un trouble dépressif récurrent depuis novembre 2006 ; la Dresse C_____ l'avait suivie jusqu'à décembre 2010. Depuis lors, il y avait eu péjoration de la symptomatologie dépressive avec de la tristesse, une anxiété, de la fatigue, de l'anhédonie et des troubles du sommeil motivant une augmentation du traitement médicamenteux. La Dresse C_____ étant absente pour une durée indéterminée, l'assurée avait été évaluée par le docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie aux HUG et orientée vers le CTB, auprès de la doctoresse Q_____, interne. 20. Le 28 novembre 2011, la Dresse Q_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.4), avec une évolution fluctuante. Depuis une année et demie, l'assurée était stable, avec des symptômes dépressifs. Les limitations fonctionnelles découlaient d'une humeur dépressive, une perte d'intérêt, d'irritabilité, de troubles de la mémoire, de troubles de la concentration, des pseudo-hallucinations auditives (elle pouvait entendre sonner à la porte, appeler son nom), de troubles du sommeil avec réveils fréquents, de douleurs lombalgiques, des idées noires, d'idées suicidaires et d'un manque d'énergie avec une tendance au retrait social. Le traitement en cours consistait en Cymbalta 60 mg/jour, Seroquel 25mg/jour, Lyrica 300mg/jour et en un entretien par mois. Le médecin disait ne pouvoir envisager une reprise du travail en raison de la sensibilité au stress, des difficultés dans les relations avec autrui, des difficultés d'organisation et de la fatigue de sa patiente.![endif]>![if> 21. Le 9 décembre 2011, la Dresse Q_____ a confirmé une totale incapacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle.![endif]>![if> 22. Le 7 août 2012, la Dresse R_____, du SMR, a rappelé que le 19 août 2008, un épisode dépressif sévère avec incapacité de travail totale avait été retenu, du 7 novembre 2006 au 31 décembre 2007, date au-delà de laquelle il avait été considéré que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail, vu la rémission de son état dépressif. Des nouveaux rapports, il convenait de conclure que le trouble psychique était resté stable et non incapacitant. Il convenait toutefois d'approfondir les investigations sur le plan lombaire.![endif]>![if> 23. L'assurée a alors été renvoyée pour expertise au Dr H_____ qui, dans son rapport du 24 janvier 2013, a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur des troubles de la posture, une discopathie dégénérative L4-L5 et une hernie discale L4-L5 foraminale et extra-foraminale gauche présentes depuis 2004 et depuis 2012 pour la hernie discale, ainsi qu'un status après cure chirurgicale bilatérale d'un syndrome du tunnel carpien (en 2011 à droite et en août 2012 à gauche) avec persistance d'un état inflammatoire à gauche. ![endif]>![if> L'expert rhumatologue a relaté que l'assurée se plaignait de douleurs lombaires irradiant principalement dans le membre inférieur droit, mais également dans le membre inférieur gauche. Elle décrivait également des douleurs au poignet et à la main gauches. Le status somatique montrait qu'elle se déplaçait normalement, bougeait sans limitation de mouvements et ne devait pas prendre de positions antalgiques. Elle s'habillait et se déshabillait sans difficulté et sans aide, mais lentement. Le status rhumatologique montrait uniquement des troubles de la posture, avec un relâchement de la sangle abdominale et un syndrome vertébral. L'assurée ne pouvait se pencher en avant. Le poignet gauche présentait une cicatrice rouge, sans chaleur ni transpiration. Une IRM lombaire pratiquée le 25 octobre 2012 avait montré une hernie discale L4-L5 foraminale et extra-foraminale gauche, avec une forte réaction inflammatoire d'accompagnement exerçant une contrainte sur la racine L4 gauche, une réaction inflammatoire de type "Modic II" de la spongieuse des corps vertébraux de L4-L5, une petite hernie discale L3-L4 foraminale et extra-foraminale gauche, sans contrainte sur la racine L3 gauche. La radiographie de la main gauche ne révélait pas d'élément évocateur

d'une algodystrophie (rapport du 25 octobre 2012 du professeur S_____, spécialiste FMH en radiologie). L'expert a conclu à un état clinique rhumatologique cristallisé depuis 2008, avec des lombalgies sur discopathie dégénérative L4-L5 et des troubles de la statique liés à une obésité morbide. Son appréciation restait la même qu'en 2008 : une incapacité totale et définitive à exercer l'activité habituelle mais une capacité de travail entière dans un travail adapté, de type petite mécanique. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés de flexion et d'extension du rachis, pas de positions debout statiques, pas de montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux et possibilité de changer de positions toutes les heures. Depuis 2011, un nouveau problème de santé était apparu sous la forme d'un syndrome bilatéral du tunnel carpien. Suite à l'opération fin 2011 à droite, l'assurée avait retrouvé toute sa dextérité. Par contre, pour la main gauche, malgré une opération en août 2012, l'assurée avait toujours mal et de la peine à faire des mouvements fins avec sa main. L'examen clinique montrait une cicatrice rouge et douloureuse. Une guérison complète devait se produire sur les trois mois. Il convenait par conséquent d'admettre une totale incapacité de travail du 1^{er} janvier 2011 au 31 janvier 2013 en raison de ce syndrome, puisque, durant cette période, l'assurée n'avait pu utiliser correctement ses deux mains. En dehors de cette période, elle pouvait exercer à 100% toutes les activités correspondant aux limitations fonctionnelles décrites, sans baisse de rendement. 24. Une neurographie et une électromyographie effectuées le 11 février 2013 ont montré l'absence de signe de dénervation aiguë dans les myotomes L3 à S1 à gauche, ce qui parlait contre une lésion radiculaire à ces niveaux. La symptomatologie était probablement d'origine irritative (cf. rapport du 11 février 2013 du docteur T_____, spécialiste FMH en neurologie). 25. Le 30 avril 2013, la Dresse R_____ a émis l'avis que l'appréciation du Dr H_____ quant à une incapacité de travail totale de janvier 2011 au 31 janvier 2013 pour l'atteinte aux mains ne pouvait être admise et qu'une instruction complémentaire était nécessaire. 26. Le docteur U_____, interne au département de chirurgie des HUG, a indiqué que l'assurée présentait à la main gauche une ténosynovite FCR et a attesté d'une capacité de travail réduite à 50% durant un à deux mois. 27. L'assurée a alors été adressée au docteur V_____, spécialiste FMH en neurologie, qui a procédé à un examen neurologique le 3 avril 2014 et à une électroneuromyographie (ENMG) des membres supérieurs. Ce médecin, dans son rapport du 8 avril 2014, a conclu à des lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 gauche. L'expert a expliqué qu'après les deux interventions aux mains, l'évolution avait été favorable dans un premier temps ; puis étaient réapparus des tremblements, des douleurs et une sensation de mains gonflées. L'assurée se plaignait de l'ensemble du membre supérieur droit et les symptômes étaient permanents. La main était gonflée et les douleurs sévères. Après examen et un ENMG, l'expert a jugé que les plaintes n'étaient pas superposables à celles constatées par le Dr H_____. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas d'anomalie spécifique. Tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, les réflexes tendineux étaient bien évocables, symétriques et il n'y avait de déficit ni moteur, ni sensitif. S'agissant des membres supérieurs, tant les plaintes que le tableau objectif, clinique et électrophysiologique n'apportaient pas d'élément en faveur d'une pathologie neurologique spécifique, qu'elle soit médullaire, radiculaire ou tronculaire. S'agissant des membres inférieurs, il s'agissait d'une lombo-sciatalgie gauche non déficitaire. Les limitations fonctionnelles au plan somatique avaient d'ores et déjà été déterminées par le Dr H_____ et sur le plan neurologique, il n'y avait pas de limitations supplémentaires. La situation n'avait pas évolué au plan neurologique depuis l'expertise

effectuée en 2008. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée. Les incapacités de travail transitoires, provoquées par les interventions chirurgicales au niveau du tunnel carpien, ne devaient pas dépasser trois mois après chaque intervention, soit de janvier à fin mars 2011 et du 10 août au 10 novembre 2012. Le pronostic d'une reprise de travail semblait mauvais : l'assurée semblait être installée dans un statut d'invalidé, n'avait été que très faiblement scolarisée et n'avait travaillé que comme femme de chambre, profession qui ne lui était plus autorisée ; par ailleurs, les limitations fonctionnelles étaient relativement contraignantes. 28. Le 3 juillet 2014, la doctoresse W_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, a conclu que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé de janvier 2009 au 11 mai 2009 en raison de la hernie discale. Dès le 12 mai 2009, la capacité de travail avait à nouveau été de 100% dans une activité adaptée. 29. Sur le plan psychique, l'aggravation reconnue durant un temps limité n'avait pas été retenue par le SMR qui avait estimé, en août 2012, que la capacité de travail était restée entière depuis le 1^{er} janvier 2008. Sur le plan rhumatologique, il convenait de retenir que l'état de santé était stationnaire. Seules deux aggravations temporaires, de trois mois chacune, consécutives aux opérations des tunnels carpiens, pouvaient être retenues. 29. Le 7 juillet 2014, l'OAI a procédé à l'évaluation du degré de l'invalidité de l'assurée en 2008 et en 2009. 30. Comparant le revenu qu'elle aurait réalisé en 2008 sans atteinte à sa santé (CHF 39'346.-, correspondant au salaire obtenu en 2005, soit CHF 37'567.- actualisé en 2008) à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année, malgré l'atteinte à sa santé, en exerçant à plein temps une activité légère et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10% (CHF 46'231.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008, TA1, niveau 4), l'OAI est parvenu à la conclusion qu'il n'y avait aucune perte de gain. Il en allait de même en 2009, si l'on comparait le revenu sans invalidité (CHF 40'181.-, correspondant au salaire obtenu en 2005, actualisé en 2009), au salaire avec invalidité (CHF 47'211.-, selon l'ESS 2008 TA1, niveau 4). 30. Le 30 juillet 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limité aux périodes du 1^{er} novembre 2007 au 31 mars 2008 et du 1^{er} janvier au 31 août 2009. 31. Le 12 septembre 2014, l'assurée a contesté ce projet en alléguant une aggravation de son état depuis 2012 (problèmes de dos, troubles psychiques récurrents, douleurs au bras droit et troubles récurrents du sommeil). A l'appui de sa contestation, l'assurée a produit un certificat établi le 22 juillet 2014 par la doctoresse X_____, interne auprès du département de santé mentale et de psychiatre des HUG, attestant de son suivi régulier par le CTB pour un trouble dépressif récurrent et un état de stress post-traumatique et faisant état d'une observance idéale. 32. Le 14 octobre 2014, le SMR a considéré qu'aucun élément médical nouveau n'était avancé (trouble dépressif récurrent, lombalgies, tunnel carpien connus) et que son avis du 3 juillet 2014 restait valable. 33. Par décision du 5 décembre 2014, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2007 au 31 mars 2008 et du 1^{er} janvier au 31 août 2009. Il a considéré que si la capacité de travail de l'assurée avait été nulle du 7 novembre 2006 au 31 décembre 2007, du 1^{er} janvier au 11 mai 2009, du 1^{er} janvier au 31 mars 2011 et du 10 août au 10 novembre 2012, l'intéressée avait recouvré une pleine capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 1^{er} janvier 2008 et depuis le 12 mai 2009. Les périodes d'incapacité totale du 1^{er} janvier au 31 mars 2011 et du 10 août au 10 novembre 2012 n'ouvraient pas droit à une rente puisqu'elles n'avaient pas duré plus de trois mois. 34. Par

acte du 22 janvier 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de son médecin généraliste et de son psychiatre et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi ininterrompu d'une rente entière depuis novembre 2007, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision. [endif]>[if> La recourante fait notamment valoir que les constatations médicales de l'intimé s'arrêtent à l'année 2012, alors que son état de santé s'est considérablement dégradé depuis lors. Elle souffre en particulier d'un trouble dépressif récurrent issu d'un état de stress post-traumatique et de douleurs au bras. 35. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 mars 2015, a conclu au rejet du recours. [endif]>[if> Il relève que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, une expertise rhumatologique a été organisée en 2013 et une expertise neurologique en 2014. Il considère que la détérioration de l'état de santé invoquée n'a pas été documentée : les pièces produites parlent uniquement de lombalgies et de trouble dépressif récurrent, éléments déjà connus. 36. Par écritures du 31 mars 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> Elle rappelle que le Dr H_____ a conclu à une incapacité de travail totale du 1 er janvier 2011 au 31 janvier 2013 en raison du syndrome du tunnel carpien bilatéral. Or, la décision litigieuse ne retient pas d'invalidité pour cette période. Le Dr V_____ a certes retenu qu'il n'y avait pas de syndrome du tunnel carpien significatif, mais il a aussi émis un mauvais pronostic pour une reprise de travail. Selon la recourante, il est irréaliste d'exiger d'elle qu'elle travaille en respectant toutes les limitations fonctionnelles retenues et les deux expertises mentionnées ne sont plus d'actualité. 37. Par écritures du 28 avril 2015, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> Il soutient que puisque le syndrome du tunnel carpien est une atteinte d'ordre neurologique, il convient de privilégier les conclusions du Dr V_____, spécialiste FMH en neurologie. Selon lui, une nouvelle expertise ne se justifie pas. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles ne sont que relativement contraignantes : selon le Dr H_____, n'importe quelle activité sédentaire légère est accessible à la recourante. Celle-ci n'apportant pas d'indices probants d'une aggravation de son état de santé, les expertises ne peuvent être valablement remises en cause, même si elles datent de quelques années. 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) en vigueur depuis le 1 er 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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. [endif]>[if> 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 5 décembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI citées supra. 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 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} 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 nouvelles 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).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité aux périodes du 1^{er} novembre 2007 au 31 mars 2008 et du 1^{er} janvier au 31 août 2009. Il s'agit en particulier de déterminer si la recourante a effectivement recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008 et depuis le 12 mai 2009.

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. 1^{er} 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).

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 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 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).

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).

c. 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). 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 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). Ces rapports 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour

complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).!

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).!

a. En l'occurrence, l'intimé a retenu qu'en raison de ses atteintes à la santé, la recourante a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité du 7 novembre 2006 au 31 décembre 2007 et du 1^{er} janvier 2009 au 11 mai 2009. Il n'est pas contesté par la recourante, ni contestable, au vu des pièces versées au dossier, que l'assurée a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité de novembre 2006 à décembre 2007 (en raison de ses troubles psychiques) et du 1^{er} janvier au 11 mai 2009 (en raison de ses atteintes somatiques). b. L'intimé a considéré que, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008, et dès le 12 mai 2009, la capacité de travail de la recourante avait été entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que la recourante conteste. c. Sur le plan somatique, en particulier rhumatologique, la recourante a été soumise à deux expertises du Dr H_____ le 15 mai 2008, puis les 18 octobre et 6 novembre 2012. Dans son rapport du 19 août 2008, cet expert a diagnostiqué des dorsolombalgies chroniques sur des troubles de la statique et une obésité morbide entraînant des limitations fonctionnelles et une incapacité totale dans l'activité habituelle dès 2006, mais une capacité de travail entière dans une activité légère répondant à certaines conditions. Dans son rapport du 24 janvier 2013, l'expert a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur des troubles de la posture, une discopathie dégénérative L4-L5 et une hernie discale L4-L5 foraminale et extra-foraminale gauche présentes depuis 2004 et depuis 2012 pour la hernie discale, un status après cure chirurgicale bilatérale d'un syndrome du tunnel carpien (en 2011 à droite et en août 2012 à gauche) avec la persistance d'un état inflammatoire à gauche. Il a conclu à un état clinique rhumatologique cristallisé depuis 2008 avec des lombalgies sur une discopathie dégénérative L4-L5 et des troubles de la statique liés à une obésité morbide. Son appréciation est restée la même qu'en 2008. Sur le plan neurologique, la recourante a été soumise à une expertise effectuée le 3 avril 2014 par le Dr V_____. Ce spécialiste a conclu à des lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 gauche et a corroboré les limitations fonctionnelles telles qu'énumérées par le Dr H_____. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée. Les incapacités de travail suite aux opérations au niveau du tunnel carpien n'avaient pas dépassé trois mois après chaque intervention. La situation n'avait pas évolué au plan neurologique depuis

2008. d. La chambre de céans constate que les rapports des Drs H_____ et V_____ se fondent sur une anamnèse détaillée, un examen clinique et des examens complémentaires de la recourante et qu'ils tiennent compte des plaintes rapportées par cette dernière. Ils ont été établis en pleine connaissance du dossier et leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. e. La recourante fait remarquer que le Dr H_____ a admis que le syndrome bilatéral du tunnel carpien avait entraîné une totale incapacité de travail dans toute activité du 1^{er} janvier 2011 au 31 janvier 2013. La chambre de céans constate que si le Dr H_____ a effectivement retenu une telle incapacité de travail, il n'en demeure pas moins qu'il y a lieu de donner la préférence aux conclusions du Dr V_____ à cet égard, dans la mesure où le syndrome du tunnel carpien est une atteinte neurologique. Or, selon l'appréciation claire et circonstanciée du Dr V_____, les incapacités de travail au niveau du tunnel carpien n'ont pas dépassé trois mois après chaque intervention (de janvier à mars 2011 et du 10 août au 10 novembre 2012). f. La recourante fait également valoir qu'il serait irréaliste d'exiger d'elle qu'elle travaille au vu des limitations fonctionnelles admises. La chambre de céans relève qu'aucun rapport versé au dossier ne conclut à une incapacité de travail dans une activité adaptée en raison des atteintes somatiques dont souffre la recourante. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr H_____ n'impliquent pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques de la recourante. g. Par conséquent, sur le plan somatique, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, depuis le 7 novembre 2006, la recourante, si elle est effectivement dans l'incapacité totale d'exercer son ancienne activité, aurait pu exercer à plein temps une activité adaptée, hormis du 1^{er} janvier au 11 mai 2009 (hernie discale), du 1^{er} janvier au 31 mars 2011 et du 10 août au 10 novembre 2012 (interventions au tunnel carpien), périodes pendant lesquelles son incapacité a été totale dans tous les domaines. h. Sur le plan psychique, l'intimé a retenu, en se fondant sur les avis du SMR, que la recourante a été en incapacité totale de novembre 2006 au 31 décembre 2007, date au-delà de laquelle l'épisode dépressif se serait amendé au point qu'elle aurait recouvré une pleine capacité. i. La chambre de céans relève que les rapports de synthèse établis par les médecins du SMR procèdent d'une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Or, le résultat de cette appréciation n'est corroboré par aucune pièce médicale : le dossier ne contient aucun élément médical permettant d'exclure explicitement toute incapacité de travail à compter du 1^{er} janvier 2008. A cet égard, il sied de rappeler que la recourante a été soumise à une expertise effectuée par la Dresse G_____, qui a conclu à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00) présent depuis novembre 2006 (épisode sévère en mai et de novembre à décembre 2007). L'expert a retenu un certain nombre de limitations, dont il a considéré qu'elles interféraient à hauteur de 40% s'agissant d'une activité simple. En dépit de cela, en août 2008 et août 2009, les Drs I_____ et M_____ - médecins dont il convient de souligner qu'ils ne sont pas au bénéfice d'une formation spécialisée dans le domaine de la psychiatrie - se sont écartés des conclusions de l'expert psychiatre au motif que l'unique épisode dépressif se serait amendé dès janvier 2008. Force est de constater que le lien entre les troubles, les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail n'a pas été examiné de manière circonstanciée et convaincante par ces médecins, de sorte que

leur avis ne revêt qu'une valeur probante limitée, insuffisante en tout état de cause pour conclure à une capacité de travail entière sur le plan psychique dès janvier 2008. Cela étant, le diagnostic posé par la Dresse G_____, soit un épisode dépressif léger à compter du 1^{er} janvier 2008, ne peut pas non plus, en l'état, être retenu. En effet, si lors de l'examen de la recourante effectué par la Dresse G_____ - le 15 mai 2008 - la spécialiste a pu constater la présence des critères relevant de ce diagnostic, on peine à comprendre sur quels éléments elle s'est fondée pour retenir qu'il remonterait au 1^{er} janvier 2008. Une telle conclusion surprend, d'autant plus qu'à la fin de l'année 2007, la recourante a dû être hospitalisée - du 8 novembre au 28 décembre -, en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3). S'il est vrai que Dr E_____ a expliqué que, grâce à la prise en charge au CTB, les hallucinations s'étaient progressivement estompées et que l'évolution clinique avait été globalement satisfaisante, avec une nette amélioration de la thymie, une diminution du sentiment de tension interne et un sommeil en amélioration, il n'en demeure pas moins qu'à la sortie de la recourante, le 28 décembre 2007, la capacité de travail était toujours qualifiée de nulle dans toute activité et le pronostic réservé (cf. rapports des 23 janvier et 5 février 2008). Compte tenu de ce qui précède et en l'état, on ne saurait considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à compter du 1^{er} janvier 2008, l'état dépressif n'aurait plus été que léger et incapacitant à raison de 40% (rapport de la Dresse G_____), pas plus qu'à compter de cette date, l'état dépressif se serait amendé au point de permettre une pleine capacité de travail (avis du Dr I_____ du 19 août 2008). S'agissant de la période postérieure au 1^{er} janvier 2008, la chambre de céans ne saurait suivre non plus, sans instruction complémentaire, les avis du SMR selon lesquels la recourante serait demeurée stable sur le plan psychique (avis des 7 août 2012 et 3 juillet 2014). En effet, selon la Dresse C_____, qui a suivi la recourante jusqu'en janvier 2009, l'état dépressif a varié de moyen, au mieux, à sévère. En janvier 2009, il était de gravité moyenne (cf. procès-verbal d'audition du 13 août 2009). Selon le Dr N_____, depuis décembre 2010, il y a eu péjoration de la symptomatologie dépressive (cf. également rapport du 13 septembre 2011 du Dr P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie aux HUG). La Dresse Q_____ a, quant à elle, diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.4), idées noires et idées suicidaires sans reprise du travail possible (cf. rapport du 28 novembre 2011). Enfin, la Dresse X_____ a fait état d'un trouble dépressif récurrent et d'un état de stress post-traumatique (cf. rapport du 22 juillet 2014). A cet égard, on relèvera que la Dresse G_____ a également fait état de divers traumatismes (scènes douloureuses dont la recourante ne voulait parler et maltraitances physiques par des militaires serbes alors qu'elle était enceinte ; cf. rapport du 19 août 2008). Quand bien même ces appréciations succinctes proviennent des médecins traitants, l'intimé ne pouvait, au vu des éléments mentionnés, faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire sur le plan psychique avant de rendre sa décision. 11.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate des atteintes à la santé psychique de la recourante à compter de janvier 2008, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail résiduelle, et partant, sur son degré d'invalidité.

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en psychiatrie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies que l'intimé n'a pas mis en œuvre une telle expertise après l'arrêt de renvoi

pour instruction complémentaire rendu par le TCAS le 10 décembre 2009. Il lui appartiendra ensuite d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée en tant qu'elle nie le droit à des prestations du 1^{er} avril au 31 décembre 2008 et à compter du 1^{er} septembre 2009. Elle sera confirmée pour le surplus et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants. La recourante, qui est représentée et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet partiellement.![endif]>![if> 3. Annule la décision de l'intimé du 5 décembre 2014 en tant qu'elle nie le droit de la recourante à des prestations du 1^{er} avril au 31 décembre 2008 et à compter du 1^{er} septembre 2009.![endif]>![if> 4. La confirme pour le surplus.![endif]>![if> 5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.![endif]>![if> 6. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- au titre de dépens.![endif]>![if> 7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé. ![endif]>![if> 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.![endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD La présidente 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

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