

## GE\_GERICHTE A/3922/2016 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3922\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3922_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3922/2016 du 27 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3922/2016 del 27 giugno 2017

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.06.2017 A/3922/2016

A/3922/2016 ATAS/556/2017 du 27.06.2017 ( AI ), REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3922/2016 ATAS/556/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 juin 2017 1 ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GenÈve, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 16 août 2002, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), ressortissante suisse née en \_\_\_\_\_ 1949 à Haïti, infirmière de profession, a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations en raison des atteintes suivantes : ténosynovite sténosante de Quervain à droite, opérée le 6 décembre 2001 et épicondylite des deux côtés, non opérée ; rechute de la hernie discale opérée en 1977 ; rechute des douleurs de sciatique ; effets secondaires dus au traitement des yeux (vision floue, photophobie, atroces migraines, douleurs). En raison de ces atteintes, elle était en incapacité totale de travailler du 6 juillet 2001 au 4 février 2002, à 50% du 5 février au 25 juillet 2002 et à nouveau à 100% depuis le 26 juillet 2002. 2. À la demande de l'assurance perte de gain de l'employeur, l'assurée a été examinée par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lequel a posé, dans un rapport du 14 janvier 2012, les diagnostics de status après cure chirurgicale d'une ténosynovite de Quervain droite, épicondylite droite et hypertension artérielle essentielle traitée. Le médecin précité estimait l'assurée capable de reprendre son activité d'infirmière à 50% dès le 5 février 2012 et à 100% dès le 5 mars 2012. 3. Dans un rapport du 21 janvier 2003, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rhumatologie, médecin traitant, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : uveite antérieure bilatérale vraisemblablement idiopathique ; status post-décollement de rétine de l'œil gauche avec récurrence le 23 février 2002, cataracte débutante de l'œil gauche ; status postcure chirurgicale de ténosynovite sténosante de Quervain à droite, status post-algodystrophie probable du membre supérieur droit ; algies de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs sur tendinopathies chroniques, avec dénervation chronique du nerf radial des deux côtés, omarthrose, conflit sous-acromial des deux côtés ; dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec status après cure de hernie discale L4-L5 en 1974 ; état dépressif avec anxiété suite aux problèmes de santé. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse C\_\_\_\_\_ a mentionné les atteintes suivantes : hyperlipidémie de type mixte et intolérance aux hydrates de carbone ; tests hépatiques modérément perturbés depuis 1979 ; hypertension artérielle ; hyperuricémie depuis 2000 ; gastrite en 2002. En raison des atteintes précitées, l'incapacité de travail avait été totale du 6 juillet 2001 au 2

juin 2002, de 50% du 3 juin 2002 au 25 juillet 2002 puis à nouveau de 100% à partir du 26 juillet 2002. L'état de santé était stationnaire et le pronostic peu favorable. La patiente ne pouvait plus effectuer de mouvements et d'efforts répétés des bras et des mains nécessaires à sa profession (soulever des malades, régler les perfusions) ainsi que des gestes précis (piqûres, préparation de médicaments en gouttes), qui nécessitaient de surcroît une vue correcte. Plus aucune activité n'était dès lors possible.![endif]>![if> En annexe figuraient les comptes-rendus et rapports d'imagerie relatifs aux atteintes mentionnées par la Dresse C\_\_\_\_\_. 4. Sur questions du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), la Dresse C\_\_\_\_\_ a rappelé, dans un courrier du 3 octobre 2003, qu'en raison de ses atteintes, l'assurée ne pouvait plus effectuer d'efforts et de mouvements répétés des bras. La capacité de travail théorique était nulle en raison de l'atteinte gestuelle, oculaire et psychique. Par ailleurs, les différentes pathologies s'aggravaient lentement.![endif]>![if> 5. Le 30 septembre 2004, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, ophtalmologique et psychiatrique au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Dans leur rapport d'expertise du 30 novembre 2004, les médecins du COMAI ont diagnostiqué des tendinites de Quervain bilatérales, une épicondylite bilatérale et des dorsolombalgies chroniques (avec répercussion sur la capacité de travail). Ils ont également constaté un état dépressif moyen réactionnel survenu en 2002, mais traité avec succès par soutien psychiatrique et médication antidépressive et anxiolytique (sans répercussion sur la capacité de travail). Ces atteintes n'entraînaient toutefois pas de limitations fonctionnelles hormis les gestes répétés utilisant les pouces et le port de lourdes charges. L'activité exercée jusqu'alors était exigible d'un point de vue rhumatologique, ophtalmologique et psychique à 100%, sans diminution de rendement.![endif]>![if> 6. Dans un avis du 7 décembre 2004, le SMR a brièvement résumé les conclusions de l'expertise du 30 novembre 2014 et a conclu que la capacité était totale dans la profession habituelle, étant toutefois précisé que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail de juillet 2001 à mai 2002, puis pendant quelques semaines en octobre 2003.![endif]>![if> 7. Par décision du 16 août 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée était entièrement capable de travailler dans son ancienne profession d'infirmière, tant d'un point de vue rhumatologique et ophtalmologique que psychiatrique. L'office précité relevait par ailleurs que l'assurée était inscrite au chômage depuis juin 2002, ce qui démontrait une amélioration objective de son état de santé.![endif]>![if> 8. L'assurée a formé opposition à cette décision.![endif]>![if> 9. Par courrier du 31 août 2005, la Dresse C\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics susmentionnés, lesquels rendait le travail nocturne d'infirmière très difficile en raison des cervico-dorso-lombalgies intermittentes, de la préhension diminuée, d'une sciatgie droite intermittente, ainsi que d'un décollement de la rétine à l'œil gauche rendant la vision floue avec éblouissement aux faisceaux lumineux nocturnes, et d'épisodes d'algies scapulo-brachiales à bascule irradiant dans le pouce. En raison de ces atteintes, son travail était diminué. ![endif]>![if> 10. Suite à l'opposition de l'assurée, les médecins du SMR se sont à nouveau déterminés le 21 octobre 2005. Ils ont ainsi admis que l'assurée subissait une diminution dans sa capacité de travail de 20% dans l'exercice de sa profession d'infirmière, mais qu'elle était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 11. En date du 12 juin 2006, l'assurée, qui exerçait son activité d'infirmière de nuit à un taux de 83,5%, a fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage, à son domicile, dont il ressort que son taux d'empêchement à accomplir ses tâches ménagères était de 32,1%.![endif]>![if> 12. Dans un rapport du 13

juillet 2006, le docteur D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a diagnostiqué une évolution dysthymique. Cette affection psychiatrique chronique s'ajoutait aux affections somatiques dans le sens d'une coloration dépressive mais sans avoir véritablement de répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin a également noté un trouble de la personnalité sous forme de traits de la personnalité histrionique.!

13. Le 10 août 2006, le SMR a persisté dans les termes de son avis du 21 octobre 2005.!

14. Par décision du 13 septembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition, au motif que l'assurée présentait dans sa profession, exercée à 83,5%, une capacité de travail de 80% et que les empêchements dans son ménage s'élevaient à 32%. De la pondération de ces deux taux découlait un degré d'invalidité global de 32% n'ouvrant pas droit à une rente.!

15. Par courrier du 26 septembre 2006, les Drs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ se sont adressés à l'OAI. Convaincus que leur patiente n'était pas en mesure de reprendre son activité d'infirmière ni de s'adapter à une éventuelle réinsertion professionnelle, les médecins précités ont sollicité que l'assurée soit réexaminée par un psychiatre.!

16. Le 19 octobre 2006, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, d'un recours contre la décision sur opposition du 13 septembre 2006. Par arrêt du 2 mai 2007 ( ATAS/456/2007 ), le TCAS a rejeté le recours, étant arrivé à la conclusion que l'expertise du COMAI avait pleine valeur probante. Après comparaison des revenus, il était apparu que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 22% seulement, ce qui était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.!

17. Le 6 juillet 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, faisant état d'une aggravation de son état de santé. !

18. Malgré les nombreux rappels de l'OAI, l'assurée n'a pas produit les éléments médicaux permettant de rendre plausible une aggravation. Ainsi, par décision du 28 janvier 2010, l'OAI a rejeté la demande.!

19. Le 5 mars 2010, l'assurée a interjeté recours et a produit les pièces nouvelles suivantes :!

- un rapport du docteur E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, daté du 26 novembre 2009, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics cardio-vasculaires suivants : hypertension artérielle traitée, hypertrophie asymétrique modérée du septum et fonction ventriculaire gauche normale. Les données disponibles permettaient au Dr E \_\_\_\_\_ de conclure que la condition cardiologique de l'assurée était bien contrôlée malgré les facteurs de risques (hypertension artérielle, diabète et dyslipidémie, tous trois traités). Il n'y avait aucun argument pour considérer que les symptômes thoraciques variables depuis des années et dépendant souvent de la position soient d'origine cardiaque. Le plus probable était que lesdites douleurs soient d'origine pariétale associées à la géométrie vertébro-costale. Cela étant, c'étaient surtout des éléments émotionnels et anxieux qui dominaient. Quant au traitement cardiovasculaire en cours, il était bien adapté et devait être poursuivi.!

- un courrier de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2009, dont il ressort que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de reprendre une activité en raison de son atteinte tant somatique que psychique. L'assurée était limitée dans sa vie quotidienne par ses membres supérieurs, ses genoux et sa colonne vertébrale. Son diabète favorisait les douleurs neuropathiques, l'hypertension et son retentissement cardiaque. La surcharge pondérale favorisait l'arthrose des articulations portantes. Ses yeux restaient fragiles. Enfin, la situation de l'assurée (divorcée, vivant seule, incapable d'exercer son métier, isolée de son entourage, restrictions dans la vie quotidienne) ne faisait que majorer son stress, son anxiété et sa déprime quotidienne. Un éventuel passage à l'acte était à craindre dans l'hypothèse où cette situation

devait perdurer.![endif]>![if> 20. L'OAI a soumis ces rapports au SMR, lequel a considéré que le bilan réalisé par le Dr E\_\_\_\_\_ était très rassurant et permettait de conclure à l'absence d'atteinte cardiologique incapacitante et à une origine plutôt pariétale et non cardiologique des douleurs, en présence d'éléments anxieux et émotionnels. Le statut rhumatologique était grossièrement superposable à la description de l'expertise de 2004 avec principalement des douleurs diffuses à la palpation du rachis et des épaules, pseudo-Lasègue, sans mise en évidence de déficit neurologique sensitif ou moteur ou de limitation majeure des amplitudes. Aucun diagnostic psychiatrique n'était par ailleurs attesté et aucun status psychiatrique n'était fourni en dehors de l'observation d'une humeur triste. Dans ces conditions, le médecin du SMR a considéré que les éléments médicaux à disposition ne permettaient pas d'établir formellement une quelconque aggravation de l'état de santé en dehors de l'apparition de gonalgies dont l'origine et les répercussions fonctionnelles restaient encore à être appréciées de façon objective.![endif]>![if> 21. Entendue par le TCAS le 13 juillet 2010, la Dresse C\_\_\_\_\_ a expliqué qu'une problématique cardiaque, sous la forme d'une cardiopathie hypersensible, avait débuté en 2007. Dès la fin de l'année 2008, le dosage du traitement avait dû être augmenté en raison de la pression élevée. Par ailleurs, l'assuré souffrait d'un état dépressif chronique, nécessitant un soutien psychologique, ainsi que d'une arthrose des deux épaules, avec conflit sous-acromial. Un électromyogramme effectué pour les membres inférieurs en 2009 n'avait pas montré d'atteinte radiculaire, ni de poly-neuropathie. En revanche, une échographie plantaire à droite, réalisée le 22 septembre 2009, avait mis en évidence une petite calcification qualifiée de banale par le radiologue mais qui pouvait s'enflammer et causer des douleurs. Une coxarthrose débutante avait en outre été révélée en juin 2008. La gonarthrose qu'elle avait mentionnée dans son rapport du 30 novembre 2009 était en réalité une arthrose du genou, l'assurée étant plus raide d'un côté et ne pouvant plus faire de flexions répétées. Enfin, l'assurée souffrait de tendinites au niveau péri-articulaire. Pour le médecin précité, l'assurée était totalement incapable de travailler dans sa profession habituelle d'infirmière. En effet, elle risquait d'être soumise à des stress qui auraient inévitablement des effets sur la tension artérielle. En outre, elle ne pouvait pas soulever les patients en raison de ses problèmes aux membres supérieurs et au dos. Elle ne pouvait pas non plus exécuter des travaux fins (remplir des seringues fines pour des injections, etc.). Elle avait également besoin de concentration, ce qui lui était difficile principalement en raison de son moral. Enfin, elle ne pouvait pas rester debout ou assise de façon prolongée. Des positions alternées lui étaient recommandées. ![endif]>![if> À la fin de son audition, la Dresse C\_\_\_\_\_ a produit les comptes-rendus de la radiographie des hanches du 26 juin 2008, de la radiographie des genoux du 20 septembre 2006, de l'échographie du 26 juin 2008 pour une épicondylite et de l'IRM cervicale du 29 janvier 2009. 22. L'OAI a soumis le procès-verbal d'audition, ainsi que les pièces médicales produites en audience, au SMR. Celui-ci a considéré que sur le plan ostéo-articulaire, l'échographie du 26 juin 2008 mettait en évidence un petit foyer d'épicondylite chronique du coude et de tendinite de Quervain à gauche. Dans la mesure où il était superposable à celui de 2001, cet examen parlait contre une aggravation de ces atteintes qui avaient au demeurant été prises en compte dans l'expertise COMAI de 2004. Les autres examens radiologiques (IRM cervicale, radiographies des genoux, radiographies des hanches) mettaient en évidence des signes dégénératifs discrets de la colonne cervicale, de gonarthrose droite débutante et des signes de coxarthrose bilatérale modérée en rapport avec l'âge de l'assurée. L'arthrose des épaules et le conflit sous-acromial constituaient des atteintes nouvelles qui n'avaient pas été

abordées dans le rapport médical du 30 novembre 2009 de la Dresse C\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, il était sans doute utile d'envisager la mise sur pied d'une nouvelle expertise avec volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne ou cardiologie.![endif]>![if> 23. Par arrêt du 10 mai 2011 ( ATAS/455/2011 ), la chambre de céans a considéré qu'il appartenait à l'assurée de produire, à l'appui de sa demande, les pièces déterminantes permettant de rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé. Tel n'ayant pas été le cas, c'était à bon droit que l'OAI avait rejeté la demande, de sorte que la décision litigieuse ne pouvait être que confirmée. Cela étant, la chambre de céans a également retenu qu'il y avait lieu de considérer qu'en communiquant les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, l'assurée avait déposé une nouvelle demande. La cause a dès lors été renvoyée à l'OAI pour détermination quant à la nouvelle demande et nouvelle décision.![endif]>![if> 24. Suite au renvoi, l'OAI a adressé une demande d'information au Dr D\_\_\_\_\_. Selon son rapport du 27 juillet 2011, les diagnostics étaient les suivants : évolution dysthymique (avec répercussion sur la capacité de travail) et trouble de la personnalité dans le sens de traits de la personnalité histrionique, existant probablement depuis l'enfance (sans répercussion sur la capacité de travail). Le traitement consistait essentiellement en du soutien psychothérapeutique, la médication psychotrope étant prescrite par la Dresse C\_\_\_\_\_. La capacité de travail était nulle en tous les cas depuis le 26 juillet 2002, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, étant précisé que le défaut de motivation empêchait une reconversion. ![endif]>![if> 25. Quant au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, il a diagnostiqué, dans un rapport du 15 août 2011, une probable cardiomyopathie hypertrophique, existant depuis une date indéterminée. La capacité de travail était très limitée (10-15%) dans l'activité habituelle, étant donné que l'assurée était incapable d'effectuer même un effort modéré. Par conséquent, le cardiologue précité imaginait mal l'assurée déplacer, soulever ou porter un malade. Cela étant, l'assurée pouvait exercer une activité adaptée légère (telle qu'une activité administrative de classement, prise d'appel, etc.) à 30 ou 50%, les limitations étant les suivantes : angor CCS II et dyspnée NYHA II-III.![endif]>![if> En annexe au rapport figuraient les comptes-rendus de l'IRM cardiaque de stress à l'adénosine du 27 octobre 2010 et de la coronarographie du 24 novembre 2010. 26. Le 17 avril 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : blocages intermittentes du dos avec sciatalgies bilatérales à prédominance droite sur base de canal lombaire rétréci (dégénérescences discales étagées, arthrose inter-apophysaire postérieure, épaissement des ligaments jaunes et protrusions discales ostéophytaires), météo-sensibles ainsi que favorisés par les stations prolongées assise et debout ; status post-cure d'hernie discale L4-L5 ancienne (1974), gonalgie droite mécanique (2006) sur gonarthrose fémoro-tibiale interne ; cervico-brachialgies bilatérales chroniques sur troubles statiques dégénératifs cervicaux associés à une omarthrose bilatérale avec conflit sous-acromial chronique/épicondylite bilatérale à prédominance droite (status post-cure chirurgicale de téno-synovite sténosante de Quervain droite en 2002 suivie de douleurs neuropathiques permanentes) ; ébauche de syndrome du canal carpien gauche ; coxarthrose modérée bilatérale avec péritrochantérites (2008) ; uvéite antérieure bilatérale (2002) et status post décollement de la rétine de l'œil gauche à deux reprises suivi de vitrectomie puis, opération de la cataracte à l'œil gauche en 2003 ; hypertension artérielle et épisodes de tachycardie de stress traités depuis 2000 avec majoration du traitement actuellement ; douleurs angineuses précordiales en présence d'une importante hypertrophie myocardique prédominant au septum inter-ventriculaire sur probable cardiopathie hypertensive voire cardiomyopathie

hypertrophique ; état anxio-dépressif chronique traité, associé à des troubles du sommeil ; syndrome métabolique avec hypercholestérolémie ; diabète de type II et surcharge pondérale. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse C\_\_\_\_\_ a retenu une stéatose hépatique depuis 1989 (hépatites négatives) et une hyperuricémie. Les atteintes précitées avaient entraîné une incapacité de travail de 100% du 6 juillet 2001 au 2 juin 2002 et de 50% du 3 juin au 25 juillet 2002. Depuis le 26 juillet 2002, l'incapacité de travail de l'assurée était à nouveau totale dans l'activité habituelle d'infirmière. Il en allait de même dans une activité adaptée, l'assurée ne pouvant plus effectuer de mouvements répétés des membres supérieurs, ni faire des mouvements d'élévation au-dessus du plan des épaules ni même porter des charges. Elle ne pouvait plus occuper des positions prolongées debout ou assise ni effectuer de longues marches en raison du dos, des hanches et du genou. Les flexions répétées n'étaient pas possibles non plus. L'assurée se concentrait difficilement et son moral était mauvais. Enfin, elle devait prendre diverses médications à visées antalgique, cardiologique et anti-dépressive en plus d'un suivi sur le plan psychique.![endif]>![if> En annexe figuraient les divers comptes-rendus et rapports relatifs aux diagnostics énoncés par la Dresse C\_\_\_\_\_. 27. Les rapports précités et leurs annexes ont été soumis au SMR qui a souhaité connaître l'évolution sur le plan cardiaque.![endif]>![if> 28. Le 15 mars 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée était resté stable sur le plan cardiologique depuis 2011. Cela étant, l'assurée avait subi une perte pondérale marquée et une intoxication anamnétique au produit chimique X. ![endif]>![if> En annexe figurait le compte-rendu de l'échocardiographie transthoracique du 27 août 2012. 29. À teneur du rapport intermédiaire du 25 juin 2013 établi par la Dresse C\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, avec l'apparition des atteintes suivantes : névralgie du trijumeau gauche à la fin 2012 ; troubles chémosensoriels en mai 2012 ayant fait suite à la pulvérisation d'insecticides et évoquant une intoxication aux pesticides ; engagement hiatal avec reflux et oesophagite minime ; gastrite chronique discrète sans héliobacter pylori, boue biliaire et micro-lithiase (novembre 2012) ; diverticulose modérée du colon descendant/sygyoïde et colon à forte tendance spastique. Cette aggravation était survenue en mai 2012, étant toutefois précisé que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis 2002.![endif]>![if> En annexe figuraient les différents comptes-rendus et rapports établis par les spécialistes consultés en rapport avec les diagnostics précités. 30. Ces pièces ont été soumises au SMR qui a préconisé, dans un rapport du 15 juillet 2013, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, cardiologie, rhumatologie, psychiatrie, et éventuellement ophtalmologie et ORL).![endif]>![if> 31. L'expertise pluridisciplinaire a été confiée aux médecins de la polyclinique médicale universitaire (PMU), lesquels ont posé, dans un rapport du 9 février 2016, les diagnostics suivants : cardiomyopathie hypertrophique obstructive à l'effort avec un angor CCS III et une dyspnée NYHA II à III, stable depuis 2011 (avec répercussion sur la capacité de travail) ; syndrome polyalgique idiopathique diffus avec brachialgies, lombalgies, cervicalgies, gonalgies ; névralgie du trijumeau gauche depuis 2012 ; trouble dépressif depuis 2002, en rémission depuis 2013 ; troubles chémosensoriels (hyposmie sévère, fantosmie, parosmie, dysgueusie et hypogueusie, brûlures nasales et oculaires) depuis mai 2012 probablement suite à une intoxication aux pesticides ; engagement hiatal avec reflux et oesophagite minime et status post deux décollements de la rétine en 2002 et opération de la cataracte en 2003.![endif]>![if> En raison de ces attentes, les experts de la PMU renaient une incapacité de travail de l'ordre de 90% dans l'ancien poste d'infirmière et ce dès août 2011

et une capacité résiduelle de 30 à 50% dans une activité adaptée, impliquant un effort limité. Il n'était pas exclu qu'il y ait eu des périodes d'incapacité de travail pour raisons psychiques entre 2006 et 2013 mais il n'était, a posteriori, pas possible de les déterminer. Cela étant, le trouble psychique mentionné dans les rapports de 2004, 2006 et 2011 se situait dans les limites d'une dépression réactionnelle aux problèmes multiples associés aux problèmes asséurologiques, de sorte qu'il ne pouvait, à lui seul, constituer une pathologie psychiatrique suffisamment invalidante, ce d'autant moins que l'évolution de cette atteinte psychique avait été favorable depuis la retraite et le changement des conditions sociales.

32. L'expertise précitée a été soumise au SMR qui en a résumé les conclusions, dans un avis du 14 mars 2016, à savoir que l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et capable de travailler à 40% (moyenne de la fourchette proposée par les médecins de la PMU) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre cardiovasculaire.

33. Le 29 avril 2016, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus et est arrivé à un degré d'invalidité de 81,18%.

34. Selon une note interne du 23 mai 2016, l'assurée exerçait son activité d'infirmière veilleuse à 84% jusqu'en 2002, de sorte que le statut mixte avec une part professionnelle de 84% devait être retenu.

35. L'assurée a fait l'objet d'une nouvelle enquête économique sur le ménage en date du 6 juillet 2016. Il en ressort qu'elle présentait un degré d'invalidité de 32,6% dans ses activités ménagères.

36. Par projet de décision du 19 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée que, compte tenu d'un degré d'invalidité global de 73%, il entendait la mettre au bénéfice d'une rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> août 2012.

37. Le 26 juillet 2016, l'assurée a contesté le projet de décision, considérant que la rente devait être versée avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2010, mois au cours duquel elle avait communiqué les pièces nouvelles, considérées comme étant une nouvelle demande.

38. Par décision du 20 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 19 juillet 2016.

39. Le 16 novembre 2016, sous la plume de son conseil, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010, date correspondant au dépôt des pièces considérées, par la chambre de céans dans son arrêt du 10 mai 2011, comme une nouvelle demande.

40. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 13 décembre 2016 et a relevé que, dans la mesure où il s'agissait d'une nouvelle demande, le droit aux prestations ne naissait qu'après une année complète d'incapacité de travail, soit en août 2012.

41. Par écriture du 9 janvier 2017, la recourante a précisé avoir été incapable de travailler à 40% bien avant le mois d'août 2011. Ses problèmes cardiaques étaient venus s'ajouter à ceux déjà existants sur les plans psychiatrique, rhumatologique, ORL et digestif, lesquels étaient allés en s'aggravant.

42. Le 2 février 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

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

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA

constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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).

4. En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, 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).

5. 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.

6. Le litige porte sur la date à partir de laquelle la rente entière d'invalidité doit être servie à la recourante, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise du 9 février 2016.

7. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

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.

9. 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). 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).

10. 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).

9. 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. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 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).

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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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). c/aa. 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/bb. Un rapport 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 LPG) 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). c/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). c/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. 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). En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise de la PMU du 9 février 2016 pour octroyer à la recourante une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2012 et ce jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de la retraite. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ce document.

a. Force est de constater que le rapport du 9 février 2016 remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, les experts précités ont retenu les diagnostics suivants : cardiomyopathie hypertrophique obstructive à l'effort avec un angor CCS III et une dyspnée NYHA II à III, stable depuis 2011 (avec répercussion sur la capacité de travail) ; syndrome polyalgique idiopathique diffus avec brachialgies, lombalgies, cervicalgies, gonalgies ; névralgie du trijumeau gauche depuis 2012 ; trouble dépressif depuis 2002, en rémission depuis 2013 ; troubles chémosensoriels (hyposmie sévère, fantosmie, parosmie, dysgueusie et hypogueusie, brûlures nasales et oculaires) depuis mai 2012 probablement suite à une intoxication aux pesticides ; engagement hiatal avec reflux et œsophagite minime et status post deux décollements de la rétine en 2002 et opération de la cataracte en 2003. Sur le plan rhumatologique, les experts ont considéré que les douleurs étaient limitantes pour les activités de la recourante, toutefois sans mise en évidence d'une lésion anatomique structurelle susceptible de les expliquer. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail était de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, le fait que la recourante soit désormais à la retraite avait entraîné une amélioration du tableau psychologique. Par conséquent, une stabilisation de l'état psychique avait eu lieu depuis 2013 sans entraîner d'incapacité de travail. Il était toutefois fort probable que la recourante ait présenté des périodes d'incapacité de travail entre 2006 et 2013. Cela étant, en 2011, le Dr -D\_\_\_\_\_ concluait à l'absence de pathologie psychiatrique invalidante justifiant des limitations fonctionnelles psychiatriques à long terme. Sur le plan ophtalmologique, la situation était jugée comme stable, avec un pronostic favorable sans incapacité de travail dans la profession d'infirmière. Sur le plan cardiologique, la recourante n'était plus capable de travailler dans son activité d'infirmière en raison des contraintes physiques de cette profession. Toutefois, dans une activité adaptée, moins physique, une capacité de travail de 30 à 50% était exigible, à tout le moins depuis août 2011, date du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ . En résumé, en raison des atteintes précitées, l'incapacité de travail de la recourante était de 90% dans son activité habituelle d'infirmière et ce dès août 2011, avec toutefois une capacité de travail partielle de 30 à 50% dans une activité adaptée, impliquant des efforts physiques limités. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l'expertise du 9 février 2016 dispose d'une pleine valeur probante. À noter que, lorsque les médecins indiquent une fourchette à l'intérieur de laquelle se situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane (voir arrêt du Tribunal fédéral I 822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées). Il convient donc de retenir, comme l'a fait le SMR dans son avis du 14 mars 2016, une capacité de travail moyenne de 40% dans une activité adaptée.

b. Pour sa part, la recourante conteste les conclusions de l'expertise des médecins de la PMU en tant

qu'ils retiennent une incapacité de travail à compter d'août 2011 seulement et non pas plus tôt. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). À titre liminaire, la chambre de céans relève que la recourante ne précise pas les éléments de l'expertise qu'elle conteste et se contente de substituer sa propre appréciation de la capacité de travail à celle des experts, sans expliquer pour quels motifs leurs conclusions ne sauraient être suivies. Bien plus, la recourante n'étaye sa position par aucune appréciation médicale. Cela étant précisé, force est de constater en premier lieu, que les conclusions de l'expertise concordent avec l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_, lequel a considéré, dans un rapport du 15 août 2011, que la capacité de travail de la recourante était de 10-15% dans l'activité habituelle et de 30 à 50% dans une activité adaptée. Ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé sur la question de l'incapacité de travail antérieurement à la date de son rapport. La recourante souhaite pallier cela en invoquant, dans ses observations du 9 janvier 2017, les rapports d'imagerie, datant d'octobre et novembre 2010. Ces documents ne se prononcent toutefois pas sur la capacité de travail et ne permettent ainsi pas à eux seuls de se déterminer sur ce point. S'agissant des autres appréciations médicales établies antérieurement à l'expertise, il y a lieu de retenir ce qui suit. S'agissant tout d'abord du Dr D\_\_\_\_\_, il a relevé, dans un rapport du 27 juillet 2011, que le diagnostic était celui d'évolution dysthymique, seule atteinte entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Or, selon la jurisprudence, lorsque seul le diagnostic de dysthymie est posé sur le plan psychiatrique, cette maladie ne constitue pas une pathologie suffisante pour entraîner une diminution de la capacité de travail au sens de la loi (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3.2.1 ; 8C\_528/2008 du 22 octobre 2008 consid. 3.3 ; I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1 ; I 938/05 du 24 août 2006 consid. 4.1 et 5 ; I 834/04 du 19 avril 2006 consid. 4.1 ; I 488/04 du 31 janvier 2006 consid. 3.3 ; I 724/01 du 23 mai 2002 consid. 2b). Dans le cas de la recourante, l'évolution dysthymique est le seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail retenu par le psychiatre traitant. On ne peut donc parler de pathologie suffisante pour entraîner une diminution de la capacité de travail au sens de la loi. À noter, au demeurant, que pour le Dr D\_\_\_\_\_, une reconversion n'était en réalité pas possible en raison du défaut de motivation et non pour des motifs médicaux. Quant à la Dresse C\_\_\_\_\_, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, vraisemblablement en raison du manque de motivation, se contentant de retenir que la profession d'infirmière n'était plus exigible. b/aa. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que la recourante n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Il convient donc de retenir que le rapport des médecins de la PMU dispose d'une pleine valeur probante et que l'incapacité de travail de 60% en moyenne dans une activité adaptée est rendue vraisemblable depuis le mois d'août 2011 seulement et non depuis le mois de mars 2010 comme le souhaite la recourante. 12. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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. b. En l'espèce, comme indiqué précédemment, les pièces du dossier ne permettent pas de considérer que la recourante présentait une incapacité de travail de 40% au moins antérieurement au 1<sup>er</sup> août 2011. Par conséquent, ce n'est qu'en date du 1<sup>er</sup> août 2011 qu'il est établi que la recourante était incapable de travailler à au moins 40%. L'année de carence a dès lors commencé à courir à cette date, de sorte que c'est avec raison que l'intimé lui a octroyé une rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> août 2012. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.