

GE_GERICHTE A/4663/2017 vom 8. Juli 2019

GE Cour de justice, 2019-07-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4663_2017

FR: GE_GERICHTE A/4663/2017 du 8 juillet 2019

IT: GE_GERICHTE A/4663/2017 del 8 luglio 2019

Erwägungen

E. 50

% sans baisse de rendement 01.06.13 à 28.01.14 Épisodes dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques F33.2 Ralentissement psychomoteur sévère ; troubles de la concentration significatifs ; attaques de panique modérées en fréquence et en intensité ; aboulie ; isolement social 0 % 29.01.14 à 01.03.16 Épisodes dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques F33.2 Ralentissement psychomoteur sévère ; troubles de la concentration significatifs ; aboulie ; isolement social 02.03.16 à 31.08.16 Épisodes dépressifs récurrents légers F33.0 ; troubles paniques sévères F41.0 Attaques de panique modérées en fréquence et intensité, sans aboulie, sans isolement social ; troubles de la concentration subjectifs 01.09.16 à maintenant Episode dépressif récurrent léger F33.0 et troubles paniques modérés F41.0 Attaque de panique modérée en fréquence et intensité, sans aboulie, sans isolement social, troubles de la concentration subjectifs 100 % avec baisse de rendement de 30 % 35. Par arrêt ATAS/1002/2016 du 30 novembre 2016, la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision de l'OAI du 6 septembre 2016 et dit que l'assurée avait droit à l'assistance juridique pour la procédure administrative depuis le 7 décembre 2015. 36. Par avis SMR du 9 janvier 2017, la Dresse F_____ s'est ralliée partiellement aux conclusions du Dr Q_____. De son point de vue, les atteintes psychiques n'avaient été constatées qu'à partir du début du suivi psychiatrique en avril 2009 et ne justifiaient une incapacité de travail prolongée qu'à partir du 1^{er} octobre 2010. Entre 2008 et le 31 mars 2009, l'assurée n'avait bénéficié que d'évaluations psychiatriques ponctuelles et n'avait pas entamé de suivi ni de traitement régulier. Pendant cette période, c'était essentiellement la problématique rhumatologique qui était au premier plan. En outre, comme le relevait le Dr Q_____ dans son rapport d'expertise, l'assurée avait effectué des recherches d'emploi pendant cette période. Dans ce contexte, la Dresse F_____ a estimé qu'il n'y avait pas d'argument suffisant pour retenir la présence de limitations psychiatriques. S'agissant de la période du 1^{er} avril 2009 au 15 février 2010, au cours de laquelle l'assurée bénéficiait d'un suivi au CAPPI-Jonction, il existait certes suffisamment d'éléments pour retenir une période d'incapacité de travail, mais celle-ci était inférieure à une année. Par la suite, soit du 16 février 2010 au 30 septembre 2010, il ressortait du rapport du 7 avril 2010 du Dr D_____, que le Dr Q_____ avait fait sien, qu'il n'y avait plus eu d'incapacité de travail pour raison psychiatrique. Ce n'était donc qu'à partir du 1^{er} octobre 2010 (cf. le rapport du 7 décembre 2010 de la Dresse E_____) qu'il convenait de constater l'existence d'une incapacité de travail durable à un taux variable. En conclusion, la Dresse F_____ a estimé que pour les aspects somatiques, il convenait de s'en tenir aux conclusions de l'examen rhumato-psychiatrique de 2011 ; sur le plan psychiatrique, on pouvait s'en tenir à l'appréciation de la capacité de travail par l'expert Q_____, mais à partir d'avril 2009 seulement. 37. Le 17 janvier 2017, l'OAI a saisi le Tribunal fédéral d'un recours en matière de droit public contre l'arrêt ATAS/1002/2016 du

30 novembre 2016. 38. Dans une note du 30 janvier 2017, l'OAI a estimé que sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à temps complet. Son statut était donc celui d'une personne active. 39. Par projet de décision du 7 mars 2017, l'OAI a octroyé un trois quart de rente du 1^{er} octobre 2011 au 31 août 2013, fondé sur taux d'invalidité de 65 %, une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 30 novembre 2016, basée sur un taux d'invalidité de 100 % et une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2016, fondée sur un taux d'invalidité de 52 %. Selon le SMR, l'assurée était en incapacité totale de travail depuis décembre 2007 dans son activité habituelle d'aide-soignante. Cependant, sa capacité de travail était de 90 % dès janvier 2008, ce jusqu'au 31 mars 2009, dans son activité de gouvernante et/ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À l'issue du délai de carence, soit le 1^{er} décembre 2008, le degré d'invalidité était de 36 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le 1^{er} avril 2009, un nouveau délai de carence avait commencé à courir. Du 1^{er} avril 2009 au 15 février 2010, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans une activité adaptée et son degré d'invalidité de 65 %. Toutefois, compte tenu d'une amélioration de son état de santé, sa capacité de travail était de 100 % du 16 février 2010 au 30 septembre 2010 dans une activité adaptée et son degré d'invalidité de 29 %. Ainsi, au terme du second délai de carence, soit le 1^{er} avril 2010, son degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le 1^{er} octobre 2010 marquait le point de départ d'un troisième délai de carence. Du 1^{er} octobre 2010 au 28 novembre 2011, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans une activité adaptée et son degré d'invalidité de 65 %. Du 29 novembre 2011 au 22 février 2012, cette capacité de travail avait connu une amélioration (capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 %) puis une réduction à 50 % du 23 février 2012 au 31 mai 2013, correspondant à un degré d'invalidité de 65 %, suivie d'une nouvelle réduction à 0 % du 1^{er} juin 2013 au 31 août 2016, correspondant à un degré d'invalidité de 100 %. Comme l'amélioration de la capacité de travail du 29 novembre 2011 au 22 février 2012 avait duré moins de trois mois, le droit au quart de rente, né le 1^{er} octobre 2011, se maintenait sans interruption jusqu'au 31 août 2013, date à laquelle l'aggravation de l'état de santé survenue le 1^{er} juin 2013 avait duré trois mois. Compte tenu d'une nouvelle amélioration de l'état de santé apparue le 1^{er} septembre 2016 et valable à ce jour, le droit à une rente entière, né le 1^{er} septembre 2013, se maintenait jusqu'au 30 novembre 2016, date à laquelle cette amélioration avait duré trois mois. Étant donné que ces changements survenus le 1^{er} septembre 2016 avaient pour conséquence une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée, ce qui se traduisait par un degré d'invalidité de 52 %, l'assurée avait droit à une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2016. En 2012, le dossier de l'assurée avait été transmis au service de réadaptation. Celui-ci avait essayé de mettre en place des mesures professionnelles dès octobre 2012, sans succès. Actuellement, de telles mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en octroyer. 40. Par ordonnance du 21 mars 2017 rendue en la cause 9C_47/2017, le Tribunal fédéral a pris acte du retrait du recours interjeté par l'OAI contre l'arrêt ATAS/1002/2016 du 30 novembre 2016 et rayé la cause du rôle. 41. Le 3 avril 2017, l'assurée a contesté le projet de décision du 7 mars 2017 en soutenant qu'elle devait être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à tout le moins dès le 1^{er} décembre 2008. 42. Par décision du 25 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 mars 2017 en tous points. 43. Le 23 novembre 2017, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 44. Le 29 janvier 2018, la recourante a complété son écriture du 23 novembre 2017 en soutenant que

l'intimé n'avait procédé à aucun moment à une évaluation globale de la situation incluant les limitations fonctionnelles psychiques et physiques. En effet, sur le plan physique, aucune expertise rhumatologique n'avait été ordonnée depuis 2011 alors que l'âge constituait un facteur d'aggravation patent, notamment pour la gonarthrose. Quant à l'expertise psychiatrique du Dr Q_____, elle comportait un tableau dont l'évolution de la capacité de travail ne ressortait ni de l'anamnèse ni des rapports des psychiatres du CAPPI. Aussi la recourante a conclu à ce qu'une expertise rhumato-psychiatrique fût ordonnée. Dans le cas contraire, l'absence de mesures d'instruction complémentaire ne faisait pas obstacle à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} décembre 2008. En effet, la recourante était âgée de 60 ans au 1^{er} septembre 2016, date à laquelle l'intimé considérait qu'il existait une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %. Or il était manifeste qu'au vu de son âge, des limitations fonctionnelles à respecter, de l'absence de toute formation, de la baisse de rendement et du fait qu'elle était éloignée du marché de l'emploi depuis plus de dix ans, elle ne pouvait pas mettre à profit sa prétendue capacité de travail résiduelle. 45. Par réponse du 27 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur le plan somatique, il ressortait de l'examen rhumato-psychiatrique effectué le 29 novembre 2011 au SMR que si l'assurée ne pouvait plus exercer son activité d'aide-soignante dans un home au vu de ses limitations ostéo-articulaires, sa capacité de travail n'en était pas moins entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de même que dans son activité de gouvernante, dès fin 2007. Au vu du peu d'atteintes objectives, de l'absence de signes inflammatoires cliniques ou biologiques, c'était à juste titre que les Drs G_____ et H_____ s'étaient éloignés de l'avis du Dr C_____, lequel retenait une incapacité de travail totale dès le mois de juillet 2008 tout en évoquant un état stable depuis 2009 dans ses rapports successifs. Sur le plan psychiatrique, aucune atteinte n'avait été retenue le 29 novembre 2011. Dans la mesure où les médecins de la recourante avaient fait état d'une aggravation de l'état de santé d'un point de vue psychiatrique, l'intimé avait confié une expertise psychiatrique à la Dresse P_____. Comme le rapport de cette experte, rendu le 2 mars 2016, était dépourvu de valeur probante, une nouvelle expertise avait été confiée au Dr Q_____. Ainsi, l'état de santé de la recourante avait été instruit à satisfaction de droit. Enfin, l'âge de l'intéressée, conjugué à une capacité de travail entière assortie d'une baisse de rendement de 30 % ne faisait pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le marché du travail comportant suffisamment d'activités légères accessibles sans formation complémentaire. 46. Par réplique du 15 mai 2018, la recourante a soutenu que rien ne justifiait de privilégier l'expertise du Dr Q_____ à celle de la Dresse P_____ et aux rapports des psychiatres du CAPPI en tant qu'ils concluaient à l'existence d'une incapacité de travail de longue date sur le plan psychiatrique. 47. Par duplique du 11 juin 2018, l'intimé a fait valoir que les griefs invoqués par la recourante se limitaient pour l'essentiel à souligner les divergences d'opinion relatives à l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, sans toutefois mettre en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques sur lesquels se fondait la décision litigieuse. 48. Entendue à l'audience de comparution personnelle des parties du 17 septembre 2018, la recourante a déclaré que son diabète s'accroissait, qu'elle avait des problèmes de tendons à l'épaule, lesquels avaient motivé des radiographies tout récemment. De plus, sa tension n'était pas stable et elle souffrait également de problèmes cardiaques pour lesquels elle était encore sous traitement. Elle était toujours traitée par le Dr C_____ qu'elle voyait tous les deux à trois mois. Elle était toujours suivie par le CAPPI de la Jonction, actuellement à raison d'une fois par mois par la

Dresse R_____, précisant que les psychiatres s'occupant d'elle au sein de cette structure changeaient chaque année. Lorsqu'elle voyait sa psychiatre, elle discutait avec elle et celle-ci renouvelait les ordonnances sans procéder à des prises de sang à des fins d'observance thérapeutique. Aussi la recourante a versé au dossier une liste de médicaments rédigée de sa main, correspondant à son traitement actuel. Il en ressortait qu'elle prenait du Lyrica, de la Fluctine et du Temesta expidet dans le cadre de sa « dépression », du Beloc et de l'aspirine cardio pour le coeur, du Loveram plus pour la tension artérielle et du Sortis pour son cholestérol. Elle prenait également de la vitamine D3. Son dernier employeur l'avait congédiée en 2007 car il devait entrer en EMS. En septembre, elle avait reçu « trois mois de vacances » et elle était soudain tombée malade en décembre 2007. Elle était alors restée couchée, dans l'impossibilité de se lever pendant trois mois. Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER, conseil de la recourante, a indiqué pour sa part qu'elle considérait toujours qu'une expertise se justifiait surtout sur le plan somatique, cet aspect n'ayant plus été actualisé depuis très longtemps. Une telle expertise devait également porter sur les aspects psychiques, ceci dans la mesure où il existait des interactions entre les atteintes somatiques et les atteintes psychiques. Prenant position à ce sujet, la représentante de l'OAI a indiqué qu'au niveau somatique, la recourante avait été examinée par les spécialistes du SMR en 2011, et depuis, le médecin traitant avait régulièrement confirmé que sur ce plan, l'état de sa patiente était stationnaire. À l'issue de l'audience, la chambre de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). b. Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 ont entraîné 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 130 V 230 consid. 1.1 ; 335 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, au regard des faits déterminants jusqu'à la décision du 25 octobre 2017, 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). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le

recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a limité dans le temps le droit du recourant à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2013 au 30 novembre 2016, singulièrement s'il a considéré à juste titre qu'à partir 1^{er} septembre 2016, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail avec baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée.

5. a. L'art. 17 al. 1 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165 ; 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). Suivant cette disposition réglementaire (al. 1), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, l'art. 88 bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références ; MEYER / REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3^{ème} éd., 2014, n. 110 ad art. 30-31 ; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1^{er} janvier 2017). c. 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'art. 17 LPGA. 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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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). 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 9. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 10. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la

capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Ces indicateurs sont classés comme suit : I.

Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).
2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).
3. Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V

281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une

constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 11. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. 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. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. 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 oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c/dd. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis 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). 12. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 13. 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). Il n'existe 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). 14. a. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible notamment lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). b. Dans un arrêt du 9 septembre 2003, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que lorsque le rapport d'un médecin doit être considéré comme faisant partie intégrante d'une expertise pluridisciplinaire à laquelle a été soumis un assuré, on ne saurait juger de sa valeur probante en le prenant isolément (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 423/03 du 9 septembre 2003 consid. 4.4). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral avait cependant dénié toute valeur probante au seul volet psychiatrique d'une expertise pluridisciplinaire. Sur quoi, il avait annulé le jugement entrepris et renvoyé la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle en complète l'instruction en mettant (uniquement) en oeuvre une nouvelle expertise psychiatrique avant de rendre une nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 5.2 et 5.3). 15. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). 16. Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques,

qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

17. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde partiellement sur le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 29 novembre 2011. Il ressort de celui-ci que la recourante est atteinte de douleurs persistantes du bassin dans le contexte d'un status post sacro-iléite bilatéral, HLA-B27 négatif, d'un début de gonarthrose, respectivement d'une arthrose fémoro-patellaire, un peu plus marquée à droite, diagnostics avec effets sur la capacité de travail. Les Drs G_____ et H_____ ont également constaté la présence d'autres affections, sans qu'il en découle de répercussions sur la capacité de travail, à savoir : une périarthrite scapulo-humérale droite subaiguë, sans signes pour une lésion de la coiffe des rotateurs (M75.9), un syndrome métabolique (obésité, diabète de type II traité, hypertension artérielle et hyper-cholestérolémie traitée), un status post traitement d'un cancer du col utérin en 1991, un status post double intervention pour varices des membres inférieurs avec syndrome variqueux résiduel, un peu plus marqué à droite, un déconditionnement musculaire global, un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), ainsi qu'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0.). Le rapport des Drs G_____ et H_____ a été établi à la lumière d'une anamnèse médicale, professionnelle et psychosociale et suite à des examens sur le plan ostéo-articulaire, neurologique et psychiatrique ; ce rapport se fonde également sur le dossier médical et radiologique ainsi que les plaintes de la recourante. La recourante fait valoir que si d'un point de vue psychiatrique, le dossier a fait l'objet d'une instruction plus poussée après le 29 novembre 2011, il n'en irait pas de même sur le plan somatique. De plus, au vu de l'écoulement du temps et des interactions entre les atteintes somatiques et psychiques, une expertise judiciaire bi-disciplinaire s'imposerait. Ces arguments ne sauraient être suivis. En effet, l'intimé s'est adressé à intervalles réguliers au Dr C_____, médecin traitant de la recourante et celui-ci a répété invariablement après le 29 novembre 2011 que l'état de santé de sa patiente était stationnaire depuis 2009, sans changements dans les diagnostics. Dans son rapport du 21 décembre 2009, le Dr C_____ est certes d'avis que la capacité de travail de la recourante serait nulle depuis le 31 juillet 2009 dans l'activité de gouvernante « en raison de douleurs persistantes l'empêchant de travailler » mais il ne ressort pas de cet avis, au demeurant guère motivé, ni des rapports subséquents émanant de ce médecin qu'il existerait des éléments objectivement vérifiables que la Dresse G_____ aurait ignorés. Au stade du recours, la recourante ne produit pas non plus de rapport qui ferait état d'une aggravation de l'état de santé ou de diagnostics nouveaux jusqu'à l'adoption de la décision litigieuse. Par conséquent, la chambre de céans considèrera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sur le plan somatique, il existe une incapacité de travail

entière et définitive en tant qu'aide-soignante depuis décembre 2007 mais, depuis début 2008, une capacité de travail entière dans l'activité de gouvernante tout comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la Dresse G_____, avec éventuellement une diminution du rendement de l'ordre de 5-10 %, en raison des difficultés à se déplacer (canne). Si, d'un point de vue somatique, les conclusions de la Dresse G_____ apparaissent claires, motivées et dépourvues de contradictions, il n'en va pas de même du volet psychiatrique de l'expertise. Les diagnostics ont certes été posés mais le rapport du Dr H_____ n'en demeure pas moins lacunaire, en ce sens qu'il ne tient pas compte - par la force des choses - de l'évolution clinique objectivée jusqu'au rapport d'expertise du Dr Q_____. De plus, il ne discute pas non plus les rapports rendus avant le 29 novembre 2011 par les Drs D_____ et E_____. À cet égard, le Dr H_____ extrapole les observations faites le 29 novembre 2011 à ce qui se passait avant l'examen clinique auquel il a procédé, sans prise en compte de l'évolution clinique qui a été fluctuante depuis 2008 (cf. rapport d'expertise du Dr Q_____, p. 53). Par conséquent, la chambre de céans ne saurait se fonder sur les conclusions du Dr H_____ pour apprécier le caractère invalidant des atteintes psychiques de la recourante. Quant au rapport d'expertise du 2 mars 2016 de la Dresse P_____, il souffre de la même faiblesse que le volet psychiatrique de l'examen du 29 novembre 2011. En outre, il s'y ajoute une contradiction rédhibitoire : la Dresse P_____ prétend examiner le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (F45.4) à la lumière des indicateurs de la nouvelle jurisprudence - ce que d'ailleurs elle s'abstient de faire - après avoir elle-même constaté qu'on ne pouvait retenir un trouble de type somatisation ou équivalent dans la mesure où seuls deux critères diagnostiques sur cinq prévus par la CIM-10 étaient remplis (cf. rapport d'expertise de la Dresse P_____, p. 25). Par opposition, le rapport d'expertise du Dr Q_____ ne souffre pas de telles lacunes et contradictions, et satisfait aux réquisits formels permettant, en principe, de lui reconnaître valeur probante ; il procède d'un examen minutieux des rapports des psychiatres et experts s'étant prononcés avant lui et ses conclusions - qui mettent en lumière le caractère fluctuant des troubles psychiques de la recourante - sont claires et reposent sur un raisonnement convaincant sous les réserves suivantes : 1. Alors qu'il fait grief au Dr D_____ d'avoir retenu, le 7 avril 2010, des troubles anxieux et dépressifs moyens présents non seulement depuis avril 2009, début du suivi psychiatrique de la recourante, mais depuis avril 2008, « information non corroborée par [la recourante] qui avait effectué des recherches d'emploi entre avril 2008 et avril 2009, moment d'une aggravation clinique qui a justifié le début de la prise en charge psychiatrique » (cf. rapport d'expertise du Dr Q_____. p. 53-54), le Dr Q_____ pose néanmoins, en p. 56 de son rapport, le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0 et de troubles paniques peu intenses (F41.0) entre 2008 et le 31 mars 2009, sans qu'il s'en explique. 2. Dans la mesure où le Dr Q_____ reproche au Dr D_____ d'avoir situé le début des troubles psychiques en avril 2008, soit un avant le début du suivi de la recourante par le CAPPI, on ne comprend pas qu'il fasse lui-même remonter le début des troubles qu'il diagnostique à un moment plus éloigné encore (début de l'année 2008 apparemment). 3. En lien étroit avec ce qui précède, on ne trouve pas non plus d'explication à l'appui de la diminution de rendement de 30 % dont l'expert fait état pour la période de 2008 au 31 mars 2009. 4. On ignore également si la diminution de rendement de 30 % que le Dr Q_____ atteste de 2008 au 31 mars 2009, puis du 29 novembre 2011 au 22 février 2012 et enfin à partir du 1^{er} septembre 2016 est censée inclure la diminution de rendement de 5-10 % retenue par la Dresse G_____ (en raison des déplacements effectués avec une canne) dans une activité adaptée, ou si elle s'y ajoute en

tout ou partie et, si oui, dans quelle mesure. Dès lors que les points qui précèdent doivent être élucidés notamment pour fixer le début du droit à la rente d'invalidité de la recourante, le SMR ne pouvait se contenter, au regard de la mission qui est la sienne, d'écarter partiellement l'appréciation de l'expert psychiatre Q_____ et y substituer ses propres conclusions pour la période de 2008 au 31 mars 2009, d'autant que la Dresse F_____ n'est pas spécialiste en psychiatrie. En fondant la décision litigieuse sur le rapport final subséquent établi le 9 janvier 2017 par le SMR, l'intimé n'a pas satisfait à son devoir d'instruire la demande (art. 43 al. 1 LPGA ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2016 consid. 4.2.3). Il aurait dû, conformément aux principes évoqués plus haut (cf. consid. 11c/dd), procéder à une instruction complémentaire. 18. Compte tenu de ce qui précède, il s'agit, en l'état du dossier, de permettre au Dr Q_____ de se prononcer sur les points mis en exergue ci-dessus, conformément à la jurisprudence précitée (consid. 14a in fine). Il est par conséquent prématuré, à ce stade, d'examiner la décision entreprise en regard des fluctuations du degré d'invalidité qu'elle retient. Il est également trop tôt pour déterminer si la diminution de rendement - qui reste à préciser par l'expert - conjuguée à l'âge de la recourante au 1^{er} septembre 2016 et à tout autre facteur déterminant font obstacle à la réinsertion de cette dernière sur le marché du travail. Aussi, il incombera à l'intimé d'examiner ces questions une fois l'instruction complétée. 19. Par conséquent, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. 20. 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. 1 bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé. Représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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