

GE_GERICHTE A/4667/2017 vom 26. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4667_2017

FR: GE_GERICHTE A/4667/2017 du 26 juin 2018

IT: GE_GERICHTE A/4667/2017 del 26 giugno 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante franco-suisse née le _____ 1962, divorcée depuis septembre 2005, sans formation autre que l'école obligatoire suivie en France, est arrivée en Suisse en 1977. Après plusieurs emplois de vendeuse dans le commerce de détail, l'assurée a été femme au foyer entre 1985, année de naissance de son fils, et 1997. Par la suite, elle a travaillé successivement en qualité d'aide à domicile, de serveuse sur appel dans l'hôtellerie, puis d'employée à la Poste d'octobre à décembre 2004. Inscrite au chômage entre janvier 2005 et juillet 2006, elle a été placée par l'administration à l'Hôtel des Finances pendant une durée de trois mois de juillet à novembre 2006. S'en est suivi un départ en Espagne, où elle a vécu de divers « petits boulots » et de son capital LPP, tout en élaborant avec un compagnon un projet de travail dans la restauration qui n'aboutira pas. Ne pouvant bénéficier d'indemnités journalières de l'assurance-chômage à son retour en Suisse en novembre 2009, elle a émarginé à l'assistance publique depuis décembre 2009. L'Hospice général l'a ensuite placée pendant une période de deux ans à la lingerie B_____ et pendant moins de deux semaines comme repasseuse au C_____ (novembre 2014). Son état de santé s'est dégradé à partir du 2010, en particulier d'un point de vue psychique.!

2. Le 3 avril 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).!

3. Dans un rapport du 24 avril 2014, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne, a indiqué que l'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif chronique avec décompensation depuis 2010. Ce trouble était consécutif à son divorce en 2005 et au décès de sa mère en 2003. Actuellement, l'assurée souffrait d'un état dépressif moyen pour lequel le pronostic était moyen. Interrogé sur les restrictions physiques, mentales ou psychiques sur l'activité exercée à ce jour, ce médecin a indiqué que celles-ci consistaient en une labilité psychique, un état dépressif, un repli sur soi et une absence de motivation. Sans se prononcer sur une éventuelle reprise de l'activité habituelle, le Dr D_____ a estimé qu'il n'y avait pas de restrictions particulières si ce n'est que l'assurée ne pouvait exercer d'activité uniquement en position debout, en terrain irrégulier, accroupie, à genoux, en hauteur (échelle, échafaudage) ou impliquant le port de charges de plus de 5 kg. En raison de l'état dépressif, la résistance au stress était faible et les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance limitées. !

4. Dans un rapport du 4 août 2014, la doctoresse F_____, psychiatre, a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1), plus précisément de « trouble dysthymique monopolaire dépressif aggravé par un terrain physique d'usure prématurée de l'organisme ». La pathologie évoluait surtout depuis 1995. Un suivi psychiatrique avait été mis en place et l'activité

professionnelle s'était maintenue à 50 % jusqu'au 1^{er} mars 2014, date à laquelle l'incapacité de travail était devenue entière. En raison du diagnostic précité, il existait une incapacité fonctionnelle avec risque d'accident de travail dans l'activité habituelle de repasseuse. Compte tenu d'une incapacité définitive et totale, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. [endif]>[if> 5. Par communication du 1^{er} septembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, mais que l'instruction de son dossier se poursuivrait pour examiner les conditions d'un droit à une rente d'invalidité. [endif]>[if> 6. Dans un avis du 12 mai 2015, le docteur E_____, médecin SMR, s'est dit surpris du « décalage » entre le trouble dysthymique généralement peu ou pas incapacitant et l'incapacité de travail totale décrite par la Dresse F_____. Aussi a-t-il proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.[endif]>[if> 7. Dans un rapport du 25 janvier 2016, le Dr D_____ a fait savoir à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé du fait d'un état dépressif sévère en octobre 2015 et d'un diabète de type II diagnostiqué le 24 novembre 2015. Au vu de l'état psychique labile et de la dépression croissante de l'assurée, sa capacité de travail était nulle et son état trop sévère pour envisager un retour au travail, même dans une activité autre que celle de repasseuse. [endif]>[if> 8. Les 24 février et 13 avril 2016, l'assurée s'est rendue, à la demande de l'OAI, auprès du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en vue de la réalisation d'une expertise psychiatrique. Ce dernier a rendu son rapport le 17 mai 2017. Après avoir retracé l'anamnèse de l'assurée, recueilli ses plaintes et établi son status clinique, l'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes somatiques (CIM-10 : F31.10) et de personnalité anxieuse (évitante) (CIM-10 : F60.6), en précisant que ceux-ci avaient une répercussion sur la capacité de travail. Tel n'était en revanche pas le cas pour le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète. Cette dernière affection était traitée par le Dr D_____. Dans son appréciation du cas, le Dr H_____ a indiqué qu'à sa connaissance, l'assurée n'avait pas présenté de symptomatologie dépressive connue avant 2010. La présence de symptômes dépressifs s'était néanmoins amplifiée et avait fini par s'imposer dans sa vie. Actuellement, l'assurée n'avait « aucune capacité d'agissement » malgré les différentes stratégies thérapeutiques essayées jusqu'à présent et le suivi psychothérapeutique mis en place à raison de deux à trois entretiens par mois. Au vu de l'évolution de son état de santé et des différents rapports médicaux, il n'était toutefois pas possible de conclure à une incapacité de travail entière, car des mesures de réinsertion avaient dû être abandonnées au vu des symptômes dépressifs. Aucune autre mesure, telle que l'introduction d'un suivi en hôpital de jour pour travailler en groupe ou une éventuelle modification du traitement pharmacologique, n'avait été envisagée jusque-là. En l'état actuel, l'assurée avait effectivement une capacité résiduelle de travail de 50 % en raison de sa symptomatologie dépressive et de ses traits de « personnalité évitante », qui se traduisaient par les limitations fonctionnelles suivantes : intolérance au stress, fatigabilité et difficultés à établir des relations avec les autres. D'au moins 20 % depuis l'année 2010, cette incapacité avait connu une aggravation et s'établissait à 50 % depuis mai 2014. Invité à décrire précisément la capacité de travail résiduelle, l'expert a renvoyé à son appréciation du cas en précisant : « nous croyons que l'expertisée à une capacité de travail résiduelle à 50 %, à vérifier d'abord dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire intensive [...] ». À la question de savoir si l'activité exercée jusqu'ici, respectivement une autre activité étaient exigibles, il a répondu qu'il s'agissait d'abord de procéder à une prise en charge ambulatoire intensive dans un centre de jour et d'y faire une évaluation avec un changement

pharmacologique. Il a ajouté : « Suite à cela, si nous assistons à une amélioration, nous considérons que l'expertisée a encore une capacité de travail en tant que vendeuse sans formation à 50 %, en raison de sa symptomatologie ainsi que des traits évitants qui se sont installés dans [sa] personnalité ». Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables dans l'immédiat. Des mesures thérapeutiques devaient être mises en œuvre dans un premier temps, associées par la suite à des mesures de réadaptation professionnelle. ![/endif]>![if> 9. Par avis du 26 juin 2017, le Dr E_____ a estimé que cette expertise était convaincante et qu'il y avait lieu de retenir qu'une incapacité de travail durable de 20 % remontait à 2010 et que celle-ci était de 50 % depuis mai 2014. En revanche, dans une activité adaptée à son état de santé (intolérance au stress, fatigabilité et difficultés à établir des relations avec les autres), la capacité de travail exigible était de 50 % dès 2010. Toutefois, une optimisation du traitement (changement d'antidépresseur et éventuellement centre de jour) pouvait permettre une amélioration de l'état de santé compatible avec une augmentation de la capacité de travail à 100 %. Considérant qu'un traitement était exigible dans ce contexte, le Dr E_____ a recommandé que le rapport d'expertise fût transmis à la psychiatre traitante, la Dresse F_____, avec l'accord de l'assurée. ![/endif]>![if> 10. Dans une note interne du 27 juin 2017, l'OAI a considéré qu'il convenait de retenir un statut mixte avec une part professionnelle de 50 % pour cette assurée de 55 ans, divorcée et mère d'un enfant majeur. À l'appui de cette appréciation, il était indiqué que l'assurée avait travaillé, par le biais de l'Hospice général, comme repasseuse à 100 % durant deux semaines en novembre 2016 (recte : 2014), qu'elle avait travaillé durant plusieurs années comme vendeuse avant de partir en Espagne pour quelques années et qu'à son retour, elle s'était inscrite à l'Hospice général. Enfin, il ressortait des extraits de compte individuel AVS de l'assurée qu'elle avait réalisé un revenu oscillant entre CHF 25'000.- et CHF 30'000.- jusqu'en 2003.![endif]>![if> 11. Le 7 août 2017, une enquêtrice s'est rendue au domicile de l'assurée pour y procéder à une enquête économique sur le ménage. Elle lui a également posé des questions sur son parcours professionnel, notamment sur la nature et l'importance de son activité lucrative. L'assurée lui a répondu à ce sujet que sans atteinte à la santé, elle « aurait travaillé à 100 % (surtout depuis qu'elle est divorcée) pour subvenir à ses besoins ». À son retour d'Espagne en novembre-décembre 2009, c'était un emploi à plein temps qu'elle recherchait lorsqu'elle s'était inscrite au chômage en décembre 2009. Ne pouvant toutefois prétendre à des indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle s'était adressée à l'Hospice général, qui l'avait placée à plein temps pendant une durée de deux ans – dont le point de départ échappait au souvenir de l'assurée – à la lingerie B_____ et pendant environ deux semaines (du 4 novembre au 15 novembre 2014), à plein temps également, comme repasseuse au Centre social protestant. ![/endif]>![if> Constatant que l'assurée vivait seule, l'enquêtrice a fait abstraction de l'aide exigible de membres de la famille et estimé que les empêchements de l'intéressée se présentaient comme suit dans la sphère ménagère : - 0 % dans la conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle), soit 0 % en tenant compte d'une pondération de ce champ d'activité à 3 % ;![endif]>![if> - 35 % dans l'alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions), soit 17.5 % (pondération de 50 %) ;![endif]>![if> - 50 % dans l'entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits), soit 9 % (pondération de 18 %) ;![endif]>![if> - 0 % pour les emplettes et courses diverses (poste, assurances, services officiels), soit 0 % (pondération de 10 %) ; ![/endif]>![if> - 0 % pour la lessive et l'entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder,

nettoyer les chaussures), soit 0 % (pondération de 16 %) ; 0 % pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, soit 10 % (pondération de 0 %) ; 0 % dans le poste « divers » (soins infirmiers, entretien des plantes, confection de vêtements, etc.), soit 0 % (pondération de 3 %). Au total, les empêchements pondérés s'élevaient à 26.5 %. 12. Par projet de décision du 19 septembre 2017, l'OAI a informé l'assurée que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'elle ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité. Le statut retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à 50 % à son activité professionnelle et, pour les 50 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Au moment du dépôt de sa demande le 3 avril 2014, l'assurée ne présentait pas de perte économique dans la sphère professionnelle (50 %) étant donné sa capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle. Pour le reste, il ressortait des constats effectués lors de l'enquête ménagère du 7 août 2017 que les empêchements retenus étaient de 27 %.

Son degré d'invalidité découlait ainsi du calcul suivant qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part de travaux habituels : Activités part perte économique/empêchement degré d'invalidité professionnelle 50 % 0 % 0 % travaux habituels 50 % 27 % 14 % degré d'invalidité total 14 % Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente. 13. Le 9 octobre 2017, l'assurée a fait part de son désaccord avec ledit projet de décision en indiquant qu'elle ne demandait pas une aide à domicile pour faire son ménage (sic) mais une rente d'invalidité.

14. Le 23 octobre 2017, l'assurée a écrit à l'OAI pour l'informer qu'elle autorisait son psychiatre traitant, le docteur G _____, à prendre connaissance du rapport d'expertise du Dr H _____.

15. Le 26 octobre 2017, l'OAI a transmis le dossier de l'assurée au Dr G _____.

16. Le 2 novembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 septembre 2017 en indiquant que le courrier du 10 octobre 2017 de l'assurée n'apportait aucun élément permettant de revenir sur sa précédente appréciation du cas.

17. Le 23 novembre 2017, l'assurée a transmis à la chambre de céans une copie de la décision du 2 novembre 2017 et de deux certificats du Dr G _____. Le premier, daté du 2 novembre 2017, constituait un simple arrêt de travail à 100 %, non motivé, valable du 1^{er} au 30 novembre 2017, et le second, un rapport du 9 novembre 2017 dans lequel ce médecin indiquait suivre l'assurée depuis le 2 septembre 2016, succédant ainsi à la Dresse F _____. Selon le Dr G _____, la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent qui évoluait vers un état dépressif chronique. À cela s'ajoutait un trouble de la personnalité évitante qui évoluait négativement vers une véritable agoraphobie. Elle ne sortait presque plus de chez elle, s'isolait et ne supportait plus le contact avec plusieurs personnes, que ce soit dans un cadre professionnel, social ou thérapeutique. Dans ces circonstances, la proposition de l'expert-psychiatre H _____ de faire admettre la recourante dans un centre de jour pour la resocialiser était utopique, voire impossible. Son incapacité de travail était donc d'au moins 50 %.

Sur le fond, la recourante a reproché en substance à l'intimé d'avoir évalué son degré d'invalidité partiellement au moyen d'une enquête ménagère alors que ses problèmes de santé n'étaient pas d'ordre physique mais psychique. 18. Par réponse du 14 décembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours en faisant valoir que le docteur I _____, médecin SMR, avait estimé par avis du 14 décembre 2017, produit en annexe, que le certificat du 9 novembre 2017 du Dr G _____ ne fournissait aucun élément médical nouveau et ne faisait état d'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante. Partant, il fallait s'en tenir à l'avis du 26 juin 2017 du SMR. Pour le surplus, le rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 août 2017 remplissait toutes

les exigences auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document. 19. Le 20 décembre 2017, la chambre de céans a transmis une copie de la réponse de l'intimé à la recourante en lui fixant un délai pour venir consulter le dossier et faire part de ses éventuelles observations en y joignant toutes pièces utiles. 20. Cette proposition étant restée sans suite, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. a. 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). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que la décision attaquée est fondée sur la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Interjeté le 23 novembre 2017 contre la décision litigieuse du 2 novembre 2017, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu – peu élevées – prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, singulièrement la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée par l'intimé.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

4. a. 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).

b. 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). c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. Cependant, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 5. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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 LPG), 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. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c/bb. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). c/cc. 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/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. 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). 6. a. 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). 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).

b. 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 œuvre 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 œuvre 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'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).

c. En matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ; il s'applique en revanche pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), sans que cela ne constitue une révision ou une reconsidération. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2 et les arrêts cités).

7. a. En l'espèce, la décision litigieuse est datée du 2 novembre 2017, alors que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016, publié à l'ATF 143 V 409, a été rendu le 30 novembre 2017 seulement. Compte tenu du recours interjeté le 23 novembre 2017, la décision du 2 novembre 2017 n'est pas entrée en force. Étant donné que celle-ci se fonde sur un rapport d'expertise psychiatrique du 17 mai 2017 retenant les diagnostics trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes somatiques (F31.10) et de personnalité anxieuse (évitante) (F60.6), la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 30 novembre 2017 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

b. Dans son appréciation du cas, l'expert psychiatre H_____ retient en substance qu'il n'est pas possible de conclure à une

incapacité de travail totale dès lors qu'aucune autre mesure, telle qu'un suivi en hôpital de jour ou une modification du traitement pharmacologique (introduction d'un « antidépresseur SNRI »), n'a été envisagée jusque-là. Il précise que les actions thérapeutiques qu'il propose (thérapie groupale dans le cadre d'un centre de jour et changement d'antidépresseur) pourraient « [...] rétablir une capacité de travail résiduelle » (cf. rapport d'expertise p. 5, 1^{er} §), mais conclut de manière surprenante, avant que les mesures qu'il propose n'aient été concrètement mises en œuvre, que cette capacité résiduelle est actuellement de 50 %. La réponse aux questions n° 2.2, 2.3 et 3 suggère en revanche que la conviction de l'expert, selon laquelle la recourante disposerait actuellement d'une capacité de travail résiduelle de 50 % devrait être d'abord vérifiée dans un centre de jour avec un changement pharmacologique et que ce n'est que sous réserve d'une amélioration (« si nous assistons à une amélioration » ; cf. n° 2.3 et 3) qu'il serait possible de conclure à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Se pose donc la question de savoir si l'expert – qui considère du reste que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables dans un premier temps – préjuge d'ores et déjà du succès de la thérapie groupale et de l'adaptation pharmacologique en centre de jour en retenant une capacité de travail de 50 %, ou s'il est plutôt d'avis que l'incapacité de travail de la recourante resterait entière en cas d'échec (ou de non suivi) des mesures proposées. Le fait que l'expert considère que la capacité de travail exigible de la recourante serait de 50 % « en raison de sa symptomatologie dépressive ainsi que des traits évitants qui se sont installés dans [sa] personnalité » suggère plutôt que l'expert préjuge du succès (relatif) des mesures thérapeutiques, en ce sens qu'il estime qu'une amélioration de la capacité de travail jusqu'à un taux de 50 % est d'ores et déjà acquise. Sans quoi en effet, on ne voit pas comment le Dr J_____ pourrait considérer que la capacité de travail résiduelle est de 50 % à la date de l'expertise vu les motifs qu'il a invoqués pour ne pas suivre l'avis de la Dresse F_____ (incapacité de travail totale). Cela étant, il s'avère néanmoins indispensable que l'expert indique précisément quelle est la capacité de travail de la recourante avant et après les mesures thérapeutiques proposées. Le rapport d'expertise souffre d'autres imprécisions : on signalera en premier lieu que l'expert semble parti de l'idée que la profession habituelle de la recourante est celle de « vendeuse sans formation » (cf. n° 2.3), profession que l'on retrouve également en réponse à la question n° 3 relative aux autres activités exigibles de la part de la recourante. Est-ce à dire que quelle que soit l'activité exercée, la capacité de travail exigible serait de 50 % ? Enfin, il importe de relever qu'en tant que l'expert considère qu'un traitement bien conduit n'entraîne pas d'incapacité de travail supérieure à 50 %, le champ d'analyse choisi est trop restreint au regard de la jurisprudence récente qui est applicable au cas d'espèce (cf. ci-dessus : consid. 6c et 7a). En effet, le critère de la résistance de troubles psychiques à un traitement conduit dans les règles de l'art ne suffit pas à lui seul. Avec les autres indicateurs que sont notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, il n'est qu'un indicateur parmi d'autres à prendre en compte dans le cadre de l'examen global devant permettre de déterminer le caractère invalidant des troubles diagnostiqués (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Il est vrai que les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante (cf. dessus : consid. 6c) ; il n'en reste pas moins, dans le cas concret, qu'en plus de présenter les imprécisions évoquées, le rapport d'expertise du 17 mai 2017 est trop superficiel pour que la chambre de céans puisse procéder elle-même à une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants.

Il manque notamment une description des interactions entre les deux troubles psychiques diagnostiqués (trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes somatiques ; personnalité anxieuse [évitante]) qui permettrait d'en déterminer le caractère invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels - en particulier du point de vue des ressources personnelles de la recourante. 8. Dans ces circonstances, il s'impose que l'expert ayant rendu l'expertise ayant servi de base à la décision querellée soit invité à compléter son appréciation au regard des indicateurs établis par le Tribunal fédéral et qu'il complète, si nécessaire, ses réponses aux questions qui lui ont été posées par l'intimé dans la mesure de leur pertinence sous l'angle de ces indicateurs et à la lumière des rapports médicaux versés au dossier postérieurement au rapport d'expertise du 17 mai 2017, en tant que ceux-ci se réfèrent à l'état de santé de la recourante jusqu'au 2 novembre 2017, date de la décision querellée. Il conviendra en particulier que l'expert prenne position sur le caractère « utopique, voire impossible » de l'admission en centre de jour préconisée dans le rapport d'expertise (cf. rapport du 9 novembre 2017 du Dr G_____). Bien que postérieur de quelques jours à la décision entreprise, ce rapport n'en reste pas moins étroitement lié à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5 et les arrêts cités). L'intimé reste néanmoins libre de requérir ces compléments de la part d'un autre expert s'il l'estime plus opportun. 9. La chambre de céans relève également que l'intimé a considéré, dans une note interne du 27 juin 2017, notamment au vu des extraits de compte individuel AVS de la recourante jusqu'en 2003, qu'il convenait de retenir un statut mixte avec une part professionnelle de 50 %. Force est donc de constater qu'il n'a apparemment pas été tenu compte de bon nombre d'informations que la recourante a données le 7 août 2017 à l'enquêtrice au sujet de son parcours professionnel. Cela concerne notamment la période d'octobre à décembre 2004 (emploi à 80 % à la Poste), la période de chômage de janvier 2005 à juillet 2006 (recherche d'un emploi à plein temps « à cause du divorce »), le placement à l'Hôtel des Finances de juillet à novembre 2006, la dernière inscription au chômage en décembre 2009 en tant que personne recherchant un emploi à plein temps, ainsi que le placement subséquent, par l'Hospice général, à la lingerie B_____ pendant une période de deux ans à plein temps dont les dates précises échappent au souvenir de l'intéressée. 10. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue et la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2). En conséquence, l'intimé ne pouvait se contenter d'examiner la situation principalement en fonction des extraits du compte individuel de la recourante jusqu'en 2003 et deux semaines d'activité à plein temps en novembre 2014, en occultant une bonne partie du parcours de l'intéressée jusqu'au 2 novembre 2017, date de la décision querellée. En particulier, si l'intimé entendait ne pas retenir un statut d'actif, ni sur la base des inscriptions au chômage alléguées (recherche d'un emploi à 100 % en 2005-2006 et en 2009), ni en fonction des déclarations relatives à un placement à l'Hôtel des Finances (de juillet à novembre 2006) puis à la lingerie B_____ pendant une période de deux ans (au plus tôt à partir de fin 2009) à 100 %, il lui incombait, en vertu du principe inquisitoire (ATF 128 V 218 consid. 6 ; ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1), d'instruire ces aspects en demandant au besoin la production de toutes pièces utiles à la recourante et/ou à

tout employeur, autorité ou institution concernés et, cela fait, de déterminer le statut de la recourante en fonction des éléments recueillis. 10. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 2 novembre 2017 pour instruction complémentaire, sur le plan médical et le statut de la recourante, au sens des considérants qui précèdent.!

11. Étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours. !

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.