

GE_GERICHTE A/809/2016 vom 27. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_809_2016

FR: GE_GERICHTE A/809/2016 du 27 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/809/2016 del 27 giugno 2016

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gustavo DA SILVA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1962, de nationalité portugaise, entrée en Suisse en 1987, titulaire d'une autorisation d'établissement, est mariée et mère d'un enfant majeur. Au Portugal, elle a exercé une activité de vendeuse de fruits, puis d'employée de maison. L'assurée a travaillé depuis le 1 er avril 2007 comme employée de maison à 80 % (32,5 heures /semaine) auprès de l'association B_____ et du 1 er juillet 2000 au 23 avril 2010 comme aide à domicile à 20% (8 heures par semaine) pour Mme C_____. De juillet 2007 à janvier 2009, elle a exercé une activité accessoire auprès de D_____ AG, selon son extrait de compte individuel AVS. À teneur de l'extrait de compte précité, l'assurée a réalisé un revenu annuel brut en 2008 de CHF 11'350.- auprès de Mme C_____, de CHF 34'716.- auprès de B_____, et de CHF 12'137.- auprès de D_____ AG. En 2009, elle a perçu CHF 10'790.- auprès de Mme C_____, CHF 31'997.- auprès de B_____, et CHF 1'016.- auprès de D_____ AG. 4. Elle a été en incapacité de travail totale depuis le 12 novembre 2009. L'assurée a séjourné à la Clinique genevois de Montana du 27 janvier au 16 février 2010. Selon le rapport de cet établissement, daté du 2 mars 2010, un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec somatisations, a été retenu, lequel était accompagné de diverses comorbidités, soit un trouble somatoforme douloureux, une obésité de stade 1 (BMI de 32.1 kg/m²), un asthme sans signe d'activité et une allergie aux poils de chien, chats, chevaux et aux pollens. La patiente avait repris confiance en elle, verbalisé sa souffrance et son intense détresse psychologique. Un suivi psychiatrique, complété par un traitement psychotrope et une activité physique régulière, étaient proposés. 6. Le 15 mai 2010, l'OAI a mené un entretien de détection précoce. L'assurée se plaignait de dépression depuis octobre 2009 et de fibromyalgie depuis janvier 2010. Une nouvelle hospitalisation était envisagée. Son travail d'employée de maison consistait à s'occuper de la cantine (vaisselle, service, nettoyage) et à faire le ménage dans les classes. Elle réalisait un revenu mensuel de CHF 2'800.- (x 13) pour l'Association B_____ et de CHF 1'200.- comme aide à domicile. Elle pensait ne plus pouvoir retravailler. 7. Le 20 mai 2010, le Dr G_____, psychiatre de l'assurée depuis novembre 2009, a attesté que sa patiente souffrait d'un état dépressif moyen sans symptôme psychotique (F32.1). Son état psychique était précaire, et la poursuite du suivi psychiatrique était préconisée. 8. Le 21 mai 2010, le Dr E_____, médecin généraliste de l'assurée depuis 2008, a attesté que l'intéressée souffrait d'un ensemble de troubles somatiques et psychiques, à savoir de douleurs chroniques, d'insomnie, d'anxiété et d'un état dépressif modéré à sévère. Cet état

dépressif était difficile à se stabiliser, malgré un traitement et suivi psychothérapeutique régulier.![endif]>![if> 9. Le 25 mai 2010, l'Helvetia, institution de prévoyance professionnelle de l'assurée, a annoncé le cas à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).![endif]>![if> 10. À la demande de Generali Assurances, assureur perte de gain maladie, le Dr F_____ de la clinique CORELA a rendu un rapport d'expertise le 26 mai 2010.![endif]>![if> Il n'y avait pas de symptomatologie permettant d' « affirmer » un syndrome dépressif, mais le traitement antidépresseur devait être augmenté pour améliorer la fatigue et les douleurs. Il n'y avait pas de limitation physique sous réserve d'une asthénie résiduelle. La capacité de travail pouvait être fixée à 50 % dès le 14 juin 2010 et à 100 % dès le 28 juin 2010. Le pronostic demeurait néanmoins réservé.

11. Le 8 juin 2010, l'Institut B_____ a rempli le questionnaire pour l'employeur. Il y a certifié l'engagement de l'assurée depuis le 1^{er} avril 2007 à raison de 32,5 heures par semaine (plein temps de 42,5 heures par semaine), pour un salaire horaire de CHF 22.96.![endif]>![if> 12. Le 10 juin 2010, se fondant sur le rapport du Dr F_____, Generali Assurances a informé l'assurée qu'elle mettrait fin à ses prestations dès le 29 juin 2010.![endif]>![if> 13. Le 24 juin 2010, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 14. Le 12 juillet 2010, Mme C_____ a aussi rempli le questionnaire destiné à l'employeur. Elle y a attesté l'engagement de l'assurée du 1^{er} juillet 2000 au 23 avril 2010 à raison de 8 heures par semaine ; le salaire horaire s'élevait à CHF 27.50.![endif]>![if> 15. Le 22 juillet 2010, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble somatoforme douloureux, existant l'un et l'autre depuis 2009. L'assurée était totalement incapable de travailler en raison d'une fatigabilité, de douleurs au moindre effort et d'anxiété. Son pronostic était défavorable.![endif]>![if> 16. Le 28 juillet 2010, le Dr G_____ a également rempli un rapport médical destiné à l'AI. Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, de troubles somatoformes douloureux, d'obésité stade I, et d'asthme sans signe d'activité.![endif]>![if> L'assurée présentait un état dépressif depuis plusieurs années avec exacerbation des symptômes entre 1994 et 1997 suite à un burn out. La prise en charge hebdomadaire, complétée par un traitement psychotrope, permettait une stabilité clinique et une diminution des risques de décompensation psychiatrique. Elle présentait une incapacité de travail totale en raison d'anxiété, d'un manque de concentration, de fatigue, de douleurs chroniques, de tristesse et d'une baisse de l'humeur.

17. Dans un rapport du 18 août 2010, le Dr G_____ a indiqué que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent sévère et des états d'anxiété. L'ensemble de ses troubles psychiques influençaient de manière négative sa capacité de travail. Il confirmait que ses troubles de l'humeur ne lui permettaient pas de travailler. Sans mesure appropriée, son rendement serait faible.![endif]>![if> 18. Le 15 novembre 2010, le SMR a réalisé un premier examen rhumatologique et psychiatrique de l'assurée, pratiqué par les Drs H_____, spécialiste FMH en psychiatrie/psychothérapie, et I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.![endif]>![if> Dans leur rapport du 20 décembre 2010, les examinateurs n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), de rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis (M54), d'obésité et de dysthymie (F34.1). L'assurée se plaignait de dépression, de fatigue et de douleurs musculaires généralisées, de lâchages des membres inférieurs, d'insomnies et d'intolérance au bruit. Le syndrome douloureux diffus sans substrat organique avait pu être attribué par l'examen psychiatrique à un syndrome somatoforme

douloureux persistant. Ce diagnostic ne s'accompagnant pas d'une pathologie psychiatrique ou de critères de sévérité, il ne pouvait conduire à une incapacité de travail. Par ailleurs, les troubles statiques du rachis étaient trop discrets pour engendrer des limitations fonctionnelles ainsi qu'une incapacité de travail. L'examen ne permettait pas de mettre en évidence les signes cliniques d'un trouble dépressif selon la CIM-10. L'assurée se sentait fatiguée et déprimée, tout lui coûtait et rien ne lui était agréable, elle ruminait, se plaignait, dormait mal et perdait confiance en elle-même, ce qui était caractéristique de la dysthymie, à savoir d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis octobre 2009. 19. Le 6 janvier 2011, le Dr J_____ du SMR a estimé qu'au vu du rapport d'examen susvisé, l'incapacité de travail n'était pas justifiée. 20. Par décision formelle du 23 février 2011, confirmant un préavis du 14 janvier 2011, l'OAI a fait siennes les conclusions de son service médical et a rejeté la demande de prestations. 21. Le 16 mars 2011, la Clinique genevoise de Montana a rendu un rapport suite à un séjour de l'assurée du 2 au 22 février 2011, aux termes duquel le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec somatisation (F33.11), a été retenu. L'assurée, qui souffrait d'un trouble somatoforme douloureux connu de longue date, était en conflit avec l'AI. Ses problèmes financiers étaient un important facteur de stress. Elle avait bénéficié d'un espace d'écoute, s'était décentrée de ses plaintes douloureuses, et sa thymie s'était légèrement améliorée. 22. Le 30 mars 2011, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours auprès de la Chambre de céans contre la décision du 23 février 2011, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2010, plus subsidiairement à la mise en oeuvre de mesures d'observation professionnelle. 23. L'intimé a conclu au rejet du recours. 24. À la demande de la Chambre de céans, le Dr G_____ a rendu un rapport le 23 mai 2011, complété le 6 juin 2011. Il suivait l'assurée deux fois par mois dans le cadre d'une psychothérapie pour un état dépressif récurrent sévère. Il confirmait les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, de syndrome somatoforme douloureux persistant et de traits de personnalité histrionique. L'assurée, qui se plaignait de douleurs chroniques, d'anxiété, de difficultés de concentration, de baisse de l'humeur et du plaisir, de troubles du sommeil et d'idées noires, présentait plusieurs traits de la lignée histrionique qui empêchaient une évaluation appropriée de ses symptômes anxio-dépressifs et de leur intensité. En 2009, elle avait présenté une dépression sévère justifiant une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana, suite à quoi son état s'était amélioré. Ses capacités d'attention, de concentration, de compréhension, d'adaptation étaient limitées, à l'instar de son rythme de travail. Son trouble dépressif était aggravé par le syndrome douloureux somatoforme et par ses traits de sa personnalité, présents depuis plusieurs années et causant l'incapacité de travail. Actuellement, sa capacité résiduelle de travail dans son dernier emploi était nulle alors que, dans un emploi adapté à ses limitations psychiques, une capacité de travail de 50 % était possible, moyennant la poursuite d'une prise en charge psychologique et psychothérapeutique. S'agissant du rapport d'examen du SMR, il ne mentionnait pas les traits de la personnalité de l'assurée et ne tenait pas compte des épisodes dépressifs antérieurs, ce qui ne permettait pas une bonne appréciation de l'intensité de la dépression. 25. À la demande de la Cour, le Dr K_____, médecin-chef de la Clinique genevoise de Montana, a également rendu un rapport le 23 août 2011. La pathologie de l'assurée ne pouvait se résoudre au seul aspect

psychiatrique, car la somatisation n'excluait pas toute cause organique ou biologique à l'origine d'un trouble somatoforme douloureux. S'agissant des limitations, l'asthénie, l'humeur dépressive, le pessimisme, le manque d'estime de soi, la culpabilité, les troubles du sommeil étaient autant d'aspects qui freinaient sa motivation, sa résistance au stress et sa capacité d'adaptation. Sa dépression perturbait sa capacité à créer des rapports interpersonnels harmonieux, à développer des habiletés sociales, des projets personnels et professionnels. Les troubles de la concentration liés à la dépression affaiblissaient le potentiel de mémorisation, la restitution des souvenirs et les processus d'apprentissage. Son trouble dépressif récurrent et sa vulnérabilité liée à des traits de personnalité narcissiques perturbaient les stratégies d'adaptation et provoquaient des comportements inappropriés et des conduites d'évitement. S'agissant de la capacité de travail, elle était restreinte par le trouble dépressif récurrent présent depuis des années. L'assurée devait pouvoir travailler à 50 % depuis qu'elle avait consulté le psychiatre G_____ suite à son départ de la clinique en février 2011. Il appuyait les diagnostics et l'incapacité de travail de 50% attestés par le Dr G_____, et préconisait un reclassement professionnel. L'assurée pourrait exercer une activité de type "assistante de vie", domaine qu'elle connaissait en partie. Une activité professionnelle partielle lui permettrait de se décentrer de sa plainte douloureuse, de l'aider à contenir sa dépression et de se dépasser. Il ne partageait pas les conclusions du SMR quant à une pleine capacité de travail, car il y avait une affection corporelle chronique, décompensée par le trouble psychiatrique, une perte d'intégration sociale, un échec de tous les traitements tentés depuis deux ans, avec certes une amélioration mais pas dans une proportion suffisante pour lui permettre de travailler à 100%. 26. Par ordonnance du 20 octobre 2011, la Cour de céans a confié une expertise au Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 27. Le 11 janvier 2012, le Dr L_____ a rendu son rapport, fondé notamment sur trois entretiens avec l'assurée, ainsi qu'un entretien téléphonique avec les Drs E_____ et G_____. Il a retenu comme seul diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel atypique (F33.8) de degré moyen, dont les fluctuations allaient d'intensité légère à sévère depuis août 2009. Le diagnostic de fibromyalgie avait été écarté à juste titre par le SMR, vu les plaintes diffuses de l'assurée. Il écartait également le syndrome somatoforme douloureux, car les douleurs généralisées étaient apparues vers août 2009, soit au début de l'épisode dépressif actuel. Or, selon la CIM10, une douleur psychogène survenant au cours d'un trouble dépressif ne relevait pas du syndrome douloureux somatoforme persistant. Quant à la dysthymie elle devait être exclue au vu de la sévérité et la durée de la maladie, qui justifiaient un diagnostic de trouble dépressif. L'assurée était régulièrement suivie depuis le début des années 1990 pour des troubles anxieux et de l'humeur. Depuis 2009, son état fluctuait avec des périodes d'aggravation nécessitant des hospitalisations et des périodes d'amélioration, ce qui correspondait à un trouble dépressif récurrent. Elle avait commencé à présenter des douleurs généralisées vers août 2009. En raison du caractère spectaculaire des douleurs somatoformes, le diagnostic de trouble dépressif atypique était retenu, ce qui correspondait à un épisode dépressif avec trouble de l'humeur se développant sur un terrain de personnalité à traits histrioniques. À l'examen, l'expert constatait les trois symptômes principaux de l'épisode dépressif, soit la tristesse, la diminution du plaisir et l'augmentation de la fatigabilité. D'autres symptômes dépressifs étaient aussi observés, soit une diminution de l'estime de soi, une attitude pessimiste face à l'avenir, des idées suicidaires, des perturbations du sommeil et des douleurs somatoformes. Les troubles dépressifs étaient d'évolution lente et récidivante et, survenant sur un terrain de personnalité névrotique avec

traits histrioniques, ils avaient tendance à se pérenniser. Même si l'épisode dépressif actuel pouvait probablement évoluer favorablement, il persisterait forcément un fond dépressif et anxieux chronique. Le pronostic était donc moyen, plutôt favorable à moyen terme pour ce qui était de la symptomatologie fortement dépressive, mais beaucoup plus sombre en ce qui concernait la tendance anxio-dépressive chronique et les plaintes somatoformes. La perte de l'intégration sociale était faible, l'état psychique n'était pas cristallisé, et les traitements, qui étaient adéquats, avaient permis une certaine amélioration. La capacité de travail était de 50 % « dès à présent » dans une profession équivalente à la dernière profession exercée. Dans une activité adaptée, la symptomatologie dépressive, qui entraînait un ralentissement des activités et une fatigue accrue, restreignait la capacité de travail à 50-60 %. 28. Par avis du 19 janvier 2012, la Dresse M_____, médecin au SMR, a fait valoir que l'expert sortait de son champ de compétence en écartant le diagnostic de fibromyalgie, que la façon dont il écartait le trouble somatoforme était discutable, qu'en particulier le trouble de l'humeur se présentait clairement comme étant la conséquence d'un tableau douloureux chronique et non l'inverse, que l'expert n'était pas en mesure d'établir la présence d'épisodes dépressifs antérieurs à novembre 2009, que seul le diagnostic de dysthymie était pertinent, et que la description des plaintes pourrait aller dans le sens d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Par conséquent, les conclusions du rapport SMR de janvier 2011 devaient être confirmées. 29. Sur questions de la Chambre de Céans, l'expert a rendu un rapport complémentaire le 8 mars 2012. Il était fréquent que les personnes dépressives se plaignent de douleurs généralisées, dues à un abaissement du seuil de la douleur dans le cadre des troubles dépressifs. Il était probable que les douleurs modérées de l'assurée dues à ses troubles du rachis soient accentuées et généralisées en raison de son trouble dépressif. Dans ce cas, seul le trouble dépressif devait être retenu, selon la classification internationale. Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel atypique, constituait une maladie autonome, indépendante des douleurs généralisées et le tableau douloureux chronique était la conséquence du trouble dépressif. Les troubles décrits depuis 2009 suffisaient à justifier un trouble dépressif récurrent. Par ailleurs, il n'existait pas de diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans une activité adaptée, ne requérant ni qualifications importante, ni grandes exigences de rendement, stress, initiatives et efforts importants, la capacité de travail était d'au moins 50%. Plus l'activité était adaptée, plus la capacité de travail pourrait augmenter, mais au maximum jusqu'à 60 %. Dans l'ancienne activité, la capacité de travail était de 50%. Il ne lui était pas possible de préciser les fluctuations de la capacité de travail entre 2009 et 2012. Il se prononçait donc pour une capacité de travail de 50% dès la date de son expertise, soit dès le 11 janvier 2012. 30. Le 23 mars 2012, la recourante s'est étonnée que l'expert se prononce sur son état de santé somatique, et a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique ou, à tout le moins, rhumatologique. 31. Le SMR a rendu un nouvel avis médical le 20 mars 2012 : le dossier contenait suffisamment d'éléments montrant que le tableau douloureux avait précédé l'apparition du trouble de l'humeur ; l'expert ne démontrait pas la présence avérée et répétitive d'épisodes dépressifs caractérisés et clairement isolés, interrompus par des périodes de rémission, pas plus qu'une prise en charge antérieure à 2009 ; enfin, l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante, et les critères pour évaluer l'invalidité d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis. 32. Le 29 mars 2012, la recourante a transmis un rapport du Dr E_____ du 23 mars 2012 : il avait vu l'assurée les

2 et 9 mars 2012 suite à une exacerbation de ses douleurs diffuses, localisées au niveau du rachis cervico-dorsolombaire, articulaires et aux insertions tendineuses ; en outre, cette dernière présentait un important trouble du sommeil, de l'apathie, de la tristesse et de l'anxiété.!

Un rapport du Dr G _____ du 26 mars 2012, aux termes duquel il suivait l'assurée deux fois par mois dans le cadre d'une psychothérapie, associée à un traitement médicamenteux (Remeron/Imovane/Xanax). L'état psychique s'était aggravé, avec une symptomatologie dépressive sévère, de sorte que la dose d'antidépresseur avait été augmentée et qu'une nouvelle hospitalisation à la Clinique de Montana était prochainement envisagée.!

33. Le 4 avril 2012, la recourante a transmis une demande d'admission à la Clinique genevoise de Montana pour une rechute dépressive.!

34. Par arrêt du 14 mai 2012, la Chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision du 23 février 2011 et accordé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2010.!

Elle a fait siennes les conclusions de l'expert L _____ quant à une capacité de travail de 50% dès janvier 2012 dans l'ancienne activité d'employée de maison et de 60% dans une activité adaptée aux limitations. Comme l'appréciation de cet expert avait porté sur la période courant depuis août 2009 et qu'il l'avait qualifiée de similaire à la situation clinique de 2012, on pouvait considérer que ses conclusions étaient déjà valables en 2009, singulièrement dès le 11 novembre 2009. À l'échéance du délai de carence d'un an au 11 novembre 2010, la comparaison des gains aboutissait à un degré d'invalidité de 39,94% $[(47'410 - 28'493) / 47'410]$, ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité dès le mois de novembre 2010. 35. Saisi d'un recours de l'OAI, le Tribunal fédéral, par arrêt du 31 décembre 2012, a annulé l'arrêt de la Cour et renvoyé le dossier à l'administration afin qu'elle examine le droit à des prestations postérieurement au 23 février 2011.!

Contrairement à la juridiction cantonale, il a estimé que les conclusions de l'expert L _____ n'entraient pas en considération pour juger de la légalité de la décision de refus de prestations du 23 février 2011, car celles-ci se rapportaient exclusivement à une période postérieure débutant le 11 janvier 2012 (à la date de son expertise). Ainsi, sur la base des conclusions du rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR de décembre 2010, l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à la date de la décision de refus de prestations, le 23 février 2011, excluant alors tout droit à une rente d'invalidité. Pour la période postérieure, il a transmis le dossier à l'OAI pour qu'il examine le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_501/2012 du 31 décembre 2012, consid. 4 ss). 36. À la suite de ce renvoi, l'OAI a invité les médecins de l'assurée à se prononcer sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'année 2011.!

37. Le 9 septembre 2013, le Dr E _____ a répondu que l'assurée souffrait toujours d'un état anxio-dépressif et d'un syndrome douloureux chronique, que son état de santé demeurait stationnaire et qu'une reprise du travail ne lui paraissait pas envisageable.!

38. Par rapport du 6 juin 2013, complété le 22 octobre 2013, le Dr G _____ a indiqué que les symptômes de dépression récurrente étaient restés stables pendant plusieurs mois, avant de s'aggraver récemment. L'assurée déplorait une grande fatigue, une tristesse, des pleurs, des douleurs musculaires et articulaires, des difficultés d'attention et de concentration, un manque de confiance, des idées noires et un sentiment de culpabilité à l'égard de sa situation. Elle demeurait totalement incapable de travailler.!

39. Par rapport du 9 septembre 2014, le Dr N _____, rhumatologue de l'assurée de mai 2012 à mai 2013, a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif, de syndrome douloureux chronique, d'arthrose cervicale et de rizarthrose bilatérale. Il a fait état de multiples points

(illisible) positifs, de douleurs des cervicales et de l'épaule droite, ainsi que d'une fatigue chronique. Il a estimé la capacité de travail à 50% dans une activité physiquement peu astreignante, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles et psychiques.!

Il a joint : - un courrier adressé le 25 juin 2012 au Dr E_____, mentionnant une fibromyalgie, une scoliose dorso-lombaire et une arthrose cervicale. Au niveau lombaire, les douleurs résultent d'une scoliose, d'un trouble de la statique avec obésité et d'une hyper-lordose. Les radiographies de l'épaule ne mettent en évidence qu'une surcharge du sus-épineux, une sclérose du trochiter et une rhizarthrose débutante, plus marquée à droite. Il propose des investigations supplémentaires des cervicales ;!

- des rapports d'imageries cervicales et lombaires du Dr O_____, radiologue, datés des 11 juin et 2 juillet 2012, faisant état de discopathies multi-étagées C4-C5, C5-C6, et d'une extrusion discale postéro-latérale gauche C6-C7.!

40. Le 15 janvier 2015, le SMR a émis l'avis qu'un nouvel examen visant à déterminer si l'état de santé s'était aggravé depuis la décision de 2011 était nécessaire : sous l'angle psychiatrique, les conclusions des médecins divergeaient et l'expertise judiciaire n'emportait pas sa conviction, tandis que sur le plan rhumatologique, les IRM du Dr O_____ faisaient état de nouvelles atteintes par rapport à son examen de 2010.!

41. Dans un rapport du 20 avril 2015, le Dr G_____ a signalé que l'assurée avait fait trois tentatives de suicide, par médicaments en janvier et mai 2014 et veinosection en février 2015, à la suite desquelles elle avait été prise en charge au Centre de thérapies brèves (ci-après : CTB). Ses capacités d'attention, de concentration, de compréhension et d'adaptation demeuraient restreintes, et sa capacité de travail, nulle.!

42. Le 22 avril 2015, l'OAI a mis en œuvre un nouvel examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR, qu'il a confié aux Drs P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, expert médical SIM.!

Dans leur rapport du 28 juillet 2015, les examinateurs ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant d'intensité moyenne, de cervicalgies sur discopathies étagées C3 à C7, d'ostéophytose C4 à C7, et d'hernie discale paramédiane gauche C6-C7 asymptomatique. Ils ont aussi mentionné les diagnostics non incapacitants de lombalgies communes, de rhizarthrose gauche débutante, de douleurs diffuses sans substrat organique des épaules, coudes, poignets, mains, genoux, chevilles et pieds, d'obésité de classe II, de diabète de type II et d'hypertension artérielle. Sur le plan rhumatologique, l'assurée se déshabillait sans difficulté, et sa flexion tronculaire était légèrement restreinte. Elle sursautait à la palpation de sa musculature paravertébrale, mais sa mobilité dorsolombaire était préservée. La palpation des membres supérieurs lui occasionnait aussi des douleurs, mais il était toutefois difficile de les corrélérer à une atteinte bien spécifique telle qu'une rizarthrose. Des signes de non organicité de Waddell et points de fibromyalgie étaient présents pour les lombalgies. La symptomatologie diffuse décrite par l'assurée n'était pas corroborée par les constatations cliniques et radiologiques, sauf au niveau de la colonne cervicale pour laquelle des troubles dégénératifs étaient démontrés. Comme ces troubles, cumulés avec une hernie gauche, pouvaient engendrer des douleurs, l'examineur a considéré que l'ancienne activité d'employée de maison n'était plus exigible depuis le 26 mai 2012, date de l'IRM du Dr O_____, mais qu'en revanche, une activité adaptée demeurerait pleinement exigible. Sur le plan psychiatrique, les symptômes constatés en 2012 par l'expert judiciaire lui paraissaient compatibles avec la dysthymie retenue par le SMR en

2010. La structure de personnalité histrionique ne constituait pas un trouble psychique, le syndrome douloureux somatoforme ne répondait qu'en partie aux critères jurisprudentiels, et les ressources adaptatives n'étaient que partiellement réduites. Actuellement, l'examinatrice retenait les symptômes d'humeur dépressive, de fatigue, de diminution de la confiance en soi, de pessimisme face à l'avenir et de troubles du sommeil. Sur la base de cette symptomatologie, elle retenait un épisode dépressif moyen engendrant une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2014, date de la prise en charge de l'assurée au Centre de thérapies brèves pour trois tentatives de suicide. Globalement, les examinateurs évaluaient la capacité de travail à 50% dès le 1^{er} mai 2014 dans toute activité adaptée, moyennant le respect de certaines limitations, soit les flexions-extensions et rotations répétées de la nuque, les bras au-dessus de l'horizontale, le port de charges supérieures à dix kilogrammes, la fatigabilité et la diminution partielle des facultés d'adaptation. 43. Le 2 novembre 2015, l'OAI a fait siennes les conclusions du SMR et a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il proposait de lui accorder une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 55% dès le 1^{er} mai 2015, soit à l'échéance d'un nouveau délai de carence d'un an. 44. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée s'y est opposée le 7 décembre 2015, en arguant que sa capacité de travail n'excédait pas 50% depuis le 30 novembre 2009, comme en témoignaient ses médecins et l'expert L_____. En outre, elle contestait le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, lequel ne tenait pas compte du revenu accessoire qu'elle avait perçu en 2008 auprès de D_____ AG. Elle a joint : - un rapport du Dr G_____ du 18 novembre 2015 : en raison de ses troubles psychiques, la capacité résiduelle de travail de l'assurée de février 2011 à mai 2014 était probablement très diminuée, voire nulle, et ne dépassait en tout cas pas 50% ; - un certificat du Dr E_____ du 23 novembre 2015, attestant qu'entre février 2011 et mai 2014, l'assurée avait été totalement incapable de travailler du fait de ses troubles psychiques et de ses douleurs. 45. Par décision formelle du 5 février 2016, l'OAI a confirmé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015. Il maintenait que le début du droit à la rente devait être fixé au 1^{er} mai 2015, car l'assurée avait présenté une nouvelle atteinte psychique justifiant l'ouverture d'un nouveau délai de carence. S'agissant du revenu sans invalidité, il l'avait fixé sur la base des revenus perçus par l'assurée lorsqu'elle avait cessé de travailler, en novembre 2009. Or, à ce moment-là, elle ne travaillait plus pour D_____ AG depuis dix mois déjà. Quant aux rapports produits à l'appui de l'opposition, ils ne modifiaient pas l'appréciation de son service médical, lequel faisait remarquer, dans un nouvel avis daté du 26 janvier 2012, que les conclusions des Drs G_____ et E_____ n'étaient pas étayées par des constatations cliniques. 46. Par acte du 9 mars 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Chambre de céans contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, préalablement à son audition et à celle de ses médecins, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2011. Sa capacité résiduelle de travail n'excédait pas 50-60% dans une activité adaptée depuis 2009, comme cela ressortait de l'expertise judiciaire du Dr L_____. Ce taux demeurerait valable pour la période faisant l'objet de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, soit postérieurement au 23 février 2011. L'intimé s'était écarté sans justification de cette expertise, qui répondait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, à l'inverse de l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2015, qui reposait largement sur l'examen non probant auquel ce service s'était livré en 2010. Par ailleurs, vu l'aggravation constatée par le SMR au 1^{er} mai 2014, sa capacité de travail devait être considérée comme nulle dans toute activité dès

cette date. Par ailleurs, c'était à tort que l'intimé lui avait appliqué un nouveau délai de carence, car elle n'avait pas souffert de nouvelles atteintes mais d'aggravations de son état de santé, intervenues en mai 2012 et mai 2014. Enfin, son revenu sans invalidité devait englober le revenu qu'elle avait perçu auprès de D_____ AG puisque c'était en raison de ses problèmes de santé qu'elle avait cessé cette activité. Enfin, elle prétendait à un abattement de 25% sur son revenu d'invalidité et, partant, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de mars 2011. 47. Invitée par la chambre de céans à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 avril 2016, a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> C'était à juste titre qu'il avait nié la valeur probante de l'expertise judiciaire sur la base des avis émis par son service médical les 19 janvier et 20 mars 2012, ce d'autant que le Tribunal fédéral l'avait écartée, reconnaissant implicitement qu'elle n'était pas convaincante. À l'inverse, l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2015 lui paraissait probant et la recourante ne se prévalait d'aucun élément médical objectif qui y aurait été ignoré. S'agissant de l'abattement, il avait opéré une déduction de 15% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que celles-ci cantonnaient la recourante aux activités légères. L'intéressée n'invoquait pas le moindre élément qui justifierait de s'en écarter. Pour le surplus, un nouveau délai d'attente s'imposait vu la « nouvelle atteinte » dont elle souffrait. 48. La recourante a répliqué le 3 mai 2016.![endif]>![if> Elle a réfuté l'interprétation de l'intimé selon laquelle le Tribunal fédéral aurait considéré que l'expertise judiciaire n'était pas probante. En outre, elle a souligné derechef que l'intimé s'était écarté à tort de l'expertise judiciaire. Elle persistait ainsi dans ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 49. Cette écriture a été transmise à l'intimé pour information le 9 mai 2016.![endif]>![if> 50. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).![endif]>![if> En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent au plus tôt à 2011. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 56 à 61 LPGA).![endif]>![if> 4. Au vu de la décision du 5 février 2016 et des conclusions du

recours, demeure litigieux le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2011.

5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

c. S'agissant plus particulièrement de la reconnaissance d'un trouble somatoforme douloureux persistant, elle suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 p. 285 et la référence).

d. 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).

6. a. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.

b. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 130 V 343 consid. 3.5).

7. a. 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).

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et

sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Est également pris en compte comme revenu hypothétique sans invalidité le revenu provenant d'une activité accessoire, si l'on peut admettre qu'elle a été exercée régulièrement sur une période relativement longue. Les heures supplémentaires régulièrement accomplies comptent aussi dans le revenu sans invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_45/2008 , I 181/05, I 273/05 et 8C_671/2010). Lorsqu'un taux d'occupation supérieur à 100 % a été pris en compte pour déterminer le revenu sans invalidité, ce taux supérieur peut aussi être pris comme base pour déterminer le revenu d'invalide, si aucune raison de santé ne s'y oppose (9C_766/2011 consid. 3.2 ; CIIAI nos 3023 et 3024). d. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). e. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 8. 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).!</p></div>
</div>
</div>

conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. 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 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).!

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. À titre liminaire, on rappellera que jusqu'au 23 février 2011, date de la première décision AI, la capacité de travail de l'assurée a déjà été tranchée par le Tribunal fédéral : sur la base de l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2010, il a considéré qu'elle était entière dans toute activité adaptée, ce qui excluait alors le versement d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_501/2012 du 31 décembre 2012, consid. 4 ss). Il n'y a pas lieu d'y revenir.!

Par ailleurs, contrairement à ce que prétend l'intimé, on ne saurait inférer de l'arrêt susvisé que le Tribunal fédéral a jugé l'expertise du Dr L_____ non convaincante. Comme cet expert s'était prononcé en faveur d'une incapacité de travail dès la date de son expertise du 11 janvier 2012, le Tribunal fédéral a estimé que son rapport ne pouvait pas être pris en considération pour juger de la légalité de la décision du 23 février 2011, ceci en vertu du principe jurisprudentiel selon lequel la légalité d'une décision s'apprécie d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. En d'autres termes, le Tribunal fédéral a estimé que cette expertise ne constituait pas un moyen de preuve pertinent dans le cadre du recours contre la décision de février 2011, raison pour laquelle il ne l'a pas examinée. Il ne s'est dès lors aucunement prononcé sur sa valeur probante. 11. Il convient d'examiner la capacité de travail pour la période restant litigieuse, soit dès le mois de mars 2011. Pour ce faire, il sied de se pencher sur la valeur probante des rapports versés au dossier.!

L'intimé a fait siennes les conclusions de l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2015 quant à une capacité de travail restreinte par l'état dépressif à 50% dans toute activité adaptée depuis mai 2014, ce que la recourante conteste en se prévalant de l'expertise du Dr L_____, attestant d'une limitation de cette capacité de travail à 50-60% dans toute activité adaptée dès janvier 2012 déjà. Elle ajoute qu'au vu de l'aggravation psychiatrique relevée par le SMR en mai 2014, sa capacité de travail doit être considérée comme nulle depuis lors. 12. a. L'expertise judiciaire du Dr L_____ répond aux requisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, comme la Cour l'a déjà exposé dans son arrêt du 14 mai 2012 (ATAS/638/2012 , consid. 9) : fondée sur trois entretiens avec la recourante et un entretien téléphonique avec ses médecin, elle relate ses plainte,

contient une anamnèse détaillée, et ses conclusions sont bien motivées. ![endif]>![if> b/aa. S'agissant des critiques formulées par le SMR à l'encontre de cette expertise, tant en 2012 que dans le cadre de la présente procédure, on relèvera derechef qu'elles sont infondées :

b/bb. Le diagnostic posé par l'expert L_____ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel atypique, est bien documenté et rejoint le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, mentionné par le SMR dans son examen de 2015. Un trouble dépressif récurrent a aussi été retenu par le Dr G_____, psychiatre-traitant, et par la Clinique genevoise de Montana.

b/cc. Dans son avis de janvier 2012 et son examen bi-disciplinaire de 2015, le SMR argue que la symptomatologie décrite dans l'expertise du Dr L_____ serait compatible avec une dysthymie, extraits de l'expertise à l'appui. Toutefois, la Cour constate que l'expert a dûment justifié l'exclusion de la dysthymie, en relatant que les troubles anxieux et dépressifs avaient nécessité deux hospitalisations, un arrêt de travail depuis fin 2009 ainsi qu'un suivi psychiatrique et des traitements psychotropes à long terme, de sorte que la sévérité et la durée de la maladie permettaient d'écarter ce diagnostic. Il a aussi motivé le trouble dépressif récurrent retenu, en exposant que l'assurée était suivie depuis les années 1990 pour des troubles anxieux et de l'humeur, et que depuis août 2009, son état était fluctuant, avec des périodes d'hospitalisations et des améliorations durant lesquelles elle pouvait avoir des relations sociales et faire des voyages. Enfin, à l'examen clinique, il a constaté la présence des trois symptômes principaux de l'épisode dépressif, soit la tristesse, la diminution du plaisir et la fatigue, lesquels étaient accompagnés d'une série d'autres symptômes (diminution de l'estime de soi, attitude pessimiste face à l'avenir, idées suicidaires, perturbations du sommeil et douleurs somatoformes - cf. expertise, p. 11 s).

L'appréciation diagnostique divergente du SMR, fondée sur des extraits de l'expertise sortis de leur contexte, ne met pas en exergue d'élément susceptible d'avoir été ignoré par le Dr L_____. On peine au demeurant à la comprendre, dans la mesure où ce service a lui-même retenu un trouble dépressif récurrent en 2015 sur la base d'une symptomatologie semblable à celle décrite par l'expert. Par ailleurs, c'est à tort que le SMR conteste la présence d'un épisode dépressif au motif que l'intéressée s'est rendue au Portugal en 2011 et a pu se faire des amis, les troubles de l'assurée n'excluant apparemment pas certaines améliorations transitoires. Quant à l'hypothèse, évoquée par le SMR en 2012, d'un diagnostic de majoration des symptômes pour raison psychologiques, elle a été écartée non seulement par l'expert mais aussi par le SMR lui-même en 2015.

b/dd. Le SMR reproche à l'expert d'avoir écarté le diagnostic de fibromyalgie. Toutefois, l'expert s'est seulement rallié au point de vue exprimé par le SMR en 2010 selon lequel le diagnostic de fibromyalgie devait être exclu (cf. rapport SMR 2010, p. 6). Il n'a donc pas outrepassé ses compétences.

b/ee. C'est également en vain que le SMR conteste l'exclusion du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'expert ayant précisé que ce diagnostic devait être écarté lorsque, comme en l'espèce, les douleurs surviennent au cours d'un état dépressif. En effet, selon l'anamnèse du Dr L_____, la recourante a consulté un psychiatre pour des troubles dépressifs au Portugal, puis dès son arrivée en Suisse en 1987 ; ce n'est qu'en 2009 que l'expert note l'apparition de douleurs généralisées dans le cadre d'une aggravation des troubles dépressifs et anxieux. Sur questions, le Dr E_____ lui a indiqué qu'un diagnostic initial de troubles dépressif avait été posé en 2008 et le Dr G_____, psychiatre-traitant, que les troubles dépressifs existaient en tout cas avant les douleurs somatoformes, de sorte qu'il partageait l'opinion de l'expert selon laquelle ces douleurs faisaient partie des troubles dépressifs (cf. expertise, p. 2 et 10 s). Enfin, pendant l'entretien de détection précoce de 2010 (p.2), l'assurée a situé l'apparition de ses douleurs postérieurement à son état dépressif

actuel, et lors de l'examen du SMR de 2015 (p.5), elle a indiqué qu'elles étaient survenues en même temps. Les douleurs en question ne sont donc pas antérieures à l'état dépressif, comme le SMR le soutient. Le SMR fait remarquer que selon le rapport du Dr G_____ d'août 2010, les douleurs de l'assurée pourraient être la principale cause de son anxiété et de ses difficultés de concentration. Cela ne change rien au fait que, selon ce médecin, les douleurs de l'assurée sont apparues postérieurement à ses symptômes dépressifs, lesquels remontent apparemment au décès de ses parents (cf. rapports du Dr G_____ des 20 mai, 28 juillet, 18 août 2010, 20 avril 2015). Partant, force est d'admettre que l'expert a démontré de manière convaincante l'exclusion du trouble somatoforme douloureux. c. En définitive, l'appréciation divergente du SMR ne met pas en exergue le moindre élément objectivement vérifiable qui pourrait avoir été ignoré en 2012 par le Dr L_____ et serait suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions quant à une capacité de travail de 55% (entre 50 et 60%) dès le 11 janvier 2012. La Cour ne saurait donc s'en écarter. 13.

S'agissant de l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2015, il appelle les commentaires suivants. a. Pour les motifs qui viennent d'être exposés (cf. consid. 14b/bb), cet examen n'emporte pas la conviction en tant qu'il conteste l'incapacité de travail attestée par l'expert L_____ en 2012, au motif que la symptomatologie observée à l'époque serait compatible avec une dysthymie. b. Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par le SMR, il paraît douteux au regard des explications de l'expert selon lesquelles on doit l'exclure lorsque les douleurs surviennent au cours d'un état dépressif. Ce diagnostic peut cependant rester indéci, puisqu'à teneur du rapport d'examen bi-disciplinaire, « l'épisode dépressif moyen (...) est responsable d'une diminution de la capacité de travail de 50% dans toute activité » (rapport SMR 2015, p. 15). On peut en déduire que l'épisode dépressif justifie à lui seul les conclusions du SMR quant à une limitation à 50% de la capacité résiduelle de travail depuis mai 2014. Ces conclusions sont donc valables indépendamment du point de savoir si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est justifié. c. Pour le reste, force est de constater que l'examen psychiatrique du SMR converge dans une large mesure avec celui du Dr L_____ : le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec épisode somatique, est voisin de celui posé par l'expert, tandis que les symptômes constatés par le SMR sont tous mentionnés par le Dr L_____ dans son expertise. Enfin, la capacité résiduelle de travail de 50% retenue par le SMR depuis mai 2014, période à laquelle l'assurée a été prise en charge au CTB, paraît proche du taux de 55% mentionné par l'expert. d. Sur le plan somatique, l'examineur du SMR relate essentiellement des douleurs diffuses, des troubles dégénératifs de la colonne cervicale et une hernie C6-C7 gauche, attestés par une IRM du Dr O_____ de mai 2012. Il retient diverses limitations d'épargne cervicale, lesquelles réduisent à néant la capacité de travail dans l'ancienne activité de femme de ménage dès le 26 mai 2012, mais n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Il n'y a pas lieu de douter de cette conclusion, qui n'est pas mise en doute par les médecins de la recourante. e. En définitive, l'examen bi-disciplinaire du SMR peut être suivi en tant qu'il évalue à 50% la capacité de travail globale de l'assurée dans toute activité adaptée dès le 1^{er} mai 2014, taux qui coïncide avec celui mentionné par le Dr N_____ (cf. rapport du 9 septembre 2014). En revanche, pour la période antérieure courant du 11 janvier 2012 au 30 mars 2014, la Cour fera siennes les conclusions de l'expert L_____ quant à une capacité de travail de 55% dans toute activité adaptée. 14. Les rapports divergents des médecins-traitants, émanant notamment des Drs E_____, G_____ et K_____, ne permettent pas de s'écarter des conclusions qui précèdent ni de retenir une quelconque

incapacité de travail antérieurement à l'expertise judiciaire : leur motivation paraît succincte et surtout, ils ne mettent pas en évidence d'éléments déterminants dont l'expert et le SMR n'auraient pas déjà tenu compte dans leurs rapports de 2010, 2012 et 2015. Il sied également de 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).!

15. Pour tous les motifs qui précèdent, la Cour retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée a présenté une capacité de travail dans toute activité de 100% jusqu'au 10 janvier 2012. Dès le 11 janvier 2012, date de l'expertise judiciaire, sa capacité de travail a diminué à 55% dans toute activité adaptée. Depuis le 1er mai 2014, date de sa prise en charge au CTB, elle s'élève à 50% dans toute activité compatible avec les limitations retenues par le SMR.!

On rappellera que ces limitations sont les flexions-extensions et rotations répétées de la nuque, les travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale, le port de charges supérieures à dix kilogrammes, la fatigabilité et la diminution des ressources adaptatives (cf. rapport SMR 2015, p. 16). 16. Il convient à présent de vérifier le calcul du degré d'invalidité et, partant, de se prononcer sur le droit à la rente.!

a. Le statut d'active à 100% retenu par l'intimé n'est pas contesté. b. Pour calculer le degré d'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222). En l'occurrence, le droit éventuel à la rente naît le 11 janvier 2013, un an après le début de l'incapacité de travail attestée par l'expert L_____ (art. 28 al. 1 LAI). En outre, le SMR mentionne une aggravation de l'état de santé au 1 er mai 2014. Il convient donc de se placer en 2013 puis en 2014 pour procéder à la comparaison des revenus. c. La décision querellée fixe le revenu sans invalidité à CHF 48'813.- sur la base des revenus versés à l'assurée en 2008 par l'Institut B_____ et Mme C_____ selon l'extrait de compte individuel AVS. La recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte du revenu accessoire qu'elle réalisait auprès de D_____ AG jusqu'en janvier 2009. Le revenu sans invalidité se déduit du salaire réalisé en dernier lieu avant l'atteinte à la santé (ATF 129 V 222). En l'espèce, les médecins de la recourante n'ont attesté d'aucune incapacité de travail durable avant le 11 novembre 2009. C'est donc au plus tôt à cette date que remonte son atteinte à la santé, et contrairement à ce que l'assurée laisse entendre, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles qu'elle présentait antérieurement l'ont contraint à cesser son activité pour D_____ AG (arrêt du Tribunal fédéral 9C_535/2010 du 6 juillet 2011, consid. 4.1). Par ailleurs, la recourante n'a exercé cette activité accessoire qu'entre juillet 2007 et janvier 2009, soit sur une durée relativement brève. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le revenu sans invalidité sur la seule base des revenus qu'elle a perçus auprès de l'Institut B_____ et de Mme C_____, sans tenir compte de celui versé par D_____ AG. Une solution identique avait d'ailleurs été retenue par la Cour dans son arrêt antérieur (ATAS/638/2012 , consid. 10a), ce que l'assurée n'avait alors pas contesté. En 2008, l'assurée a touché auprès de L'Institut B_____ et de Mme C_____ un revenu annuel de CHF 46'066.-. En tenant compte de l'évolution des salaires selon l'indice suisse des salaires nominaux (en 2008 : 2'499 ; en 2013 : 2'648 et en 2014 : 2'673), son revenu sans invalidité s'élève à CHF 48'813.- en 2013 et à CHF 49'273.- en 2014. d/aa. S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimé l'a fixé en 2013 à CHF 44'024.- pour un plein temps sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012

(tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, femme, indexé), après avoir tenu compte d'un abattement de 15% lié aux limitations fonctionnelles et au fait que seules des activités légères sont possibles. La recourante ne conteste pas la fixation de son revenu d'invalidé sur une base statistique, méthode qui ne paraît au demeurant pas contestable. En revanche, elle critique l'abattement retenu par l'intimé, dont elle soutient, toutefois sans motiver sa position, qu'il aurait dû s'élever à 25%. d/bb. Aucun élément ne justifie de s'écarter du taux d'abattement de 15% retenu par l'administration : les limitations fonctionnelles de la recourante ont déjà été prises en compte, et son âge – 53 ans lors du prononcé de la décision litigieuse – ne peut pas être considéré comme un facteur la contraignant à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail à des conditions économiques moins favorables que la moyenne. Par ailleurs, sa nationalité étrangère ne constitue pas non plus un élément justifiant une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé, attendu qu'elle est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 700/04 du 17 janvier 2006, consid. 4.3.3). d/cc. Indexé, adapté à la durée normale du travail de 41,7 heures et réduit de 15%, le revenu d'invalidé s'élève, pour un plein temps, à CHF 44'024.- en 2013 et à CHF 44'440.- en 2014. Rapporté à la capacité de travail exigible de 55%, il s'élève à CHF 24'213.- en 2013. Dès le 1^{er} mai 2014, vu la diminution subséquente de la capacité de travail à 50%, il s'élève à CHF 22'220.-. e. À l'issue du délai de carence d'un an au 11 janvier 2013, la recourante présentait une capacité résiduelle de travail de 55% dans toute activité adaptée à ses limitations. La comparaison des gains met en exergue un degré d'invalidité de 50,4% (48'813 – 24'213) / 48'813). Arrondi à 50%, ce taux lui ouvre droit au versement d'une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). f. Dès le 1^{er} mai 2014, le degré d'invalidité augmente à 55 % (49'273 – 22'220) / 49'273). Ce changement n'a pas d'incidence sur le droit à la demi-rente d'invalidité, le taux demeurant inférieur à 60%. g. Enfin, on précisera qu'il ne se justifie pas de faire courir un nouveau délai de carence dès le 1^{er} mai 2014, contrairement à ce que soutient l'intimé. En effet, à teneur de l'examen du SMR de 2015 (p. 15), cette date coïncide avec une aggravation de la symptomatologie dépressive, non pas avec la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé distincte du trouble dépressif récurrent présent antérieurement. Or, selon la jurisprudence, l'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. Dès lors, elle ne fait pas partir un nouveau délai de carence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013, consid. 3.1). 17. La Chambre de céans disposant de tous les éléments nécessaires pour statuer sur le droit à la rente d'invalidité, les mesures d'instruction sollicitées sont rejetées, par appréciation anticipée des preuves. ![endif]>![if> On précisera incidemment qu'au vu de l'exclusion par l'expert L_____ du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'instruction médicale n'a pas à être complétée en fonction des principes publiés aux ATF 141 V 281, ce qui n'est au demeurant pas requis par les parties. 18. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2013.![endif]>![if> La recourante, représentée par un mandataire, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'occurrence à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant

soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.