

GE_GERICHTE A/873/2016 vom 10. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_873_2016

FR: GE_GERICHTE A/873/2016 du 10 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE A/873/2016 del 10 luglio 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER 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 portugaise née le _____ 1966, a travaillé en qualité de collaboratrice administrative à plein temps, soit 8 heures et 25 minutes par jour, pour le compte de B_____ SA (ci-après : l'employeur) dès l'année 2000. Son revenu annuel en 2011 s'élevait à CHF 71'761.30.![endif]>![if> 2. Dans un contexte conflictuel avec son supérieur hiérarchique, l'assurée a été mise en arrêt de travail à 100% à compter du 15 avril 2011 par le docteur C_____, médecin praticien membre de la FMH.![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 23 mai 2011, ce médecin a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans trouble psychotique. La capacité de travail était nulle depuis le 15 avril 2011.![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 6 juillet 2011, le docteur D_____, FMH en psychiatrie et psychiatre traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic d'état dépressif réactionnel à un conflit au travail avec son supérieur hiérarchique. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 15 avril 2011.![endif]>![if> 5. Le 12 octobre 2011, l'employeur a mis fin au contrat de travail le liant à l'assurée, avec effet au 31 janvier 2012, en raison de l'absence prolongée de l'assurée.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 3 novembre 2011, le Dr D_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen à grave. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 15 avril 2011, en raison de la sévérité de son état dépressif. Une reprise du travail pouvait être envisagée dans les quatre à six mois!![endif]>![if> 7. Le 29 novembre 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Elle a indiqué être en incapacité totale de travailler depuis le 15 avril 2011 et être au bénéfice d'indemnités journalières versées par l'assurance perte de gain de son employeur.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 8 décembre 2011, la docteure E_____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de céphalée tensionnelle.![endif]>![if> 9. Dans un rapport du 12 janvier 2012, le Dr D_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère depuis le 15 avril 2011. L'assurée avait subi un harcèlement moral au travail par son nouveau supérieur hiérarchique depuis janvier 2011. Elle souffrait de fatigue, d'angoisses, d'insomnies et de perte d'élan vital. L'assurée se disait traumatisée par le comportement de sa hiérarchie. L'évolution était positive et une rémission possible à terme. Elle était traitée au moyen d'une psychothérapie et d'un traitement pharmacologique. Son incapacité de travail était de 100% depuis le 15 avril 2011. La possibilité d'une amélioration de la capacité de travail était indéterminée à ce jour. Sa capacité de concentration, sa capacité d'adaptation et sa résistance étaient limitées.![endif]>![if> 10. Le 7 juin 2012, l'OAI a accepté la prise en

charge de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un accompagnement personnalisé (coaching) dans le cadre d'une aide au placement et d'un maintien au poste de travail, du 1^{er} mai au 31 août 2012.!

11. Dans un rapport intermédiaire du 31 mai 2012, le Dr D_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 15 avril 2011. Une rémission était possible dans les six mois. Une reprise du travail était envisageable à 50% dès le 1^{er} septembre 2012 et à 100% dès le 1^{er} novembre 2012, sous réserve de complications.!

12. Dans un rapport intermédiaire du 1^{er} juin 2012 à l'attention de l'assurance perte de gain, le Dr D_____ a notamment relevé que l'assurée avait perdu beaucoup de poids ces six derniers mois, en raison d'un stress très important, malgré le traitement. Elle était devenue anorexique et fragile physiquement. Elle s'inquiétait énormément pour l'état de la maladie de sa mère. L'évolution était en « dents de scie » avec des rechutes fréquentes. Elle était extrêmement fragile et avait de la peine à retrouver son état psychique d'avant. Cela avait pour conséquence de la fatigue, une anorexie, des difficultés à gérer les tâches quotidiennes et une importante préoccupation pour sa mère. Au mieux, une reprise du travail était envisageable à 50% dès le 1^{er} septembre 2012.!

13. A compter du 1^{er} septembre 2012, l'assurée a effectué un stage dans un cabinet médical à raison de trois demi-journées par semaine.!

14. Dans un rapport du 18 octobre 2012, le docteur F_____ du SMR a validé les conclusions du Dr D_____. Il a retenu un épisode dépressif sévère et une incapacité de travail dans toute activité de 100% du 15 mai 2011 au 31 août 2012, de 50% du 1^{er} septembre au 31 octobre 2012 et de 0% dès le 1^{er} novembre 2012.!

15. Le 29 octobre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'acceptation de rente. Il lui octroyait une rente d'invalidité limitée dans le temps. Sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 15 mai 2011. A l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 15 mai 2012, son incapacité de travail était de 100%. Suite à une évolution favorable de son état de santé, une reprise d'activité était envisageable à 50% dès le 1^{er} septembre 2012, puis à 100% dès le 1^{er} novembre 2012. Le cas d'assurance n'était pas réputé survenu pendant que la personne assurée se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce. De telles mesures avaient eu lieu du 1^{er} mai 2012 au 31 août 2012. Dès lors, l'assurée avait le droit à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50%, du 1^{er} septembre 2012 au 31 janvier 2013, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.!

16. Le 22 novembre 2012, l'assurance perte de gain de l'employeur a annoncé à l'OAI que l'assurée était à nouveau en arrêt de travail à 100%.!

17. Le 26 novembre 2012, l'assurée a contesté le projet de décision. Elle a précisé qu'encouragée par le Dr D_____, elle avait essayé de reprendre une activité à 50% le 1^{er} septembre 2012, sous la forme d'un stage. Malheureusement, celui-ci s'était soldé par un échec.!

L'assurée a joint à son courrier un certificat médical du 26 novembre 2012 émis par le Dr D_____, attestant qu'elle était toujours en incapacité de travail à 100%, en raison de la persistance de son état dépressif, et cela pour une durée indéterminée. Dans son rapport du 1^{er} juin 2012, il avait indiqué qu'au mieux, une reprise d'activité à 50% pouvait être attendue dès le 1^{er} septembre 2012, sous réserve de complications. Avec son soutien, l'assurée avait effectivement fait un stage à 50% début septembre, mais rapidement, elle n'avait pas réussi à faire face à la responsabilité et aux tâches inhérentes à cette activité, malgré les faibles exigences qu'elle impliquait. Pour cette raison, l'assurée n'avait pas pu assumer sa reprise de travail à 50% et était restée en incapacité totale de travail. La décision de l'OAI de la

considérer apte au travail à 50% dès le 1^{er} septembre 2012 et à 100% dès le 1^{er} novembre 2012 n'était pas justifiée et contre son avis. 18. Par courrier du 21 janvier 2013, l'assurance perte de gain de l'employeur a informé l'assurée qu'elle avait perçu des indemnités journalières pendant la durée maximale de protection, de sorte que son droit aux prestations prenait fin le 13 avril 2013. 19. Dans un avis du 11 février 2013, le Dr F_____ du SMR s'est prononcé sur le certificat du 26 novembre 2012 du Dr D_____. Selon lui, en raison de l'absence de sévérité du tableau initial, les raisons de la nouvelle dégradation de l'état de santé de l'assurée étaient difficilement compréhensibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Celle-ci devait être confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 20. Le 15 février 2013, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité de mettre en œuvre une expertise. Celle-ci était confiée au Dr G_____. La liste des questions posées à l'expert était jointe en annexe. 21. Le 21 février 2013, l'assurée s'est soumise à une IRM cervicale et lombaire, laquelle a mis en évidence : - cervicarthrose débutante avec dessiccations discales étagées de C4-C5 à C6-C7 ; - pincement discal C5-C6 et C6-C7. En C6-C7, débord discal circonférentiel harmonieux avec protrusion discale médiane ; - en C5-C6, hernie discale sous-ligamentaire estimée à un tiers du canal médiane et postéro-latérale droite ; - uncarthrose C5-C6 débutante sans conflit foraminaux ; - MODIC débutant hémivertébral gauche de grade I inflammatoire C5-C6 ; - absence de conflit discoradiculaire et une surcharge facettaire L5-S1 débutante. 22. Le 1^{er} octobre 2013, le Dr G_____ rendu son rapport d'expertise. Madame H_____, psychologue FSP, avait été associée à sa rédaction. Le Dr G_____ a précisé avoir rédigé son rapport sur la base du dossier transmis par l'OAI, de trois entretiens avec l'assurée, d'entretiens avec les médecins, de mesures psychométriques et leur interprétation et d'une prise sang. Il a rappelé le contexte de l'expertise, résumé le dossier médical, exposé l'anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et médicale de l'assurée et relayé ses plaintes. Le Dr G_____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif récurrent moyen, sans symptôme psychotique. Il a également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, sans critère jurisprudentiel de gravité rempli, et d'accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensé. L'assurée présentait les symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif moyen depuis 2011 qui avait évolué vers un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique de mai 2012 à mars 2013 et d'un nouvel épisode dépressif moyen dès mars 2013. Cet épisode dépressif semblait être réactionnel à une déception sentimentale et à un conflit professionnel ayant abouti à une désinsertion professionnelle, évoluant dans le contexte de douleurs chroniques sans une base organique suffisante pour expliquer l'intensité des plaintes. Les limitations fonctionnelles étaient significatives : douleurs diffuses empêchant la réalisation des tâches physiquement éprouvantes, ralentissement psychomoteur modéré au moment de l'expertise mais sévère auparavant et des troubles de la concentration significatifs de mai 2012 à mars 2013, même si actuellement ils n'étaient plus objectivables. Tenant compte du tableau clinique et des limitations fonctionnelles la capacité de travail était de 50% du 15 avril 2011 au 30 avril 2012, nulle du 1^{er} mai 2012 au 28 février 2013 et de 50% dès le 1^{er} mars 2013, dans toute activité adaptée à son status somatique. Selon l'anamnèse et le dossier médical, il existait des limitations sur le plan physique, en lien avec les douleurs qui pourraient avoir

partiellement une base somatique. Toutefois, n'ayant pas réalisé d'examen clinique somatique, le Dr G_____ ne pouvait pas se prononcer sur cette question. Des douleurs persistantes évoluaient depuis plus de deux ans. Les douleurs ressenties par l'assurée n'étaient pas entièrement expliquées par un trouble somatique, selon les données figurant au dossier. L'assurée faisait mention de plusieurs conflits affectifs et professionnels ayant précédé l'apparition de ses douleurs physiques. Elle bénéficiait de la sollicitude de ses médecins et de son entourage et consultait fréquemment plusieurs médecins. La douleur n'était pas survenue au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie, car elle avait précédé et partiellement favorisé l'éclosion de l'épisode dépressif actuel moyen. En conclusion, l'assurée présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant uniquement au cas où il n'y avait pas ce substrat organique sous-jacent. Le cas échéant, le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs devait être privilégié. La poursuite du traitement antidépresseur et d'un traitement psychiatrique régulier était nécessaire et permettrait d'améliorer la capacité de travail dans l'activité habituelle. 23. Dans un avis du 9 octobre 2013, le Dr F_____ du SMR a validé les conclusions du Dr G_____, et conclu que la capacité de travail de l'assurée était limitée à 50%. Une réévaluation dans une année était indispensable pour évaluer l'efficacité des recommandations de l'expert. 24. Le 3 février 2014, lors d'un entretien de réadaptation professionnelle avec l'OAI, l'assurée a indiqué que ses deux parents étaient décédés. 25. Dans un rapport du 18 février 2014, le docteur I_____, médecin praticien membre de la FMH et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics de troubles dépressifs majeurs associés à des troubles du sommeil, à de l'anxiété, à des crises de panique et à une phobie sociale, de douleurs ostéoarticulaires diffuses, mais surtout avec une rachialgie chronique en rapport avec des lésions importantes de type discopathie et hernies discales, et une fibromyalgie d'aggravation depuis 2011 et 2012. L'ensemble de la situation s'était aggravé depuis le décès de ses parents en 2013. Elle suivait actuellement un traitement médical, des séances d'ostéopathie et des infiltrations à répétition. Sa situation demeurait très fragile, tant sur le plan physique que psychique. La guérison ne pourrait être obtenue que très lentement et nécessitait une prise en charge médicale lourde et prolongée. 26. Dans un certificat du 24 mars 2014, le docteur J_____, psychiatre membre de la FMH, a indiqué suivre l'assurée depuis le 26 septembre 2013. Depuis avril 2011, elle présentait un état dépressif récurrent sévère dans un contexte de harcèlement professionnel, s'accompagnant de tendances anorexiques et d'un syndrome somatoforme. L'état dépressif avait fluctué entre des épisodes sévères et moyens jusqu'en septembre 2013, ce qui justifiait d'une incapacité de travail de 50% jusqu'à la date de la première consultation. Suite au décès de ses parents en mai et juillet 2013, une rechute dépressive sévère avait été constatée. Malgré le traitement médicamenteux et les séances de psychothérapie, la capacité de travail était restée nulle jusqu'à ce jour. Des limitations fonctionnelles étaient objectivées : une asthénie majeure avec fatigabilité au moindre effort, une tristesse avec repli social et un isolement affectif total, des crises d'angoisses, et une agoraphobie avec phobie des transports et impossibilité de se déplacer seule. En outre, suite à un cambriolage survenu en novembre 2013 à son domicile, elle ne pouvait plus dormir seule et allait dormir tous les soirs chez une amie. Compte tenu de ces éléments, une incapacité de travail totale était retenue depuis le 26 septembre 2013. Dans ce contexte, une évaluation extérieure par le biais d'une nouvelle expertise psychiatrique serait intéressante. 27. Dans un avis du 7 avril 2014, la doctoresse K_____ du SMR a considéré que l'instruction médicale devait être relancée. 28. Dans

un rapport du 25 avril 2014, le Dr J_____ a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail d'épisodes dépressifs moyens depuis 2012, devenus sévères en juin 2013, et de trouble somatoforme douloureux persistant. Un trouble de la personnalité non spécifié était retenu au titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Ces épisodes dépressifs moyens étaient devenus sévères depuis le décès de ses parents en mai et juillet 2013. Sa capacité de travail était de 50% de 2011 au 25 septembre 2013 en raison d'un ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration, d'une agoraphobie avec phobie des transports et de crise d'angoisse avec repli social. Actuellement l'incapacité de travail était totale.![endif]>![if> 29. Le 30 octobre 2014, l'assurée s'est soumise à un scanner CT cérébral sans injection. L'examen était dans les limites de la normale pour l'âge. Aucune fracture ou hémorragie n'était décelée.![endif]>![if> 30. Dans un rapport partiellement illisible du 13 novembre 2014, le Dr I_____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, d'agoraphobie, de fibromyalgie, de rachialgies sévères sur des multiples lésions, de migraines, d'insomnie et de gastrite. L'assurée avait séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 22 mai au 4 juin 2014. Une prise en charge multidisciplinaire était nécessaire. L'incapacité de travail était de 100% depuis 2009.![endif]>![if> 31. Dans un avis du 24 avril 2015, la Dresse K_____ du SMR a estimé que les derniers rapports des médecins traitants, en particulier s'agissant des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant et de fibromyalgie, n'étaient pas suffisamment étayés. Un examen/expertise psychiatrique et rhumatologique était nécessaire afin d'évaluer l'état de santé depuis l'expertise du Dr G_____, l'incapacité de travail dans le temps, la capacité de travail actuelle, les limitations fonctionnelles et la date d'une nouvelle réadaptation.![endif]>![if> 32. Le 28 mai 2015, l'assurée a été convoquée pour le 28 juillet 2015 à un examen clinique auprès du SMR par les docteurs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.![endif]>![if> 33. Le 28 juillet 2015, les Drs L_____ et M_____ ont rendu un rapport d'examen clinique rhumatologie et psychiatrique. Ils ont brièvement rappelé les motifs de l'examen et résumé le dossier mis à disposition. Ils ont renvoyé à l'anamnèse de l'expertise du Dr G_____, précisant et mettant à jour certains points, et relaté les plaintes de l'assurée.![endif]>![if> Les Drs L_____ et M_____ ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen en rémission et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de cervicalgies non irradiantes et non déficitaires dans le contexte de troubles dégénératifs (uncarthrose droite débutante C5-C6, protrusion discale postéro-médiane droite, discrète protrusion discale circonférentielle C6-C7), de lombalgies non irradiantes et non déficitaires, de kyste millimétrique de Tarlov de la racine L5 gauche, de trouble sensitivomoteur subjectif hémicorporel gauche, sans substrat organique, de status après correction chirurgicale bilatérale des deuxièmes et quatrièmes orteils en griffe dans les années 90 et de traits de la personnalité histrionique et dépendante. Compte tenu de la notion de fibromyalgie, ils avaient recherché les points spécifiques et n'en avaient trouvé que trois, sans sursaut, ce qui ne leur permettait pas de retenir ce diagnostic. Sur le plan neurologique, l'examen ne permettait pas de retenir un syndrome sensitivomoteur déficitaire authentique secondaire à un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique. Le tableau clinique étant incomplet, le diagnostic de trouble sensitivomoteur sans substrat organique, qui avait été retenu par la Dresse E_____ en 2011, était retenu. Cet élément était sans incidence sur la capacité de travail. Il ne pouvait pas être exclu que le kyste précité provoque un trouble sensitif ou moteur focal. L'examen ne permettait pas de mettre cette éventualité en

évidence. Le kyste était sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée autolimitait les mouvements de l'hémicorps gauche. Cette autolimitation diminuait lorsqu'elle était rassurée. Il n'y avait donc aucune limitation fonctionnelle articulaire. En ce qui concerne les rachialgies, l'examen ne mettait en évidence aucune limitation, que ce soit au niveau cervical, dorsal ou lombaire. L'inactivité et l'abandon des activités sportives pouvaient jouer un rôle dans un déconditionnement de l'assurée. Sur le plan rhumatologique, aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail n'était retenue. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présentait un tableau clinique d'hyper-expressivité émotionnelle. Elle n'avait présenté aucune attaque de panique en cours d'examen et ne mentionnait pas de crise de panique dans sa vie de tous les jours. Elle ne prenait aucun traitement psychotrope de type anxiolytique. Elle présentait donc quelques troubles relevant de l'anxiété mais qui n'avaient pas les critères de gravité d'un trouble d'anxiété généralisée. Sur le plan de la thymie, l'assurée présentait une mimique triste mais qui pouvait s'animer, de l'anhédonie, un petit ralentissement psychomoteur, une légère perte d'énergie, une vie bien organisée, peu de confiance en elle. Aucun sentiment de culpabilité, perturbation du sommeil ou d'idée suicidaire n'était à relever. Elle présentait donc un tableau clinique de trouble de la personnalité avec traits histrioniques et traits dépendants décompensés par un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Elle ne présentait pas de détresse. Elle se plaignait de douleurs mais était très mobile sur sa chaise et ne présentait pas un tableau clinique douloureux. Un rétrécissement de sa vie sociale était constaté mais elle entretenait de bons rapports avec ses voisines. Son trouble dépressif récurrent en rémission entraînait des limitations fonctionnelles, soit un besoin d'être rassurée de façon importante. En tenant compte de l'expertise du Dr G_____ et du rapport du 25 avril 2014 du Dr J_____, ainsi que du décès rapproché des deux parents en été 2013, une incapacité de travail était reconnue à 50% du 15 avril 2011 au 30 avril 2012, à 100% du 1^{er} mai 2012 au 28 février 2013, et à 50% du 1^{er} mars au 30 septembre 2013. Depuis le mois de septembre 2013, la capacité de travail était nulle jusqu'au mois d'avril 2014. Progressivement, la capacité de travail s'était améliorée et une capacité de travail de 50% était retenue. Depuis le début de l'année 2015, sa capacité de travail était totale comme le montrait l'examen psychiatrique et l'examen de la vie quotidienne. Elle était apte à travailler à nouveau en maintenant ses contacts avec ses voisines. 34. Dans un rapport du 13 novembre 2015, la doctoresse N_____ a validé les conclusions du rapport d'examen des Drs L_____ et M_____. Les conclusions du SMR du 9 octobre 2013 restaient valables jusqu'en septembre 2013. A partir de cette date, il convenait de se rapporter aux conclusions de l'examen du SMR et de reconnaître une aggravation temporaire de l'état de santé en septembre 2013 jusqu'à fin 2014. 35. Par décision du 17 février 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2012 au 31 mai 2013, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 30 novembre 2013, une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2013 au 31 juillet 2014 et une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2015. Sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 15 avril 2011. Des mesures d'interventions précoces avaient été mises en place du 1^{er} mai au 31 août 2012. Dans son avis du 13 novembre 2015, le SMR avait reconnu une aggravation temporaire de l'état de santé et reconnu les incapacités de travail suivantes : 50% du 15 avril 2011 au 30 avril 2012, 100% du 1^{er} mai 2012 au 28 février 2013, 50% du 1^{er} mars 2013 à fin septembre 2013, 100% de fin septembre 2013 à avril 2014 et 50% de mai à décembre 2014. Dès le mois de janvier 2015, sa capacité de travail était entière dans toute activité. Des mesures professionnelles n'étaient donc pas nécessaires.

36. Par acte du 16 mars 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à ce que son état de santé soit réévalué. Actuellement, sa santé psychique et ses déficiences neurologiques ne lui permettaient pas d'exercer une activité professionnelle à 100%.>[if> 37. Dans sa réponse du 11 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. La décision litigieuse était notamment basée sur un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par le SMR. La recourante n'apportait aucun élément susceptible de faire une appréciation différente du cas.>[if> 38. Le 3 mai 2016, la doctoresse O_____ a informé la chambre de céans que l'état de santé de la recourante ne lui permettait pas de faire valoir ses droits sans l'aide d'un conseil.>[if> 39. Le 3 juin 2016, le conseil de la recourante a fait part à la chambre de céans de sa constitution et requis un délai pour compléter le recours.>[if> 40. Par acte du 30 juin 2016, la recourante a, par l'intermédiaire de son conseil, complété son recours. Elle a conclu préalablement à ce qu'une expertise en matière rhumatologique, psychiatrique et neurologique soit ordonnée. Principalement, elle a requis l'annulation de la décision litigieuse en tant qu'elle octroyait une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 30 novembre 2013 et du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2015, et refusait toute prestation dès le 1^{er} avril 2015, et qu'il soit dit et constaté qu'une rente entière d'invalidité lui était due pour les périodes précitées et sans limite de temps, sous suite de dépens.>[if> En substance, la recourante a invoqué une instruction lacunaire du dossier par l'intimé. En effet, dans son certificat du 24 mars 2014, le Dr J_____ avait recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante. Or, l'intimé avait décidé de procéder à un examen rhumatologique et psychiatrique par ses propres médecins du SMR, sans l'interpeler sur la personne des « experts », ni sur les questions à leur poser. Cela était d'autant plus étonnant que dans la première partie de l'instruction médicale du dossier, un psychiatre indépendant avait été désigné pour procéder à une expertise. S'agissant de l'expertise du Dr G_____, elle contenait des éléments probants, mais également des erreurs et des incohérences. Elle contenait une erreur importante de retranscription du diagnostic posé par le Dr D_____, ce qui avait conduit l'expert à considérer que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% entre le 15 avril 2011 et le 30 avril 2012. L'examen des critères de gravité du trouble somatoforme, diagnostiqué avec justesse, n'était pas conforme à la nouvelle jurisprudence. Une expertise était nécessaire pour élucider des éléments non probants, notamment l'incidence de la dépression et de l'affection psychosomatique sur la capacité de travail dans une activité adaptée pour les périodes où une incapacité totale de travailler n'avait pas été retenue. Le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 28 juillet 2015 établi par le SMR n'était pas une expertise médicale indépendante, mais un rapport interne à l'administration. Il était entaché de plusieurs vices : - l'anamnèse était lacunaire au niveau familial, professionnel et psychosocial, les Drs L_____ et M_____ s'étant contenté de reprendre les données collectées par le Dr G_____, sans même les retranscrire précisément. En outre, l'anamnèse psychiatrique était trop brève ; - les Drs L_____ et M_____ avaient eu « un parti pris » envers la recourante en la questionnant sur ses attentes vis-à-vis de l'assurance-invalidité, cette question démontrant leur lien de subordination et leur partialité ; - le résumé du dossier médical de la recourante était lacunaire, les Drs L_____ et M_____ n'ayant pas repris l'intégralité des rapports établis depuis 2011, sans en expliquer la cause ; - les conclusions des médecins au niveau des diagnostics n'étaient pas motivées. En particulier, leurs diagnostics différaient de ceux retenus par le Dr G_____ et les médecins traitants, sans que cela ne soit expliqué. Les examens

radiologiques sur lesquels se basaient les médecins étaient trop anciens, alors même que les conclusions sur le volet rhumatologique du cas reposaient sur ces seuls examens ; - en tout état de cause, ce rapport ne remplissait pas les conditions suffisantes pour se voir reconnaître une valeur probante, les médecins n'ayant pas examiné l'affection psychosomatique d'après la nouvelle jurisprudence en la matière. A cela s'ajoutait que l'intimé avait apprécié les faits de manière erronée. Le fait qu'elle subisse des atteintes invalidantes à sa santé était incontestable. Les médecins s'accordaient à dire qu'elle présentait des atteintes psychologiques, sous la forme d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère et d'un trouble de la personnalité. Tous les médecins avaient posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie, ou à tout le moins une affection psychosomatique. Les rachialgies chroniques avec discopathies et hernies discales avaient également été mises en évidence par plusieurs médecins. Ses limitations fonctionnelles (douleurs diffuses empêchant la réalisation des tâches physiquement lourdes, ralentissement psychomoteur significatif, troubles de la concentration, asthénie majeure avec fatigabilité au moindre effort, tristesse avec repli social et isolement affectif total, crises d'angoisses et agoraphobie avec phobie des transports et impossibilité à se déplacer seule) avaient été attestées de manière constante. Compte tenu de ses limitations, sa capacité de travail avait toujours été nulle depuis le 15 avril 2011, à l'exception éventuellement d'une brève période en 2013, sous réserve de son hospitalisation en juin 2013. Par conséquent, son degré d'invalidité était de 100%, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité durant les périodes reconnues par l'intimé, mais également du 1^{er} juin au 30 novembre 2013 et dès le 1^{er} août 2014, de manière illimitée. 41. Dans ses observations du 15 juillet 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Le rapport du SMR du 28 juillet 2015 devait être assimilé à une expertise et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, en l'absence d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le rapport et suffisamment pertinents pour en remettre en cause son bienfondé. Le seul fait que la recourante prétende que les médecins du SMR n'étaient pas neutres ne suffisait pas, en l'absence d'éléments objectivement vérifiables. Les Drs L_____ et M_____ avaient vérifié les données collectées par le Dr G_____ auprès de la recourante. Le dossier de la recourante leur avait été remis dans son ensemble. Le fait qu'un rapport d'un médecin traitant n'ait pas été signalé n'était pas suffisant pour entacher la valeur du rapport du SMR. Dans la mesure où les Drs L_____ et M_____ n'avaient pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme, les nouveaux critères jurisprudentiels n'avaient pas à être examinés. La demande d'inclure un volet neurologique dans l'expertise était infondée, la Dresse E_____ ayant signalé dans son rapport du 14 décembre 2011 que les céphalées tensionnelles ne justifiaient aucune incapacité de travail. L'erreur contenue dans le rapport du Dr G_____ consistait manifestement en une erreur de plume, laquelle n'était pas suffisante pour faire douter de la valeur probante de son expertise. Ce médecin n'avait pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, de sorte que les nouveaux critères jurisprudentiels étaient sans pertinence. Aucun élément objectif ne justifiait de procéder à de nouvelles prises d'images radiologiques. 42. Par décision du 22 juillet 2016, la recourante a été admise au bénéfice de l'assistance juridique. 43. Dans ses observations du 15 août 2016, la recourante a persisté dans ses arguments et conclusions. Elle a rappelé sa position, par rapport aux éléments soulevés par l'intimé apportant quelques précisions supplémentaires pour le surplus. S'agissant du volet neurologique du dossier, il ne se limitait pas à la conclusion de la Dresse E_____. En effet, lors de l'examen du SMR, elle avait fait part d'un trouble sensitivomoteur

hémicorporel gauche accentué suite à un accident vasculaire cérébral en 2013. D'ailleurs, les Drs L_____ et M_____ avaient eux-mêmes retenu un trouble sensitivomoteur subjectif hémicorporel gauche sans substrat organique, de sorte que des investigations neurologiques complémentaires actuelles devaient être confiées à un spécialiste FMH en neurologie. Le Dr G_____ avait bel et bien retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais uniquement au cas où il n'y avait pas de substrat organique sous-jacent. De son propre aveu, n'étant pas un médecin somaticien, il n'avait pu se prononcer sur ledit substrat organique. D'ailleurs, il avait examiné les critères de gravité du trouble somatoforme, mais selon l'ancienne jurisprudence. L'intimé admettait que le SMR n'avait pas effectué l'anamnèse de manière suffisante, les Drs L_____ et M_____ s'étant contentés de reprendre l'anamnèse du Dr G_____ et de vérifier celle-ci auprès de la recourante. Il en résultait que ces médecins avaient été dirigés par une anamnèse datant de plus de deux ans. Le fait que le SMR ne résume pas tous les rapports médicaux figurant au dossier laissait planer le doute sur le fait qu'il ait pris connaissance de l'ensemble du dossier ou qu'il n'ait retenu que les éléments qui « l'arrangeaient ». Sur ce point, le SMR n'avait pas fait état du rapport du 3 novembre 2011 du Dr D_____, lequel faisait état d'un épisode dépressif sévère. De nouveaux examens d'imagerie, étaient nécessaires compte tenu des plaintes somatiques et du fait que plusieurs médecins, dont le Dr G_____, évoquaient un trouble somatoforme douloureux, à tout le moins une affection psychosomatique. 44. Le 23 août 2016, la recourante a produit un rapport daté du 20 juin 2016 des Desses O_____ et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et insisté sur l'importance de mettre en œuvre une expertise en matière rhumatologique, psychiatrique et neurologique. Les Desses O_____ et P_____ ont retenu les diagnostics d'hypothyroïdie traitée, d'agoraphobie, d'état de stress post-traumatique lié à des agressions, de trouble de l'adaptation secondaire au décès de ses parents, d'épisode dépressif léger, de trouble somatoforme avec syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles mixtes de la personnalité. L'état de santé physique et psychique de la recourante entraînait une incapacité totale de travail et nécessitait un suivi psychiatrique intégré. Les Desses O_____ et P_____ ont exposé l'anamnèse de la recourante et fait état de leurs constatations à persister dans ses conclusions et rappelé ses différents arguments précédemment exposés objectifs lors de l'examen pratiqué. 45. Dans ses observations du 13 septembre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il considère que le rapport détaillé des médecins du SMR doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La prétendue partialité de ces deux spécialistes ne saurait être valablement démontrée du seul fait que ces derniers aient demandé à la recourante quelles étaient ses attentes vis-à-vis de l'assurance- invalidité. Cette même question aurait pu être posée par des experts privés. S'agissant de la présence d'une éventuelle atteinte neurologique, des examens complémentaires ne se justifient nullement dans la mesure où aucun médecin n'a attesté la présence objective d'une telle atteinte, la recourante elle-même admettant que les symptômes ressentis sont survenus dans un contexte de stress professionnel. Le fait que les atteintes n'aient pas de substrat objectif ne signifie pas pour autant que la recourante souffre d'un TSD, et dans cette mesure aucun élément ne justifie la mise sur pied d'une nouvelle expertise sur ce point. Ce diagnostic a en effet été écarté. Le fait que les médecins n'aient pas mentionné spécifiquement le rapport du Dr D_____ du 3 novembre 2011 est sans conséquence sur les diagnostics retenus lors de l'examen: les spécialistes ont en effet retenu pour le passé certaines périodes d'incapacité de travail totale ou partielle ; ils ont en revanche constaté au moment de l'examen un état dépressif récurrent moyen, en rémission.

Quant à la réalisation de nouveaux clichés radiographiques, elle ne se justifiait nullement dans la mesure où aucune aggravation des diverses atteintes physiques n'avait été avancée par les différents médecins traitants.![endif]>![if> 46. Le 29 septembre 2016, l'intimé a adressé à la chambre de céans un avis du 27 septembre 2016 établi par la Dresse N_____ du SMR. Compte tenu dudit avis, il a conclu à un complément d'instruction.![endif]>![if> La Dresse N_____ a relevé que les diagnostics posés par les Dresses O_____ et P_____ dans leur rapport du 20 juin 2016 étaient donnés sans distinction entre ceux ayant une répercussion sur la capacité de travail et les autres. Sur le plan somatique, le rapport du SMR avait clairement démontré l'absence d'atteinte ayant une influence sur la capacité de travail. L'hypothyroïdie substituée n'était en aucun cas limitante. Sur le plan psychiatrique, bien que le diagnostic d'agoraphobie se rapporte à une agoraphobie sans attaque de panique, le rapport décrivait une symptomatologie de type attaques de panique qui survenaient lorsque la recourante était confrontée à certaines situations, telles que l'usage des transports publics, rouler en voiture seule, la foule et les grands magasins, ainsi que prendre une douche seule dans la salle de bain. Aucune attaque de panique n'était signalée en dehors de ces circonstances. C'était la première fois qu'une symptomatologie de type attaque de panique était évoquée dans le dossier. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, ce diagnostic n'avait jamais été évoqué dans le dossier. La notion anamnétique d'agressions passées ne signifiait pas qu'une personne souffrait de stress post-traumatique. En l'occurrence, aucun symptôme ne permettait d'évoquer un tel diagnostic, hormis la phobie de se retrouver seule dans la salle de bain, difficulté qui était surmontée par le fait que la recourante prenait ses douches chez sa voisine. Aucune répercussion sur la capacité de travail n'en découlait. Le trouble de l'adaptation secondaire au décès des parents et l'épisode dépressif léger étaient des affections de faible intensité. Le status décrit ne faisait pas état de symptômes manifestes en lien avec ces diagnostics, puisque la recourante ne semblait pas triste et pas vraiment déprimée. Dans ce contexte, il n'était pas clair sur quels critères le trouble de l'adaptation et l'épisode dépressif étaient retenus. En ce qui concerne le trouble mixte de la personnalité, le rapport ne précisait pas non plus sur quels critères ce diagnostic était retenu. L'appréciation coïncidait avec celle du Dr G_____ qui retenait une accentuation de certains traits de la personnalité. Ce diagnostic était posé lorsque les critères pour un trouble de la personnalité constitué n'était pas rempli. Il était réputé comme étant non incapacitant. Enfin, si le syndrome douloureux somatoforme persistant avait été retenu par le Dr G_____, il avait été écarté lors de l'évaluation du SMR en 2015, dans la mesure où il était apparu que les critères pour un tel diagnostic n'étaient pas remplis, notamment vu l'absence de détresse. C'était un diagnostic de trouble sensitivomoteur subjectif hémi-corporel gauche sans substrat organique qui semblait mieux correspondre à la présentation clinique. Or, il s'agissait d'une affection de moindre gravité, sans répercussion sur la capacité de travail. En résumé, la symptomatologie de type attaque de panique constituait un élément nouveau dont il convenait de clarifier les répercussions sur la capacité de travail. 47. A la suite de 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 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions

de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, en particulier sur la question de savoir si sa rente d'invalidité doit être entière et/ou limitée dans le temps.![endif]>![if> 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).![endif]>![if> 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1 er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108

consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).>![if> En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). >![if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les

données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). b. Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. A teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. A noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont

sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

9. 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).

10. 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 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).

11. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est

invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. [endif]> [if> Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable. 11. En l'espèce, l'intimé considère que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2012 au 31 mai 2013, à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 30 novembre 2013, à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2013 au 31 juillet 2014 et à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2015. Ce droit à la rente découle des périodes d'incapacité de travail reconnues par l'intimé, soit : 50% du 15 avril 2011 au 30 avril 2012, 100% du 1^{er} mai 2012 au 28 février 2013, 50% du 1^{er} mars 2013 à fin septembre 2013, 100% de fin septembre 2013 à avril 2014, 50% de mai à décembre 2014 et 0% dès le 1^{er} janvier 2015. Il fonde principalement sa décision sur le rapport d'examen psychiatrique et rhumatologique du SMR du 28 juillet 2015 et sur l'avis du SMR du 13 novembre 2015. [endif]> [if> Pour sa part, la recourante considère que son incapacité de travail est totale depuis le 15 avril 2011, sans variation, et qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2012, sans limite dans le temps. En substance elle conteste la valeur probante du rapport d'examen du SMR du 28 juillet 2015 et considère que l'OAI n'a pas suffisamment instruit son cas. En l'occurrence, dans son écriture datée du 29 septembre 2016, l'intimé, suivant les recommandations de l'avis du 27 septembre 2016 du SMR, a estimé que l'instruction médicale du cas de la recourante était incomplète et qu'il convenait d'examiner les répercussions sur la capacité de travail de la symptomatologie de type attaque de panique mentionnée dans le rapport du 23 août 2016 des Desses O_____ et P_____. Par conséquent, l'instruction n'étant pas achevée, il serait prématuré à ce stade que la chambre de céans se prononce sur la valeur probante des différents rapports et expertises versés au dossier. En effet, il n'est pas exclu que les nouvelles investigations modifient la décision de l'intimé et/ou l'appréciation de la valeur probante des documents médicaux sur lesquels se fondent les parties. Cela étant, il convient de relever certaines lacunes du rapport d'examen du 28 juillet 2015 du SMR. Ledit rapport a été demandé par l'intimé suite à l'avis du SMR du 24 avril 2015, lequel préconisait qu'un examen ou une expertise psychiatrique et rhumatologique soit mis en œuvre afin d'évaluer l'état de santé de la recourante et ses conséquences sur sa capacité de travail depuis l'expertise du Dr G_____, les rapports des Drs J_____ et I_____ des 25 avril 2014 et 13 novembre 2014 n'étant pas suffisamment étayés. Dans les rapports précités, le Dr J_____ a notamment diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant, alors que le Dr I_____ a retenu une fibromyalgie. Or, dans le rapport d'examen du 28 juillet 2015 du SMR, si les Drs L_____ et M_____ ont écarté explicitement le diagnostic de fibromyalgie, ils n'ont pas traité du trouble somatoforme douloureux. Cela est d'autant plus problématique que ce rapport d'examen avait pour but de synthétiser et de résoudre le cas de la recourante sur le plan médical, et

que le Dr G_____, dont l'expertise du 1^{er} octobre 2013 a été reconnue comme probante par le SMR, avait également posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, sous réserve d'un substrat organique sous-jacent qui pourrait expliquer les douleurs décrites. En outre, il apparaît que les Drs L_____ et M_____ ont eu à aborder des problématiques neurologiques, domaine étranger à leur spécialisation FMH. L'expertise d'un neurologue aurait en l'occurrence dû être requise, dans la mesure où la présence d'atteintes neurologiques est admise, quand bien même elles sont considérées comme non-invalidantes, et où les Drs L_____ et M_____ semblent hésitants sur ces questions, en particulier sur les effets du kyste découvert fortuitement à l'occasion de l'examen clinique de la recourante. Par conséquent, le renvoi du dossier à l'intimé se justifie. Il appartiendra à ce dernier de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, psychiatrie et neurologie. En particulier, les questions du trouble somatoforme douloureux et des attaques de panique devront être examinées. Cela permettra de faire la synthèse du cas pour le moins complexe de la recourante, compte tenu des différents avis médicaux et des variations parfois importantes entre ceux-ci, de répondre aux questions restées en suspens et de donner la possibilité à la recourante de se prononcer sur la personne des experts retenus et/ou sur les questions à leur soumettre. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 17 février 2016 sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire en matière rhumatologique, psychiatrique et neurologique, et rende une nouvelle décision. >[if> Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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