

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1556/2013

ATAS/709/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 septembre 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CONCHES, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), originaire de Chexbres (VD), née le _____ 1957, travaillait en qualité de secrétaire auprès du département B_____ de l'État de Genève lorsqu'elle a glissé, le 7 avril 2009, à son lieu de travail, sur le sol mouillé, chutant et heurtant des armoires métalliques avant de tomber sur le sol.
2. Le diagnostic posé immédiatement après cette chute a été celui de tendinite du sus-épineux gauche sur fissuration.
3. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Nationale Suisse (ci-après : l'assureur-accidents).
4. Les examens radiologiques effectués ont mis en évidence une enthésopathie focale du sus-épineux, en regard de son insertion humérale, avec fissuration focale sur le versant articulaire, non transfixiante et sans rétractation tendineuse (échographie de l'épaule gauche du 22 avril 2009), une ébauche d'hyperostose sous-acromiale (radiographie de l'épaule gauche du 18 juin 2009) et une capsulite rétractile de degré modéré, ainsi que des signes modérés d'un conflit sous-acromial, visibles sous la forme d'une bursite (arthrographie et arthro-IRM de l'épaule gauche du 18 juin 2009).
5. Par rapport du 31 juillet 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie et électroencéphalographie, a considéré que l'assurée souffrait d'une contusion traumatique de l'épaule gauche, avec une rupture tendineuse et des troubles sensitifs et sudoraux du membre supérieur gauche et du thorax, possiblement d'origine sympathique.
6. Selon les avis des 12 juin, 30 septembre et 16 octobre 2009, 5 mars et 8 octobre 2010 et 14 février 2011 notamment, établis par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assurée a dans un premier temps souffert d'une rupture partielle de la coiffe des rotateurs, ayant par la suite évolué vers une épaule gauche gelée. Ces atteintes étaient à l'origine d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30 avril 2012 et de 50% dès le 1^{er} mai 2012. Par ailleurs, selon l'appréciation du 7 décembre 2010 du médecin précité, seule une activité d'huissier ou de standardiste téléphonique était alors envisageable à temps partiel.
7. Le 4 octobre 2009, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations en raison d'une épaule gelée sévère à gauche, de douleurs à l'épaule droite et à la nuque ainsi que de son hémicorps gauche ankylosé.
8. Parallèlement à la procédure par-devant l'OAI, l'assureur-accidents a sollicité la réalisation de plusieurs expertises :
 - Le 3 novembre 2009, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée et a posé, dans son rapport du 25 novembre 2009, les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule gauche, lésion partielle

du sus-épineux gauche, dysfonction du système sympathique et status post contusion du genou droit. Ces atteintes entraînaient une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle de secrétaire et de 75% dans une activité adaptée (50% de présence avec une diminution de rendement de 50%).

- Le 13 avril 2010, le Dr E_____ a, une nouvelle fois, examiné l'assurée et a rappelé, dans son rapport du 14 avril 2010, les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule gauche et de status post contusion du genou droit, qu'il a complétés avec ceux de syndrome douloureux, de paresthésies cutanées et de tendinite de la patte d'oie. Ces atteintes entraînaient toujours une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle, un reclassement dans une activité monomanuelle n'étant toutefois pas envisageable, le syndrome douloureux ayant tendance à être davantage diffus.
- Les 8 et 9 juin 2011, les docteurs F_____, spécialiste FMH en neurologie, et G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, experts pour le compte du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed), ont à leur tour examiné l'assurée. À teneur de leur rapport du 30 août 2011, les diagnostics étaient les suivants : capsulite rétractile de l'épaule gauche, vraisemblablement au décours, douleurs de l'épaule droite d'origine inexplicite cliniquement ou inconographiquement et probable plica synoviale du genou droit.

L'examen neurologique était dominé par des troubles sensitivo-moteurs hémicorporels gauches à prédominance facio-brachiale sans élément clairement indicateur d'une atteinte structurelle du système nerveux périphérique et central. La capacité de travail était entière du point de vue neurologique.

Sur le plan orthopédique, les experts avaient l'impression que sous narcose, des amplitudes articulaires normales à droite et vraisemblablement beaucoup plus près de la norme à gauche pouvaient être obtenues. En effet, l'examen clinique « standard » ne permettait pas de faire la différence entre des contractures réflexes, clairement présentes, et une véritable limitation passive des amplitudes articulaires. Ainsi, si la capsulite rétractile se confirmait sous narcose, une mobilisation pourrait être tentée. Cela étant, même sans remettre en question le fait que la capsulite était encore présente, les experts ne voyaient pas ce qui empêchait l'assurée d'exercer son activité de secrétaire, dans la mesure où son poste était adapté, à savoir qu'il ne nécessitait pas le port de documents au-delà de 90° et pesant plus de 3 kilos.

9. Par décision du 17 janvier 2012, l'assureur-accidents a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 9 décembre 2011. Sur opposition, l'assureur-accidents a prolongé le versement des indemnités journalières et mis un terme à leur versement avec effet au 9 mai 2012 (voir décision sur opposition du 18 juin 2013).
10. Faisant suite rapport du CEMed du 30 août 2011, l'OAI a informé l'assurée, le 11 septembre 2012, qu'il entendait rejeter la demande de prestations, dès lors

qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, sans baisse de rendement.

11. Par courrier du 1^{er} octobre 2012, l'assurée a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 30 août 2011 du CEMed, considérant, en se fondant sur divers rapports du Dr D_____ annexés, qu'il ne lui était plus possible de travailler à plein temps, seule une activité d'huissier voire de standardiste-téléphoniste à temps partiel, à savoir à 50%, étant encore exigible.
12. L'OAI a soumis les rapports précités du Dr D_____ à son service médical régional (ci-après : SMR), qui a considéré, dans un avis du 26 mars 2013, que la différence d'appréciation entre les experts du CEMed et le médecin traitant était liée au fait que les premiers se fondaient sur des éléments objectifs alors que le second retenait ce que sa patiente s'estimait en mesure de faire.
13. Se fondant notamment sur l'avis précité du SMR, l'OAI a confirmé, par décision du 15 avril 2013, les termes de son projet du 11 septembre 2012, rejetant ainsi la demande de prestations de l'assurée.
14. Le 15 mai 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, concluant préalablement, à la réalisation d'une expertise judiciaire et, cela fait, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. À l'appui de ses conclusions, elle a invoqué le caractère arbitraire de l'avis du SMR, sur lequel l'OAI s'était fondé pour rejeter la demande de prestations, dès lors qu'aucun élément médical, pas même l'expertise, ne permettait de retenir une reprise du travail après un laps de temps aussi bref. Par ailleurs, l'expertise du CEMed de juin 2011 était dénuée de toute valeur probante, dès lors qu'elle ne posait ni diagnostic du point de vue orthopédique ni limitations fonctionnelles, au contraire des Drs E_____ et D_____.
15. Dans sa réponse du 13 juin 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant en substance que l'expertise du CEMed disposait d'une pleine valeur probante.
16. Le 10 juillet 2013, la recourante a produit le rapport du 5 juillet 2013 de la docteure H_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, faisant état de la présence, au mois d'août 2011, d'une capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule gauche ainsi que de dorsalgies sur troubles statiques et dégénératifs. Au vu de ce qui précède, la recourante persistait dans ses conclusions.
17. L'OAI a soumis le rapport de la Dresse H_____ au SMR, lequel s'est déterminé par avis du 8 août 2013 et a considéré qu'il n'y avait pas eu d'aggravation depuis l'expertise du CEMed du 30 août 2011. La dorsalgie évoquée était sans lésions graves démontrées. Enfin, le médecin précité ne se prononçait ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles. Il n'y avait dès lors pas d'argument médical permettant de modifier les conclusions du rapport SMR du 7 août 2012.

18. Par courrier du 8 novembre 2013, la recourante a transmis un rapport de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, laquelle a diagnostiqué en septembre 2013, un état dépressif moyen et un état de stress post-traumatique impliquant une incapacité de travail à 100%.
19. Entendue lors de l'audience de comparution personnelle du 3 décembre 2013, la recourante a expliqué avoir repris une activité depuis le 12 août 2013 avec un stage et, depuis le 2 septembre 2013, une activité de secrétaire à 50 % auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE). Elle travaillait quatre heures le matin. L'ergonomie de son poste de travail avait été étudiée et elle limitait le port de dossiers. Le travail augmentait les douleurs et elle devait prendre plus de médicaments. Après une demi-journée de travail, elle était obligée de s'aliter et de se reposer. Suite à l'accident, elle avait souffert des deux épaules mais les douleurs à l'épaule droite avaient été occultées par les divers médecins, de même que les sensations d'ankylose dans le palais. Elle avait également souffert de douleurs dorsales et des trapèzes.

Au cours de cette audience, la recourante a transmis un courrier du docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin consultant de l'État de Genève, lequel a retenu un trouble dépressif récurrent, moyen, et une personnalité anankastique, avec une capacité de travail limitée à 50%, mais un bon pronostic.
20. Par avis du 17 décembre 2013, le SMR a estimé que dans un contexte de douleurs diffuses persistantes associées à une atteinte psychique, il fallait évoquer un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. À cela s'ajoutait le fait que les psychiatres n'étaient pas unanimes sur la nature de l'atteinte. Le SMR proposait par conséquent le renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.
21. Le 22 janvier 2014, la recourante s'est opposée à ce mode de faire et a relevé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'avait jamais été évoqué, dès lors qu'elle souffrait de deux problématiques distinctes, la première d'ordre orthopédique et la deuxième d'ordre psychiatrique. Elle contestait les conclusions de l'expertise du CEMed sur le plan orthopédique et relevait que l'aspect psychique n'avait pas été investigué. Elle concluait dès lors à ce que la chambre de céans ordonne une expertise orthopédique et psychiatrique.
22. Par courrier du 7 avril 2014, l'intimé a considéré que l'expertise devait contenir un volet rhumatologique et non pas orthopédique, la première spécialité étant plus axée sur l'ensemble de la problématique ostéoarticulaire et fonctionnelle de la recourante.
23. Par ordonnance du 14 avril 2014, la chambre des assurances sociales a mandaté les docteurs K_____, spécialiste FMH en orthopédie, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise, invitant notamment l'expert

orthopédiste à examiner la nécessité de soumettre l'assurée à un examen rhumatologique.

24. Les Drs K_____ et L_____ ont procédé à un examen clinique sur le plan orthopédique en date du 27 octobre 2014 ainsi qu'à un examen psychiatrique en date des 21 mai, 11 juin et 10 juillet 2014 ainsi que 22 janvier 2015, pour une durée totale de 3h45. Au vu de l'examen clinique, l'expert orthopédiste a notamment considéré qu'il n'était pas nécessaire de soumettre la recourante à un examen rhumatologique.

Après avoir effectué l'anamnèse, énuméré les plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique, les experts ont retenu les diagnostics suivants dans leur rapport du 24 février 2015 : petite irritation sous-acromiale déjà existante en 2009, et, sur le plan psychique, dysthymie légère (F34.1) et anxiété généralisée d'intensité moyenne (F41.1). Sur le plan de la personnalité, il existait une certaine fragilité de base caractérisée par un manque de confiance en soi et des traits évitants et anankastiques (perfectionnisme, méticulosité), rendant probablement compte du caractère intense et prolongé des suites de l'accident. Dans la mesure où la recourante ne présentait pas de « conflits émotionnels » ou de « problèmes psychosociaux », le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvait être retenu. Les douleurs sine materia et les autres plaintes fonctionnelles (fatigue, troubles d'allure digestive) relevaient probablement d'un abaissement du seuil de la sensibilité lié à la présence du trouble anxieux et dépressif et d'une fragilité structurelle de la personnalité. En cas de persistance ou d'amplification de ces manifestations, les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié ou de somatisation pouvaient être envisagés.

Sur le plan psychique, le cumul des deux affections entraînait une baisse de l'énergie disponible, de la motivation et de la confiance en soi et, par conséquent, une incapacité de travail de 50% entre septembre 2012 et mai 2014, de 40% entre juin 2014 et janvier 2015 et suite à une amélioration partielle sur les plans anxieux et dépressif, de 30% dès février 2015 et ce pour une durée indéterminée. Dans un délai de 12 à 18 mois toutefois, la recourante devait recouvrer une pleine capacité de travail. En revanche, sur le plan orthopédique, la capacité de travail était totale depuis le 27 octobre 2014, dans une activité n'exigeant pas de mouvements au-dessus du niveau de l'épaule gauche (overhead) et le port de charges supérieures à 3-4 kg. L'activité de secrétaire était ainsi exigible, sans réorientation professionnelle. En résumé, globalement, la capacité de travail de la recourante était la suivante : 0% du 8 avril 2009 au 31 janvier 2012, 50% du 1^{er} février 2012 au 30 juin 2014, 60% du 1^{er} juillet 2014 au 30 janvier 2015 et 70% dès le 1^{er} février 2015.

Discutant notamment l'avis du Dr G_____, les experts ont expliqué ne pas partager ses conclusions concernant la capacité de travail dès lors qu'une capsulite rétractile de l'épaule était susceptible de décompenser un conflit sous-acromial et par conséquent de générer des douleurs pouvant interférer avec le travail. Pour le

Dr K_____, chaque patient était différent, avec une tolérance à la douleur très variable et une durée d'incapacité de travail variable. Toutefois, en présence d'un substrat anatomique vrai, avec un examen clinique correspondant, il se devait d'en tenir compte, lors de l'établissement de l'arrêt de travail, et de l'adapter au cas par cas. En revanche, il rejoignait globalement les conclusions de la Dresse H_____, considérant qu'au vu de la persistance d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche, décompensant un conflit sous-acromial, la continuation de l'arrêt de travail à 50% était justifiée.

Sur le plan psychique, les experts rejoignaient l'appréciation de la Dresse I_____, à l'exception du diagnostic d'état de stress post-traumatique, lequel n'était pas justifié au vu de la nature de l'accident.

25. L'expertise précitée a été soumise aux parties.
26. Par courrier du 27 avril 2015, l'intimé a souhaité poser des questions complémentaires, portant notamment sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou analogue.
27. Pour sa part, la recourante a, par courrier du 30 avril 2015, contesté l'appréciation de la capacité de travail par les experts, considérant que celle-ci était de 40% dès le 1^{er} juillet 2014, comme cela ressortait d'ailleurs des certificats des Drs I_____ et D_____ des 31 mars 2015 et 20 avril 2015, joints à son courrier.
28. Par courrier du 15 mai 2015, les experts ont répondu aux questions complémentaires. Sur le plan somatique, il existait des plaintes de douleurs irradiant dans la face, de la fatigabilité et de la difficulté d'élévation des bras, inexplicables sur le plan purement anatomique et organique. Douleur sine materia n'était toutefois pas synonyme de douleur somatoforme au sens de la CIM-10, et ce notamment en l'absence de conflits émotionnels et/ou de problèmes psychosociaux significatifs à l'origine desdites douleurs. Pour les experts, la persistance de douleurs après la rémission presque complète des atteintes objectives relevait probablement de l'abaissement du seuil de la perception douloureuse imputable aux troubles anxieux et dépressifs et à la fragilité de la personnalité. Dans de telles circonstances, les experts retenaient plutôt le diagnostic de majoration des troubles douloureux en rapport avec les facteurs psychiques précités. Par ailleurs, la dysthymie était un syndrome d'accompagnement au contraire de l'anxiété, déjà présente avant l'accident.
29. Dans son courrier du 8 juin 2015, la recourante s'est opposée à l'application de la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, ses douleurs ayant eu, dans un premier temps, un substrat clairement organique.
30. Par courrier du 17 juin 2015, la recourante a encore attiré l'attention de la chambre de céans sur la modification de la jurisprudence relative aux affections psychosomatiques et assimilées résultant de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015, dont une copie était jointe au courrier.

31. Le 25 juin 2015, l'intimé s'est prononcé sur le complément d'expertise du 15 mai 2015 et a considéré, en se fondant sur l'avis du SMR du 8 juin 2015 auquel il renvoyait pour le surplus, qu'il n'y avait pas de raison médicale aux incapacités de travail retenues depuis 2009.

Selon l'avis du 8 juin 2015 précité, le SMR, sous la plume du docteur M_____, médecin praticien, a considéré que le Dr K_____ s'écarterait de l'expertise du Dr G_____ en ce qui concernait les incapacités de travail, uniquement à cause des douleurs alléguées alors que la description de la situation était rassurante et que les limitations des membres supérieurs étaient parfaitement respectées dans l'ancienne activité. À cela s'ajoutait le fait que les traitements antalgiques étaient modérés (paracétamol et aspirine). Par conséquent, compte tenu du caractère relativement modeste de l'atteinte et de l'évolution favorable, il n'était pas possible, au niveau somatique, de reconnaître une incapacité de travail de 100% depuis 2009.

Quant au Dr L_____, il faisait une description très rassurante de l'état psychique de la recourante (pas de plainte particulière hormis une fatigue et un sentiment d'anxiété, essentiellement réactionnel à une kinésiophobie et à une situation financière catastrophique suite au refus de l'OAI). Il ne retenait qu'une anxiété généralisée, justifiée seulement par des ruminations soucieuses et une anxiété objectivable, comme étant susceptible d'affecter la capacité de travail. Cependant, les pensées de l'assurée étaient réactionnelles à la situation actuelle et l'expert ne retrouvait aucun signe permettant d'objectiver cette anxiété. Lors de son examen, il n'avait relevé qu'une sensibilité aux bruits et ne retrouvait ni humeur triste, ni signe d'anxiété (pas d'attitude figée, pas de tremblements, pas de sudation) ou encore de signe psychotique ou délirant. S'agissant du syndrome dépressif, il n'atteignait pas le degré d'un véritable épisode dépressif.

Le SMR était par conséquent d'avis que les incapacités retenues par les experts ne pouvaient être reconnues, ce d'autant plus que ceux-ci insistaient sur le caractère rassurant de leurs examens respectifs.

32. Par courrier du 14 juillet 2015, l'intimé a considéré que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les affections psychosomatiques et assimilés ne s'appliquait pas à la présente cause en vertu du principe de l'interdiction de la rétroactivité.
33. Dans un courrier du 21 août 2015, la recourante a relevé que selon le Tribunal fédéral, une nouvelle jurisprudence s'appliquait immédiatement aux affaires pendantes au moment où elle était adoptée. Par conséquent, il y avait lieu d'examiner si, sur la base des indicateurs déterminants relevés par la nouvelle jurisprudence fédérale, l'expertise réalisée par les Drs K_____ et L_____ permettait une appréciation convaincante du cas. Pour le surplus, la recourante a persisté dans ses conclusions.
34. Le 11 mars 2016, la chambre de céans a soumis aux experts l'avis du SMR du 8 juin 2015.

35. Par courrier du 14 mars 2016, le Dr L_____ a expliqué que la dysthymie et l'anxiété généralisée étaient par définition des affections chroniques et principalement subjectives. Leur caractère chronique pouvait amener, comme dans le cas de la recourante, une fatigabilité excessive, mentale et physique, constituant une limitation fonctionnelle, à laquelle il fallait encore ajouter le manque de confiance en soi et une difficulté à se projeter vers l'avenir. Les ruminations soucieuses et l'anxiété objectivable mentionnées par le SMR correspondaient aux manifestations essentielles du trouble de l'anxiété généralisée. Qu'elles soient réactionnelles ne modifiait en rien le diagnostic et leur intensité. L'anxiété généralisée « '[faisait] feu de tout bois' en s'emparant de tout événement susceptible de mal tourner ». Les éléments objectifs étaient limités, comme cela était habituellement le cas avec une telle atteinte. Dans certains cas, le diagnostic d'anxiété généralisée était posé uniquement sur la base de données subjectives, en l'absence de tout signe objectif, cela bien entendu pour autant que les plaintes subjectives paraissent cohérentes et plausibles. Dans le cas de la recourante, des signes objectifs, mentionnés dans le rapport d'expertise, appuyaient les plaintes subjectives. Contrairement à l'épisode dépressif d'une certaine gravité, la dysthymie n'entraînait généralement pas de manifestations objectives. La dépression dysthymique n'était pas sévère mais handicapante de par son caractère chronique et ses symptômes (manque d'énergie et de motivation, autodépréciation) étaient usants à la longue, comme l'anxiété généralisée.
36. Pour sa part, le Dr K_____ s'est prononcé par courrier du 19 avril 2016 et a relevé que ce n'était que durant son examen personnel du 27 octobre 2014 qu'il avait mis en évidence, de manière objective, une résolution complète des deux capsulites rétractiles. Cela signifiait par conséquent qu'à compter de cette date, une reprise du travail à 100% était possible. Pour ce médecin, dans la mesure où une capsulite rétractile pouvait décompenser une épaule avec une aggravation temporaire d'un conflit sous-acromial, les douleurs pouvaient largement et à elles seules justifier l'arrêt de travail comme prescrit par les différents médecins ayant examiné la recourante, tel que mentionné dans l'expertise. Personnellement, il ne pouvait mettre en doute l'honnêteté, le professionnalisme et les constatations cliniques des différents médecins de la recourante. Ce n'était donc qu'à la suite de son examen, le 27 octobre 2014, qu'il pouvait affirmer, avec certitude, la régression complète et l'absence totale de capsulite rétractile au niveau des deux épaules et, par conséquent, une capacité de travail entière.
37. Les compléments des Drs K_____ et L_____ ont été soumis aux parties.
38. L'intimé s'est prononcé par courrier du 25 mai 2016 et a considéré, en se référant à un avis du SMR annexé, rédigé par le Dr M_____ le 20 mai 2016, qu'il n'y avait aucune raison objective de justifier des incapacités de travail dans l'activité de secrétaire du point de vue somatique. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait « aucun élément pour une atteinte psychique présentant une acuité et une sévérité pouvant jouer un rôle sur la capacité de travail ».

Dans son avis du 20 mai 2016, le Dr M_____ a notamment considéré que sur le plan orthopédique, le Dr K_____ n'expliquait pas pour quels motifs l'activité de secrétaire n'était pas possible et ne respectait pas les limitations fonctionnelles, au contraire du Dr G_____. Sur le plan psychiatrique, le Dr L_____ avait expliqué que le caractère chronique et non la sévérité des atteintes avait des répercussions sur la capacité de travail. Alors que la CIM-10 prévoyait le contraire, l'expert psychiatre avait considéré que le caractère réactionnel de la symptomatologie anxieuse n'était pas déterminant dans le choix du diagnostic. En résumé, malgré le diagnostic de capsulite des deux épaules, il n'y avait aucune raison objective justifiant des incapacités de travail dans l'activité de secrétaire. Sur le plan psychique, il n'y avait aucun élément en faveur d'une atteinte psychique avec une acuité et une sévérité suffisante pour jouer un rôle sur la capacité de travail.

39. Par courrier du 25 mai 2016, la recourante a relevé qu'on ignorait la formation médicale du Dr M_____, qui ne figurait pas sur la liste des médecins de la FMH. Pour le surplus, elle transmettait à la chambre de céans deux nouveaux certificats, le premier émanant du Dr D_____ et le second de la Dresse I_____, des 17 et 20 mai 2016, confirmant une capacité résiduelle de 60%.

40. Le 30 juin 2016, l'OAI a informé la chambre de céans que le Dr M_____ était médecin praticien. Par ailleurs, quelle que soit sa spécialisation, un médecin SMR était en mesure d'émettre un avis sur la cohérence du rapport d'un confrère.

En annexe figurait un nouvel avis du Dr M_____, du 22 juin 2016, dont il ressort que les certificats des Drs D_____ et I_____ ne permettaient pas de s'écarter des précédentes conclusions.

41. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Dans la mesure où la compétence de la chambre de céans a été examinée dans l'ordonnance d'expertise du 11 avril 2014, il y a lieu de s'y référer.
2. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

Cela signifie, dans le cas d'espèce, que la légalité de la décision du 14 avril 2013 doit être examinée au regard des faits existant à cette date et non des évolutions ultérieures.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

4. 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).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

On rappellera encore qu'un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (ATF 132 V 65 consid. 3.4 ; 131 V 50 consid. 1.2 ; 130 V 353 consid. 2.2.3).

5. Selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est décrit comme une atteinte à la santé retenue

lorsque « des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même » et que le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) ». Ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90, dans sa version en vigueur au moment où l'assuré a été expertisé (Pierre-André FAUCHERE, Douleur somatoforme, 2007, p. 141 s.).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les assurances sociales ne couvrent pas les conséquences de la névrose de revendication (ou de compensation) classée sous chiffre F68.0 de la CIM-10 (ATF 104 V 31 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 189/01 du 11 septembre 2001 consid. 4b ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances C-2768/2008 du 13 octobre 2009 consid. 8.1). Pour le Tribunal fédéral, l'assuré atteint de ce type de névrose ne parvient pas à sortir du rôle d'invalidé, qu'il justifie par une infirmité inexistante ou dont il exagère les effets. Ses mobiles – inconscients – peuvent être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejette, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se fait une juste représentation de la réalité, il en est venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agit donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne peut, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (ATF 104 V 31 consid. 2b).

6. La dysthymie est caractérisée selon la CIM-10 par un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F34.1). Selon la jurisprudence, cette maladie ne suffit en principe pas à établir l'existence d'une atteinte psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part d'un assuré. Cette conclusion n'est toutefois pas absolue. Un trouble dysthymique peut dans un cas concret affecter de façon significative la capacité de travail, s'il apparaît en conjonction avec d'autres affections psychiques telles qu'un trouble sévère de la personnalité par exemple. Si par contre, sur le plan psychiatrique, seul le diagnostic de dysthymie est posé, cette maladie ne constitue pas une pathologie suffisante pour entraîner une diminution de la capacité de travail au sens de la loi (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3.2.1 ; 8C_528/2008 du 22 octobre 2008 consid. 3.3 ; I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1 ; I 938/05 du 24 août 2006 consid. 4.1 et 5 ; I 834/04 du 19 avril 2006 consid. 4.1 ; I 488/04 du 31 janvier 2006 consid. 3.3 ; I 724/01 du 23 mai 2002 consid. 2b). Cette affection psychique peut donc en principe être surmontée par un effort de volonté raisonnablement exigible.

En effet, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références), notamment en faisant usage des offres thérapeutiques disponibles (ATF 127 V 294 consid. 4b/cc).

7. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

b. 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.

b/aa. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

b/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 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).

b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

9. a. En l'espèce, la chambre de céans a nommé les Drs L_____ et K_____ aux fins de procéder à une expertise bidisciplinaire – psychiatrique et orthopédique – de la recourante. C'est donc la valeur probante de leur rapport qu'il convient d'examiner.

Le rapport des médecins précités, daté du 24 février 2015, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, les experts retiennent les diagnostics de persistance ou présence d'une petite irritation sous-acromiale au niveau de l'épaule gauche, d'anxiété généralisée et de dysthymie, associés à une certaine fragilité de base de la personnalité, caractérisée par un manque de confiance en soi et des traits évitants et anankastiques (perfectionnisme, méticulosité). Ils ont également considéré que les douleurs sine materiae et autre plaintes fonctionnelles (fatigue, troubles d'allure digestive) relevaient probablement d'un abaissement du seuil de la sensibilité lié à la présence du trouble anxieux et dépressif et à la fragilité structurelle de la personnalité. Sur le plan global, ces atteintes menaient à une capacité de travail évoluant de la manière suivante : 0% du 8 avril 2009 au 31 janvier 2012, 50% du 1^{er} février 2012 au 30 juin 2014, 60% du 1^{er} juillet 2014 au 30 janvier 2015 et 70% dès le 1^{er} février 2015, en raison toutefois de la seule atteinte psychique depuis le 27 octobre 2014. Par courrier du 15 mai 2015, les experts ont encore précisé qu'ils excluaient le diagnostic de douleur somatoforme au sens de la CIM-10, les plaintes inexplicables sur le plan purement anatomique et organique relevant plus probablement de l'abaissement du seuil de la perception douloureuse imputable aux troubles anxieux et dépressifs et à la fragilité de la personnalité. Il convenait ainsi plutôt de retenir le diagnostic de majoration des troubles douloureux en rapport avec les facteurs psychiques précités.

- b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été

ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

b/aa. En premier lieu, force est de constater que les experts n'ont pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'ils n'avaient pas à examiner le caractère incapacitant de ce diagnostic au regard des critères dégagés dans l'ATF 141 V 281.

Par ailleurs, dans la mesure où les conséquences du diagnostic de majoration des troubles physiques pour des motifs psychiques, classé sous le chiffre F68.09 de la CIM-10, ne sont pas couvertes par les assurances sociales (voir consid. 5 supra), le rapport des Drs K_____ et L_____ n'est pas non plus lacunaire sur ce point.

b/bb. Cela étant précisé, il y a désormais lieu d'examiner si les critiques formulées par le SMR, sous la plume du Dr M_____, sont susceptibles d'amener la chambre de céans à envisager la situation selon une perspective différente.

Sur le plan orthopédique, le SMR considère qu'il n'y a aucune raison médicale aux incapacités de travail attestées depuis 2009, l'atteinte retenue par le Dr K_____ étant relativement modeste et l'évolution très favorable, ce médecin s'écartant des conclusions de l'expertise du Dr G_____, s'agissant des incapacités, uniquement en raison des douleurs alléguées.

Or, force est tout d'abord de constater que, dans son rapport du 30 août 2011, le Dr G_____ a émis des doutes quant au diagnostic de capsulite rétractile (« si la capsulite rétractile se confirmait sous narcose » ou encore « même sans remettre en question que la capsulite soit encore présente à l'heure actuelle »), expliquant même que l'examen clinique standard ne lui permettait pas de faire la différence entre des contractures réflexes, clairement présentes, et une véritable limitation passive des amplitudes articulaires. Or, un rapport dans lequel l'expert pose le diagnostic principal tout en émettant en parallèle des doutes au sujet de sa pertinence ne saurait revêtir une pleine valeur probante. À cela s'ajoute le fait que l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr G_____ était selon toute vraisemblance guidée par son scepticisme relatif à l'existence même d'une capsulite rétractile, de sorte que les conclusions de ce médecin doivent de toute manière être prises avec circonspection.

Cela étant précisé, le Dr K_____ a considéré qu'au vu des pièces du dossier, et notamment du rapport des Drs G_____ et N_____, l'existence d'une capsulite rétractile aux deux épaules était établie. Ce n'était en fin de compte qu'au jour de son examen, le 27 octobre 2014, qu'il avait constaté une résorption de ladite capsulite. En d'autres termes, à cette date, les plaintes de la recourante ne concordaient plus avec les observations médicales concluantes du Dr K_____, à

savoir la résorption complète de la capsulite rétractile, et c'était donc à juste titre que l'expert orthopédiste n'avait plus retenu d'incapacité de travail (voir dans le même sens : ATAS/526/2012 du 19 avril 2012 consid. 8b). En revanche, il a expliqué qu'à partir du moment où il existait un substrat anatomique vrai, avec un examen clinique correspondant, il devait en tenir compte lors de l'appréciation de la capacité de travail. Il était ainsi d'avis qu'une capsulite rétractile pouvait décompenser un conflit sous-acromial et générer des douleurs pouvant interférer avec l'activité professionnelle. Or, force est de constater que cette approche correspond à celle qui est préconisée par la jurisprudence, à savoir que l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2) et qu'il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique, afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail (ATAS/526/2012 du 19 avril 2012 consid. 8b).

En résumé, jusqu'à l'examen par le Dr K_____, les douleurs invoquées par la recourante étaient corroborées par les examens cliniques et le dossier radiologique. Dans une telle situation, les médecins de la recourante pouvaient retenir une incapacité de travail, ce qui a d'ailleurs été confirmé par l'expert (ATAS/526/2012 du 19 avril 2012 consid. 8b a contrario).

b/cc. Sur le plan psychique, le Dr M_____ critique l'appréciation du Dr L_____ à deux égards. Il considère tout d'abord, dans son avis du 8 juin 2015, que la description faite par l'expert était très rassurante et que le syndrome dépressif n'atteignait pas le degré d'un véritable épisode dépressif, de sorte que les incapacités de travail retenues n'étaient pas justifiées. Par la suite, dans son avis du 20 mai 2016, le médecin du SMR a remis en question le diagnostic d'anxiété généralisé retenu par le Dr L_____, citant les définitions données par la CIM-10 et considérant que dans la mesure où la symptomatologie est réactionnelle à la situation actuelle, elle ne pouvait correspondre à un diagnostic d'anxiété généralisée, ce trouble ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.

Certes, le diagnostic de dysthymie n'est, à lui seul, pas incapacitant. Toutefois, selon une jurisprudence constante, il peut le devenir lorsqu'il est combiné à d'autres troubles psychiques (voir supra consid. 6). Or, dans le cas d'espèce, le Dr L_____ a considéré, dans son rapport du 24 février 2015, que c'était le cumul des diagnostics de dysthymie et d'anxiété généralisée, associés à une personnalité fragile, qui entraînait une diminution de l'énergie disponible, de la motivation et de la confiance en soi, justifiant une incapacité de travail de 50% entre septembre 2012 et mai 2014, de 40% entre juin 2014 et janvier 2015 et de 30% dès février 2015. Ainsi, si le trouble dysthymique n'est pas incapacitant en tant que tel, il l'est

devenu en corrélation avec le trouble anxieux notamment. L'appréciation du Dr L_____ correspond à la jurisprudence applicable en la matière.

S'agissant du diagnostic de l'anxiété généralisée, force est de constater que la catégorie F41 « autres troubles anxieux », à laquelle ce trouble appartient (F41.1) s'oppose en réalité à la catégorie « F40 » concernant les troubles anxieux phobiques, soit les troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. Dans ce groupe figurent notamment l'agoraphobie (F.40.0 - crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion), les phobies sociales (F40.1 - crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale), les phobies spécifiques (isolées) (F40.2 - phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures).

Dans la mesure où le Dr L_____ mentionne une sémiologie anxieuse diffuse avec ruminations soucieuses envahissantes et anxiété objectivable (expertise du 24 février 2015 p. 20) ainsi qu'un trouble faisant « feu de tout bois », en s'emparant de tout événement susceptible de mal tourner (famille, santé, travail) pour en faire des ruminations soucieuses interminables (courrier du 14 mars 2016), on ne voit pas pour quelle raison ce trouble ne correspondrait pas au diagnostic d'anxiété généralisée F41.1, à savoir une anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »), la situation déterminée devant être comprise au sens de la catégorie F40.

c. Pour sa part, la recourante se fonde sur les rapports de ses médecins traitants pour contester le taux d'incapacité de travail résiduelle retenu par les experts.

c/aa. S'agissant tout d'abord de la très brève appréciation de la Dresse I_____ du 17 mai 2016, force est de constater qu'elle ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, cette appréciation ne comporte qu'une seule phrase, confirmant la justification de la capacité de travail, en raison de symptômes anxio-dépressifs non précisés et de la grande fatigabilité de la recourante. Cette appréciation ne précise ainsi pas les plaintes de la recourante et ne comporte aucune indication quant aux constatations cliniques. On ne sait pas s'il s'agit simplement d'une appréciation différente d'un même état de fait ou s'il y a, au contraire, eu une aggravation depuis l'expertise réalisée entre le 21 mai et le 10 juillet 2014.

c/bb. Quant au courrier du Dr D_____, faisant état d'un status orthopédique légèrement différent de celui constaté par le Dr K_____ lors de son examen du 27 octobre 2014, il n'est pas précis en ce qui concerne la description des plaintes de

la recourante et des constatations cliniques, l'épaule concernée par les douleurs n'étant pas indiquée. En outre, étant donné la légère aggravation du status clinique, avec des amplitudes moins importantes, il s'agit là d'une modification de l'état de fait, postérieure à la décision attaquée, de sorte qu'il ne peut être pris en considération.

d. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que ni la recourante ni le SMR n'ont été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Il convient donc de retenir que le rapport des Drs L_____ et K_____ du 24 février 2015, ainsi que ses compléments des 15 mai 2015, 14 mars et 19 avril 2016 disposent d'une pleine valeur probante.

Dans ces circonstances, il y a lieu d'admettre que la capacité de travail de la recourante était la suivante : 0% du 8 avril 2009 au 31 janvier 2012, 50% du 1^{er} février 2012 au 30 juin 2014, 60% du 1^{er} juillet 2014 au 30 janvier 2015 et 70% dès le 1^{er} février 2015. Ainsi, contrairement à ce qui a été retenu par l'OAI dans la décision querellée, en date du 15 avril 2013, la capacité de travail était de 50% et non pas entière.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 15 avril 2013 sera annulée. La cause sera ainsi renvoyée à l'OAI pour examen du taux d'invalidité en prenant en considération les taux d'incapacités retenus par les experts, et nouvelle décision. Dans ce contexte, il appartiendra à l'OAI de procéder à une nouvelle appréciation de l'état de santé de la recourante dès le mois de mai 2016, dès lors qu'à cette date, les Drs I_____ et D_____ ont fait état d'un status différent, pouvant le cas échéant correspondre à une aggravation de l'état de santé.
11. 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]). Étant 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 200.-.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 15 avril 2013.
3. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour calcul du taux d'invalidité et nouvelle décision, au sens des considérants.
4. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 2'500.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le