

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2710/2012

ATAS/510/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître BOUCHAARA Evelyne

recourante

contre

Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, sis rue des
Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1962, d'origine kosovare, est arrivée en Suisse en 1994. Mariée, elle est mère de trois enfants nés en 1995, 1997 et 1999. De mai 2003 à décembre 2006, elle a travaillé en qualité de manutentionnaire pour un importateur de volailles tout en exerçant, parallèlement, une activité de nettoyeuse à 50%. Licenciée, l'assurée s'est annoncée à l'assurance-chômage et a été à plusieurs reprises en incapacité de travail depuis lors.
2. Le 4 novembre 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
3. A été versé au dossier de l'assurée le préavis médical rendu par le docteur B_____, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE), le 8 décembre 2009. Il s'agit d'un bref formulaire concluant à une incapacité de travail dès septembre 2008, de façon temporaire. Le médecin y indique brièvement qu'un travail physiquement léger et psychologiquement peu stressant serait exigible à 50%, taux pouvant être augmenté à 100% dans un délai de trois à six mois.
4. Dans un rapport du 17 novembre 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a conclu à un trouble hypochondriaque et à un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen présents depuis plusieurs années et ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis 2007.
5. Par courrier du 16 décembre 2010, le docteur D_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un problème cardiologique (tachycardie sinusale et supra-ventriculaire résistante au traitement médical, avec une symptomatologie de malaises et faiblesses de type lipothymie).
6. Le dossier a été soumis au docteur E_____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), qui, le 11 avril 2011 a constaté que la situation médicale était confuse. Il a relevé que le Dr B_____ ne donnait aucun diagnostic et ne motivait pas l'incapacité de travail, que sur le plan physique, si le cardiologue rapportait une tachycardie sinusale et supra-ventriculaire résistante au traitement, un rapport d'échographie rédigé le 16 décembre 2010 était, lui, plutôt rassurant, tout comme l'examen Holter pratiqué le 2 novembre 2010. D'ailleurs, le cardiologue ne se prononçait ni sur la capacité de travail ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles.
7. Interrogé sur ce qui justifiait l'incapacité de travail de sa patiente, le docteur F_____ a brièvement répondu que celle-ci était « très handicapée par les arythmies + état dépressif » (sic).
8. Dans un courrier du 9 mai 2011, le Dr D_____ a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail et a renvoyé l'OAI au médecin-traitant en ces termes : « Je pense que ce sujet devrait être discuté avec son médecin-traitant, en particulier le diagnostic non cardiologique de la patiente ».

9. L'assurée a alors été adressée au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 14 octobre 2011.

Aux termes de son analyse, l'expert n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il n'a mentionné qu'une dysthymie, présente depuis 2004 environ.

L'expert a notamment relevé l'absence de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables, surtout au plan familial. Il a souligné des incohérences importantes entre la description subjective par la patiente de ses symptômes et ses propres observations. Il a ainsi relevé que l'assurée participait activement à l'examen, sans signes importants de manque d'énergie ou de fatigue et décrivait de manière authentique son intérêt pour certaines émissions de télévision et la cuisine, par exemple.

L'expert s'est étonné que l'assurée reste capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et d'entreprendre par exemple des voyages impliquant des trajets en voiture d'une durée d'un jour ou plus, alors qu'à l'examen, elle frappait par un comportement démonstratif et une description dramatique.

Les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen psychiatrique ne permettaient quant à eux pas de conclure à l'existence de symptômes dépressifs dépassant un degré de sévérité relativement léger.

Les angoisses consistaient plus en craintes hypochondriaques s'inscrivant dans le contexte de la dysthymie qu'en un trouble hypochondriaque à proprement parler.

En définitive, l'expert a conclu à une totale capacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée, vu l'absence de maladie psychiatrique incapacitante.

10. Le 1^{er} juin 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
11. Le 27 juin 2012, l'assurée s'y est opposée en alléguant en substance être dans l'incapacité totale de travailler depuis septembre 2010.
12. Par décision du 11 juillet 2012, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, au motif qu'elle avait conservé une pleine capacité de travail et de gain et ce, dans toute activité.
13. Par écritures du 10 septembre 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que soient entendus ses médecins-traitants, à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise psychiatrique et, quant au fond, à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière, avec suite de frais et dépens.

La recourante reproche au Dr G_____ une appréciation qu'elle juge arbitraire sur plusieurs points :

-
- l'expert a relevé des contradictions dans ses explications alors même qu'elle ne maîtrise pas le français et que la traductrice qui l'assistait était de langue albanaise (elle-même s'exprime dans un dialecte du Kosovo), ce qui est, selon elle, à l'origine d'éventuelles imprécisions ;
 - l'expert aurait fondé son diagnostic sur ses seules observations, lesquelles n'ont duré que 120 mn.;
 - l'expert a écarté tout trouble de la mémoire et de la concentration, alors même qu'il a noté qu'elle peinait à reconstruire chronologiquement son anamnèse ;
 - l'intérêt qu'elle a pu montrer pour des émissions de télévision et le fait qu'elle ait souri ont suffi à l'expert pour conclure à des incohérences par rapport aux symptômes décrits ;
 - l'expert lui reproche sa réticence à donner des informations détaillées sur sa vie quotidienne et sociale, alors même qu'il a pu en faire un exposé détaillé dans son expertise ;
 - l'expert a conclu à un manque de compliance, alors qu'elle suit les prescriptions de son médecin-traitant ;
 - le diagnostic retenu par l'expert - une simple dysthymie – diverge de celui de son psychiatre-traitant.

En substance, se référant aux avis des Drs C_____ et F_____, la recourante soutient être dans l'incapacité totale de travailler. A l'appui de sa position, elle se réfère aux différentes pièces médicales déjà versées à son dossier et produit en outre :

- un rapport du Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, concluant à un hyper-dynamisme du ventricule gauche sans valvulopathie détectée et à une taille du ventricule gauche normale avec fraction d'éjection élevée à 70% ;
- un rapport établi le 5 septembre 2012 par le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant la suivre régulièrement depuis septembre 2010 pour des troubles hypochondriaques et un trouble dépressif récurrent épisode moyen ; le médecin relève que, malgré les plaintes somatiques persistantes, les investigations n'ont pas permis de mettre en évidence la moindre cause organique ; l'état psychique de l'assurée demeure stationnaire, malgré le traitement ; le médecin conteste le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert G_____, alléguant que ce diagnostic n'implique pas de focalisation et préoccupations constantes telles que celles dont souffre sa patiente, persuadée de souffrir d'une maladie grave ; chez l'assurée, le mal-être est permanent ;
- un rapport du Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 7 septembre 2012, attestant suivre l'assurée de façon intermittente depuis 2004 et régulièrement depuis la fin de l'année 2008 pour une arythmie cardiaque, des palpitations avec extrasystoles et un état dépressif se traduisant par une importante tristesse et une incapacité à s'occuper de sa famille et de ses enfants, avec un net manque d'intérêt ; le médecin émet l'opinion que sa patiente est

dans l'incapacité d'entreprendre n'importe quel travail en raison de l'importante diminution de rendement sur le plan physique et psychique ;

- un courrier du Dr C_____ du 1^{er} novembre 2012 contestant une nouvelle fois la position de l'expert ;
- un courrier du Dr D_____ du 6 novembre 2012, expliquant qu'il suit l'assurée conjointement aux Drs F_____ et C_____, que sa pathologie principale consiste en affections psychiatriques et de médecine générale, que sur le plan cardiologique, on note : une lipothymie avec dyspnée, DRS, des palpitations et un accès de tachycardie supraventriculaire et sinusale bien contrôlée sous traitement, qu'une fibrillation auriculaire paroxystique n'a jamais été documentée ; selon le médecin, il y aurait eu récemment aggravation des symptômes et accélération des troubles du rythme nécessitant une nouvelle évaluation cardiologique.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 octobre 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que l'expertise du Dr G_____ doit se voir pleine valeur probante puisque les médecins-traitants ne font valoir aucun élément objectivement vérifiable permettant de s'en écarter. Selon lui, l'expert a parfaitement explicité les raisons qui l'ont amené à s'écarter des diagnostics retenus par le psychiatre-traitant. Quant à l'atteinte cardiaque, l'intimé relève que, dans son dernier courrier, le Dr D_____ confirme que la situation est sous contrôle et que ce médecin, interrogé à plusieurs reprises dans le cadre de l'instruction du dossier, n'a jamais fait état de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail sur le plan cardiaque.

15. Par écritures du 3 décembre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Sur le plan cardiaque, elle relève que même si le traitement prescrit a amélioré les troubles du rythme, l'hyper-dynamisme ventriculaire reste toujours présent et que le 6 novembre 2012, le Dr D_____ a fait état d'une aggravation des symptômes et d'une accélération des troubles du rythme qui a nécessité une nouvelle évaluation. Elle en tire la conclusion que sa situation n'est donc pas totalement contrôlée.

Sur le plan psychique, la recourante relève la divergence entre le Dr G_____ et son psychiatre-traitant dont elle allègue qu'il a clairement expliqué en quoi sa pathologie se distingue nettement d'une dysthymie (caractère permanent de son état et incapacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne). Elle répète qu'il faut tenir compte du fait que l'appréciation du Dr G_____ n'a été faite que sur la base d'un seul entretien.

Enfin, elle se réfère à l'avis du médecin de l'Office cantonal de l'emploi (OCE).

16. Le 10 janvier 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis du docteur H_____, du service médical régional (SMR). Ce médecin émet l'avis que l'aggravation évoquée par le cardiologue ne peut être que postérieure à la

décision litigieuse. Sur le plan psychiatrique, il soutient que le caractère permanent et l'incapacité à exécuter les tâches ménagères ne sont en rien des critères discriminants pour évaluer la sévérité d'un trouble de l'humeur.

17. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 29 août 2013, au cours de laquelle a été entendu le Dr C_____.

Le témoin a répété ne pas partager les conclusions de l'expert, expliquant qu'une dysthymie implique des périodes durant lesquelles le patient se sent bien, ce qui n'est pas le cas de l'assurée.

Cette dernière est atteinte, selon son psychiatre traitant, d'un trouble hypocondriaque et d'un état dépressif récurrent de gravité moyenne. Elle est par ailleurs constamment préoccupée par l'idée de souffrir d'une maladie grave ; c'est une conviction intime, profondément ancrée en elle, sans doute en lien avec ses antécédents : sa sœur aînée est décédée au Kosovo et, pour des raisons administratives, on lui a donné son nom et sa date de naissance. Dans les faits, l'assurée est constamment hantée par des idées de mort et par le sentiment, quelque part, de ne pas avoir le droit de vivre.

Selon le médecin, la compliance de sa patiente est bonne, ce qu'a d'ailleurs confirmé un récent dosage sérique. Le médecin a contesté avoir indiqué que sa patiente aurait refusé de se soumettre à un traitement.

N'ayant pour sa part jamais constaté aucune amélioration dans sa présentation, son état ou au niveau de ses plaintes, le médecin s'est étonné que l'expert ait pu conclure pour sa part à une amélioration. Au contraire, l'état de l'assurée semble se péjorer : désormais, elle n'arrive plus à faire face aux tâches quotidiennes, lesquelles sont assumées par ses enfants.

Le médecin a indiqué n'avoir pas réalisé d'examen spécifique s'agissant d'éventuels troubles de la mémoire et de la concentration, troubles que, de manière générale, on retrouve en cas d'état dépressif.

Le témoin a expliqué avoir conclu à une incapacité de travail depuis 2007, parce que la patiente n'a plus travaillé depuis lors. Depuis qu'elle consulte, elle est incapable de travailler.

18. Entendu à son tour, le Dr F_____ a relaté avoir rencontré une première fois l'assurée en 2004, mais ne la suivre régulièrement que depuis la fin de l'année 2008.

Tout comme son confrère, le témoin a indiqué ne pas partager les conclusions de l'expertise réalisée pour l'AI en ce sens qu'il n'a jamais constaté la moindre amélioration dans l'état de l'assurée, si ce n'est une légère, lorsqu'elle a commencé le suivi auprès d'un psychiatre. Depuis, son état stagne.

De façon générale, le témoin a dit craindre qu'un expert, qui ne voit un assuré que durant un laps de temps limité, ne puisse se faire une idée aussi exacte de la situation que le médecin traitant.

Selon le témoin, la description donnée par l'expert correspond dans l'ensemble à la réalité mais en revanche, l'impact de l'état dépressif de l'assurée sur son quotidien a été minimisé.

19. Entendu à titre de renseignements, l'époux de la recourante, Monsieur A_____ a expliqué devoir se lever très tôt en sa qualité de charcutier-traiteur (4h30) et dormir mal car son épouse a un sommeil agité.

Il a allégué devoir lui donner des consignes sur tout ce qu'elle doit faire et parfois même devoir rentrer lors de sa pause de 8h00 pour vérifier qu'elle a bien pris ses médicaments.

Ce sont leurs trois enfants, qui ont entre 14 et 18 ans, et lui-même qui assument toutes les tâches ménagères. Afin d'éviter que les enfants ne se nourrissent que de pizzas, c'est lui qui prépare le repas du soir.

Son épouse n'a plus de force et passe la majeure partie de ses journées au lit. Ce n'est pas qu'elle ne veuille pas s'occuper de quoi que ce soit à la maison, c'est qu'elle ne peut pas.

Auparavant, elle a toujours travaillé, mais son état s'est dégradé et est stationnaire depuis 2010. Depuis lors, elle n'a plus goût à rien. Il l'oblige parfois à sortir, mais elle s'assoit après 200 à 300 mètres.

20. L'intimé, par écritures du 19 septembre 2013 a persisté dans ses conclusions.

Il soutient en substance que les médecins-traitants se contentent de substituer leur propre appréciation à celle de l'expert alors même que le Dr F_____ a convenu que la description donnée par ce dernier correspondait à la réalité et que le Dr C_____ a admis que la description de la vie quotidienne faite par l'expert était conforme à la réalité.

Selon l'intimé, les témoins se sont contentés de mettre en avant les plaintes subjectives de l'assurée, sans apporter aucun argument médical objectif.

21. Dans ses écritures après enquêtes du 20 septembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions, alléguant une fois de plus que le diagnostic retenu par l'expert est en totale contradiction avec celui de ses médecins-traitants.

Elle reprend en substance les arguments déjà développés précédemment et s'étonne en outre que l'expert écarte le diagnostic de trouble hypochondriaque aux motifs qu'elle fait confiance à ses médecins alors même que ceux-ci ont témoigné qu'ils n'arrivaient pas à la convaincre qu'elle ne souffre pas d'une maladie grave.

Par ailleurs, ses médecins sont unanimes à contester toute amélioration de son état.

Enfin, elle relève que le Dr C_____ a contesté avoir indiqué à l'expert que sa patiente aurait refusé de se soumettre au traitement proposé.

22. Interpellé par la Cour de céans, le Dr D_____ a répondu en date du 11 avril 2014.

Il a convenu ne s'être jamais prononcé sur les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail de sa patiente d'un point de vue cardiologique, expliquant que c'est parce que le problème cardiaque de l'assurée doit être « vu à la lumière de l'affection globale, en particulier les aspects psychique et rhumatologique », raison pour laquelle il a suggéré d'effectuer un bilan cardiologique et psychiatrique dans un centre d'expertise qui se prononcerait sur la totalité des affections de l'intéressée.

Du point de vue strictement cardiologique, le médecin a conclu à : une tachycardie, une dyspnée d'effort, une fatigue et des douleurs précordiales empêchant l'assurée d'effectuer ses travaux quotidiens.

Le Dr D_____ a précisé que si l'affection cardiologique était mineure par rapport aux autres, il fallait évaluer « l'affection pluridisciplinaire » de l'assurée.

23. Par courrier du 17 avril 2014, la Cour de céans a informé les parties qu'au vu de la réponse du Dr D_____ et en particulier de sa suggestion de procéder à un bilan pluridisciplinaire comprenant un volet cardiologique, un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, elle entendait mettre sur pied une expertise qui serait confiée à la Policlinique médicale universitaire (PMU). Un délai a été accordé aux parties afin qu'elles se déterminent.

24. Par ordonnance du 10 juin 2014 (ATAS/695/2014) la Cour de céans a confié à la PMU, plus particulièrement aux docteurs I_____, médecin interniste, J_____, psychiatre, et K_____, rhumatologue, ainsi qu'aux cardiologues du Centre d'expertises médicales le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire.

La Cour a jugé que des investigations complémentaires se justifiaient dans la mesure où le Dr D_____, cardiologue, ne s'était jamais déterminé précisément sur les conséquences, en terme de capacité de travail, des atteintes de la recourante et où, de surcroît, il préconisait une évaluation globale de la situation, prenant en compte tant les aspects somatiques (rhumatologique et cardiologique) que psychiques. Qui plus est, il convenait de trancher les contradictions entre le Dr G_____ et le psychiatre traitant.

25. La PMU a rendu son rapport en date du 9 décembre 2014, sur la base du dossier, d'un examen du 27 août 2014, d'un concilium rhumatologique, d'un concilium cardiologique, d'un concilium psychiatrique et d'un concilium neurologique, étant précisé que les conclusions générales ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire réunissant les différents spécialistes.

Après un rappel anamnétique, les plaintes de l'assurée ont été relatées.

Ont été constatés sur le plan objectif : un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire, un faciès triste, des pleurs fréquentes, des éructations. A l'examen, le status cardiovasculaire a été considéré comme normal, tout comme le status pulmonaire et le status digestif. Du point de vue rhumatologique, il a été constaté que la colonne cervicale n'était pas bloquée, que la mobilité lombaire était diminuée (position accroupie seulement jusqu'à mi-hauteur, élévation des jambes possible jusqu'à 30° seulement) mais qu'en revanche, la mobilité des épaules, des hanches et des genoux était normale. A l'examen neurologique, a été relevée l'absence de signes de Lasègue.

Sur le plan rhumatologique, l'expert a constaté que les radiographies de la colonne lombaire pouvaient être considérées comme normales au vu de l'âge de l'assurée. Aucun diagnostic de pathologie ostéoarticulaire significative n'a été retenu. Aucune lésion anatomique structurelle n'a été relevée. L'expert n'a au final retenu sur ce plan aucune pathologie justifiant une incapacité de travail de longue durée dans quelque profession que ce soit.

Sur le plan psychiatrique, l'expert, après un entretien effectué avec l'aide d'un traducteur professionnel, s'est dit frappé par la présentation de la patiente, prostrée sur sa chaise, visage tendu et mimique triste. Il a dit avoir constaté un ralentissement psychomoteur significatif et un état général moyennement soigné. Le status psychiatrique a mis en évidence des troubles de l'attention et de la mémoire, l'assurée se montrant incapable de retenir trois mots sur trois, que ce soit à l'évocation immédiate ou différée. Ont également été relevés des troubles de l'évocation, l'assurée n'étant pas en mesure de situer dans le temps sa symptomatologie. Concernant les troubles formels de la pensée, l'expert a relevé que celle-ci était à la fois inhibée et ralentie à l'observation, souvent rétrécie sur les plaintes somatiques, également caractérisée par des ruminations. L'expert a évoqué la possibilité que l'assurée soit la proie d'hallucinations acoustico-verbales ou auditives. Il a également observé des troubles du dynamisme et de la psychomotricité, ainsi qu'une agitation motrice, des manifestations émotionnelles dramatisées et un discours plutôt laconique. En définitive, l'expert a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de trouble de somatisation chez une personne présentant des traits de personnalité histrioniques. L'expert a conclu à une symptomatologie dépressive d'intensité actuellement sévère. Sur une échelle psychométrique de dépression, il a relevé à la fois une tristesse constante, non modulable, des sentiments de tension intérieure et d'irritabilité, une anhédonie, des idées de dévalorisation significatives, des idées noires accompagnées d'idées suicidaires élaborées, des troubles importants du sommeil, une baisse significative de l'appétit et des troubles de la concentration évidents. Jugeant probable que l'assurée ne disposât pas des capacités intellectuelles suffisantes pour réaliser les tests cognitifs, l'expert l'a soumise à une épreuve plus simple, à laquelle elle a échoué de la même manière. Il a également relevé une fatigabilité nettement présente. En revanche, il a émis un doute quant à

la présence d'éventuels signes psychotiques : bien que l'assurée évoque des troubles perceptifs sur le plan auditif, les signes psychotiques formels n'ont pu être retenus, ce dont l'expert a souligné que cela n'enlevait rien au caractère sévère de l'épisode dépressif constaté. L'expert a encore relevé une tonalité hypochondriaque, par ailleurs déjà relevée par son confrère G_____. En définitive, il a estimé justifié de retenir un diagnostic séparé d'épisodes dépressifs sévères. Il a écarté celui de dysthymie, affection dont il a expliqué qu'elle impliquait des fluctuations plutôt légères de l'humeur ne s'associant pas à une altération du fonctionnement quotidien. Il a considéré que, depuis le début de l'atteinte à sa santé, l'assurée n'avait pas traversé de phase durant laquelle sa thymie se serait stabilisée ou légèrement abaissée. Il a également écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent avancé par le psychiatre traitant au motif que les conditions (plusieurs épisodes dépressifs bien délimités dans le temps, séparés par une phase de rémission symptomatique) n'en étaient pas réalisées. En effet, aucun document à disposition dans le dossier n'évoquait formellement une période de rémission. L'expert a fait remarquer que les traits histrioniques de la personnalité bien présents chez l'assurée n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail mais donnaient une coloration spéciale au tableau clinique. Il a souligné que ces facteurs de dramatisation émotionnelle n'étaient pas suffisants pour écarter le diagnostic de dépression sévère. En effet, même en pondérant la symptomatologie dépressive en retirant dix points sur l'échelle de dépression MADRS, l'assurée obtiendrait encore un score compatible avec un épisode dépressif sévère. L'expert en a tiré la conclusion qu'il s'agissait plutôt d'une manifestation socio-culturelle chez une expertisée au psychisme certainement frustré, avec de faibles capacités d'élaboration et des capacités intellectuelles déficitaires. Plus aucun processus de pensée ou de communication n'étant possible, il ne restait plus à l'intéressée que l'éruption pour tenter de montrer à l'autre sa souffrance.

En définitive, l'expert a émis l'avis qu'il ne faisait aucun doute que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler, toute intégration dans un groupe ou une activité individuelle étant qualifiée d'illusoire au vu de sa déstructuration, de sa fatigabilité, de ses troubles cognitifs significatifs et objectivés, de sa faible capacité à soutenir son attention sur une tâche, qu'elle soit intellectuelle ou physique, de son ralentissement important et de son incapacité à soutenir la relation interpersonnelle.

L'expert a relevé que le Dr G_____ n'avait pas procédé à une évaluation des capacités cognitives, pas plus qu'il ne s'était basé sur une échelle psychométrique. Il en tire la conclusion que l'expert mandaté en 2011 a sans doute minimisé la symptomatologie de l'assurée en faisant l'impasse d'une évaluation dite « quantitative ». L'expert conclut que, pour la période antérieure à son examen, il se justifie de conclure à une incapacité de travail partielle, de l'ordre de 50%. Quant au status psychiatrique constaté au moment de l'expertise, il s'est montré catégorique et a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité.

Sur le plan cardiologique, toute pathologie cardiaque significative a été écartée, étant précisé que les plaintes de l'assurée (lipothymie, vertiges, asthénie et nausées) ne pouvaient être imputées à une problématique cardiaque au vu, notamment, de l'absence d'anomalie objectivable.

Sur le plan neurologique non plus, aucune pathologie neurologique clairement identifiable n'a été retenue, pas plus que d'incapacité de travail dans les activités habituelles.

En concilium, les experts ont considéré qu'il n'y avait pas de pathologie somatique significative mais, en revanche, une psychopathologie sévère, associant un épisode dépressif sévère et un trouble de somatisation, entraînant une totale incapacité de travail pour des motifs strictement psychiatriques. Ils ont admis que l'évaluation de la capacité de travail avant la date de l'expertise était extrêmement problématique face à deux avis totalement divergents, celui des médecins traitants et celui de l'expert G_____. Se référant à certains éléments, notamment la description d'une symptomatologie dépressive plutôt moyenne par les médecins traitants et tenant compte de certains aspects histrioniques de la personnalité jusqu'à l'évaluation clinique actuelle, les médecins de la PMU ont considéré qu'une incapacité de travail partielle depuis 2010, de l'ordre de 50%, constituerait une bonne moyenne d'évaluation, étant précisé qu'au vu du status psychiatrique actuel, l'assurée était désormais, pour des motifs psychiatriques, dans la totale incapacité d'exercer la moindre activité. Enfin, les experts ont formulé un pronostic défavorable face à une assurée déjà rivée dans sa symptomatologie, avec une aggravation au fil du temps.

26. Par écritures du 20 février 2015, la recourante a émis l'avis que l'expertise n'expliquait pas en quoi il conviendrait de se distancier de l'appréciation de ses médecins traitants concluant à une totale incapacité de travail depuis 2010. Elle en tire la conclusion qu'une totale incapacité de travail devrait bel et bien lui être reconnue depuis 2010 déjà.

L'intimé, par écritures du 19 février 2015, a conclu au rejet du recours. S'il admet une totale incapacité de travail à compter de la date de l'expertise, postérieure à la décision litigieuse, il considère en revanche que les experts n'amènent pas d'élément médical objectif permettant de s'écarter des conclusions posées par le Dr G_____ en 2011.

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; RS 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).

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.

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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. 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.
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.
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).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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).

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

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).

9. 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 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).

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).

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).

10. 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 faits 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).
11. En l'espèce, l'intimé fonde sa position sur l'expertise du Dr G_____. Or, ainsi que la Cour en a déjà jugé puisqu'elle a estimé nécessaire de mettre sur pied une expertise judiciaire, les conclusions du Dr G_____ n'apparaissent pas convaincantes. En particulier, l'expert G_____ écarte tout trouble de la mémoire ou de la concentration, pourtant observés par les médecins traitants et ce, sans s'être livré à la moindre évaluation sur ce plan. Par ailleurs, son diagnostic diverge sensiblement de celui retenu par le psychiatre traitant, alors même que le diagnostic de dysthymie apparaît incompatible avec focalisations décrites par le psychiatre traitant.

Les doutes jetés sur les conclusions du Dr G_____ par les observations des médecins traitants ont été confirmés et en partie expliqués par les experts de la PMU, dont le rapport peut se voir reconnaître pleine valeur probante, ce que ne conteste d'ailleurs pas l'intimé. En effet, leurs conclusions sont motivées, convaincantes, leur rapport complet, leur anamnèse détaillée et leur analyse fournie.

Sur le plan psychique, les experts de la PMU ont relaté de manière détaillée leurs observations objectives, lesquelles divergent sensiblement de celles du Dr G_____. Cela s'explique d'une part, par le fait que la symptomatologie s'est aggravée depuis l'expertise de ce dernier, mais également par le fait que le Dr G_____ a minimisé la situation : accordant manifestement trop d'importance aux traits de personnalité histrioniques et à la dramatisation évidente de la recourante, le Dr G_____ n'a pas cru bon de procéder à une analyse plus approfondie, « quantitative », ni d'évaluer les troubles de l'attention et de la mémoire pourtant évoqués par le psychiatre traitant et confirmés par l'expert de la PMU. Il ressort par ailleurs de l'expertise que le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert G_____ ne pouvait être confirmé parce que cette affection implique des fluctuations plutôt légères de l'humeur ne s'associant pas à une altération du fonctionnement quotidien, alors qu'au vu des documents médicaux versés au

dossier, depuis le début de l'atteinte à sa santé, l'assurée n'a jamais traversé de phase durant laquelle sa thymie se serait stabilisée ou légèrement abaissée.

S'agissant de la période antérieure à l'expertise, les médecins de la PMU, se basant sur le dossier à leur disposition, ont considéré qu'il se justifiait de conclure à une incapacité de travail partielle, de l'ordre de 50%, tout en reconnaissant que l'évaluation de la capacité de travail avant la date de l'expertise était extrêmement problématique. Reprenant néanmoins les éléments au dossier, ils ont constaté que la description d'une symptomatologie dépressive plutôt moyenne par les médecins traitants ne justifiait pas la totale incapacité de travail retenue par ces derniers, d'une part, que le Dr G_____ avait en revanche visiblement sous-estimé la symptomatologie au vu de certains aspects histrioniques de la personnalité de l'assurée, d'autre part. Leurs explications à cet égard apparaissent convaincantes et sont corroborées par le fait que le psychiatre traitant a effectivement retenu un diagnostic de gravité moyenne seulement.

Il convient ainsi de se ranger aux conclusions des experts de la PMU et de considérer qu'une incapacité de travail partielle depuis 2010, de l'ordre de 50%, doit être retenue.

Au moment de l'expertise (août 2014), en revanche, l'expert de la PMU a considéré que l'état de la recourante conduisait à retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, dont il a souligné qu'il était distinct de celui de trouble de somatisation. Cependant, l'aggravation constatée en août 2014, postérieure à la décision litigieuse, ne saurait être prise en considération ici. Dans la mesure où l'intimé se range à l'avis de l'expert s'agissant de la situation actuelle, il conviendra de lui transférer la cause afin qu'il statue sur une éventuelle modification du droit aux prestations en lien avec l'aggravation constatée.

12. Concernant la période litigieuse, il convient donc de retenir une incapacité de travail de 50% dans toute activité.

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

Cela conduit à retenir ici un degré d'invalidité de 50%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2011, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI).

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 11 juillet 2012 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'500.- 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 1er 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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité est reconnu à la recourante à compter du 1^{er} mai 2011.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
4. Annule la décision du 11 juillet 2012.
5. Transfert la cause à l'intimé à charge pour ce dernier d'examiner si le droit aux prestations doit être adapté eu égard à l'aggravation mise en évidence dans l'expertise judiciaire du 9 décembre 2014 (examen effectué en août 2014).
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 4'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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