

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2990/2016

ATAS/828/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 septembre 2017**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par  
l'Association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés (APAS)

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1958, a travaillé jusqu'en mars 2011 comme enseignante auprès de la fondation L\_\_\_\_\_.
2. Le 7 février 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant des affections inflammatoires et dégénératives lombaires, sacro-iliaques, ainsi qu'un état dépressif réactionnel.
3. Par rapport du 4 mars 2013, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de discopathies étagées, de canal lombaire étroit, de troubles dégénératifs et de kystes arthro-synoviaux étagés. Elle a relaté que l'assurée l'avait consultée en 2004 pour des douleurs lombaires et que ses tentatives d'insertion professionnelle avaient toutes été interrompues en raison de douleurs, qui la contraignaient à se coucher pendant plusieurs heures. En 2011, sa patiente avait consulté un neurochirurgien, qui avait renoncé à lui proposer une solution chirurgicale. Actuellement, elle vivait alitée la moitié de la journée, en passant son temps à lire ou à travailler sur son ordinateur. Une activité lucrative légère, exercée à raison de trois heures par jour, paraissait souhaitable, mais était difficile à « planifier » en raison des douleurs de l'assurée.
4. Dans un rapport du 24 avril 2013, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a retenu les diagnostics incapacitants de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de trouble de la personnalité de type borderline et de douleurs dorsales. Il a énuméré les symptômes observés chez l'assurée - tristesse ; fatigue ; irritabilité ; diminution de l'humeur, angoisses, apathie ; sanglots ; retrait social - et conclu à une incapacité de travail totale depuis la fin de l'année 2010.

Il a joint une lettre de sortie du Centre de thérapies brèves de Genève (CTB), dont il ressort que l'assurée y a été suivie du 30 novembre 2012 au 22 janvier 2013 et que lui a été diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Ont été observées chez l'assurée une thymie triste, une baisse de l'élan vital, une anhédonie, une aboulie, des angoisses et des idées suicidaires fluctuantes. Le suivi n'ayant permis de faire disparaître que ses idées noires mais pas ses ruminations liées aux dorsalgies, une prise en charge auprès de la Consultation de la douleur a été préconisée.

5. Du 17 avril au 8 juillet 2013, l'assurée a été suivie au Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI) des Eaux-Vives. Les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, médecins auprès de cet établissement, ont relaté que l'assurée souffrait depuis trente ans de lombalgies chroniques, auxquelles s'étaient ajoutées récemment des douleurs à la nuque. Les derniers mois, son moral avait été affecté par un divorce difficile et des douleurs exacerbées. L'assurée, qui se plaignait de ne plus pouvoir faire le ménage et ses courses, déplorait également des conflits avec son fils, avec son compagnon et avec la présidente d'une association

pour laquelle elle travaillait un après-midi par semaine. Les médecins lui ont diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile, se traduisant par une intolérance à la frustration, une impulsivité, des menaces de suicide, une labilité émotionnelle et des éclats de colère. À l'issue du suivi, une prise en charge dans le cadre du programme T.R.E, destiné aux personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline, a été préconisée au vu d'une « évolution favorable fluctuante ».

6. Dans un rapport transmis à l'OAI le 25 septembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état de traits de personnalité émotionnellement labile, dont il a précisé qu'ils étaient susceptibles d'entraver l'assurée sur le plan professionnel, notamment de rendre difficile sa collaboration avec autrui. Moyennant un suivi psychiatrique, le pronostic était favorable, et l'on pouvait s'attendre à ce que l'assurée reprenne une activité professionnelle à 30%. Cela restait toutefois tributaire de son évolution et d'un suivi psychiatrique régulier.
7. Interrogés par l'OAI sur l'évolution de son état de santé, les médecins de l'assurée se sont déterminés comme suit :
  - le 28 novembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que le status clinique ne s'était pas modifié, car il observait toujours une irritabilité, une fatigue, des troubles de la concentration, des angoisses et une baisse de l'humeur. Par ailleurs, une reprise du travail ne lui paraissait pas envisageable, vu la gravité et la chronicité des troubles de l'assurée ;
  - le 2 décembre 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a confirmé un état de santé stationnaire et un périmètre de marche limité en raison de douleurs lombaires basses, survenant lors de stations debout prolongées ou de changements de positions. Elle a ajouté : « la situation est allée trop loin dans le temps et dans la douleur pour que l'on puisse rêver d'un retour sur le marché du travail ».
8. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assurée le 12 mai 2014.

Les docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de lombo-sciatalgies chroniques, d'arthrose inter-facettaire étagée avancée, de kystes arthro-synoviaux L4-S1, de discopathies étagées, de hernie discale L3-L4, de cervicalgies chroniques et de protrusions discales C5-C7. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, en rémission, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de cannabis.

Sur le plan rhumatologique, les troubles dégénératifs du rachis, la hernie discale, l'arthrose et les kystes synoviaux contraignaient l'assurée à observer des mesures d'épargne lombaire et des périodes de repos prolongées. Le Dr F\_\_\_\_\_, se référant notamment au rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 4 mars 2013, a conclu à une

capacité de travail de 50% dès le 13 septembre 2012, date à laquelle l'assurée avait consulté un neurochirurgien.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait depuis l'adolescence un trouble de la personnalité émotionnellement labile, lequel avait été décompensé par une recrudescence de douleurs et restreignait sa capacité de travail. En effet, ce trouble l'avait récemment conduite à se faire hospitaliser au CTB, puis au CAPPI. L'assurée souffrait aussi d'un trouble dépressif récurrent, qui était en rémission : au moment de l'examen, elle ne présentait aucune diminution de l'humeur, de l'intérêt, du plaisir, de l'attention ou de l'énergie d'origine dépressive. Dès lors que son état dépressif était en rémission mais que, d'un autre côté, son trouble de la personnalité s'était décompensé, le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé qu'elle avait été totalement incapable de travailler dès sa prise en charge au CTB, le 30 novembre 2012. Dès le mois d'août 2013, elle avait recouvré une capacité de travail de 50%, car son trouble dépressif s'était amendé pendant son suivi au CAPPI, raison pour laquelle les médecins de cet établissement ne lui avaient diagnostiqué qu'un épisode léger de dépression. Globalement, les médecins du SMR ont conclu à une capacité de travail de 50% dans toute activité dès le 13 septembre 2012, de 0% dès le 13 novembre 2012 et enfin de 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2013.

9. L'assurée a été suivie une nouvelle fois au CAPPI du 23 octobre 2014 au 6 février 2015 pour une « décompensation anxieuse et dépressive ». La doctoresse H\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, a retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Elle a de nouveau constaté chez l'assurée une forte intolérance à la frustration, une impulsivité, des difficultés dans la gestion des émotions et des crises de colère. Elle a relaté une évolution favorable et proposé derechef la prise en charge de l'assurée dans le cadre du programme T.R.E.
10. Par décision du 23 avril 2015, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013.
11. Le 28 avril 2015, la Dresse B\_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI une aggravation de l'état de santé, survenue durant l'automne 2014. Cette décompensation lui paraissait plus aiguë que les précédentes, car lors de son dernier entretien avec l'assurée, elle s'était demandé si cette dernière « allait se jeter par la fenêtre ou tout casser autour d'elle ». Un événement similaire avait également eu lieu chez la doctoresse I\_\_\_\_\_.
12. Dans un courrier du 17 juin 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée lui paraissait totalement incapable de travailler depuis la fin de l'année 2010. L'assurée l'avait consulté pour un trouble de personnalité de type borderline et un trouble dépressif récurrent. Une aggravation de ses troubles, accompagnée d'idées suicidaires et de douleurs dorsales, avait motivé son admission au CTB du 30 novembre 2012 au 22 janvier 2013, puis dès le 16 avril 2013. Du 23 octobre 2014 au 6 février 2015, une nouvelle aggravation avait justifié sa prise en charge

---

par le CAPPI. En avril 2015, la Dresse B\_\_\_\_\_ avait rendu un rapport très inquiétant, puis l'assurée s'était faite hospitaliser à Belle-Idée, après s'être mutilée la main.

13. Par arrêt du 19 août 2015, la chambre de céans a annulé la décision du 23 avril 2015 et renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, s'agissant notamment de l'aggravation certifiée par le Dr C\_\_\_\_\_. Elle a accordé à la recourante une indemnité de dépens de CHF 800.-.
14. Le 24 novembre 2015, la Dresse B\_\_\_\_\_ a fait état d'un état stationnaire et d'une capacité de travail de 20-25%.
15. Le 12 février 2016, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante et attesté d'une capacité de travail limitée à 50%, taux qu'il a justifié par la nécessité que l'assurée se repose les après-midis.
16. Par avis du 28 avril 2016, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'examen bi-disciplinaire de mai 2014, tout en reconnaissant à l'assurée une incapacité de travail de 100% durant sa seconde prise en charge par le CAPPI, du 23 octobre 2014 au 6 février 2015.
17. Par décision du 5 août 2016 l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014, une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 mai 2015, ainsi qu'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2015.
18. L'assurée, représentée par un mandataire, a saisi la chambre de céans d'un recours le 12 septembre 2016, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Elle a contesté l'avis du SMR du 28 avril 2016, arguant qu'il ressortait des rapports de ses médecins, les Drs C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, qu'aucune amélioration n'était intervenue et que sa capacité de travail était restée nulle depuis la fin de son suivi intensif au CAPPI, le 6 février 2015. Elle a notamment joint :

- un rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 15 août 2015 : les douleurs lombaires et sacro-iliaques entravaient l'assurée depuis environ quinze ans, mais ce n'était que récemment qu'un diagnostic de spondylarthrite ankylosante avait pu être posé. L'assurée souffrait également de crises d'angoisse et de panique, durant lesquelles elle pouvait se mettre en danger ou détruire du mobilier. Elle se plaignait de ne pouvoir maintenir les positions statiques assises ou debout plus de deux-trois heures. Sa capacité de travail était jugée « symbolique » ;
- un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2016, répétant que l'assurée, du fait de son trouble de la personnalité, de sa labilité émotionnelle, de ses crises clastiques et de son intolérance à la frustration, ne pouvait exercer la moindre activité professionnelle. Par ailleurs, contrairement à ce que prétendait le SMR, le suivi de l'assurée au CAPPI d'octobre 2014 à février 2015 n'avait pas permis

d'améliorer durablement son état de santé, car en mai 2015, une crise clastique l'avait conduite à s'adresser derechef à cet établissement, puis à se faire hospitaliser à la clinique de Belle-Idée. En juin 2016, une décompensation subséquente avait conduit la Dresse H\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au CAPPI, à demander une nouvelle hospitalisation à Belle-Idée.

19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 31 octobre 2016, a requis la réformation de sa décision, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait être octroyée à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Pour le surplus, il a conclu au maintien de sa décision en tant qu'elle n'accordait à cette dernière qu'une demi-rente du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014.

Il a joint un avis du SMR du 4 octobre 2016, lequel qualifiait de durables les aggravations certifiées par les médecins de la recourante et concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité professionnelle depuis le 23 octobre 2014. En effet, le trouble de la personnalité borderline décompensé, la labilité émotionnelle, l'impulsivité, les crises clastiques inopinées, ainsi que l'agressivité de l'assurée envers les autres et elle-même, paraissaient incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. Par ailleurs, il ressortait du dernier rapport du Dr J\_\_\_\_\_ qu'une spondylarthrite ankylosante entraînait, elle aussi, une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

20. Par écriture du 23 novembre 2016, la recourante a conclu à ce qu'il lui soit donné acte que l'intimé lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Par ailleurs, elle a persisté dans ses conclusions tendant au versement d'une rente entière de septembre 2013 à décembre 2014, arguant que son état de santé ne s'était pas amélioré pendant la période considérée, comme en témoignaient les rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_.
21. Par arrêt sur partie du 30 novembre 2016, la chambre de céans a réformé la décision du 5 août 2016, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité a été octroyée à la recourante pour une durée indéterminée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Elle a réservé la suite de la procédure en tant qu'elle portait sur la période du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014. Enfin, elle a condamné l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.- et à prendre en charge un émolument de CHF 200.-.
22. Les 15 mars et 26 avril 2017, la chambre de céans a auditionné la recourante et ses médecins.

La recourante a déclaré avoir souffert de sciatiques à répétition et de douleurs au niveau des sacro-iliaques depuis l'âge de 25 ans. À l'époque, ses médecins n'avaient constaté qu'une simple inflammation, et c'était finalement le Dr J\_\_\_\_\_ qui lui avait diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante, sur la base d'analyses sanguines et d'une IRM. Récemment, elle avait suivi un programme intensif de deux heures par semaine pendant un mois dans le cadre du programme T.R.E.

Sur question, elle a indiqué ne plus se rappeler quel était son état de santé en 2013 et en 2014, ni quand elle avait cessé de travailler. Elle avait toujours travaillé à temps partiel, sur mandats. Elle se souvenait avoir travaillé à Lausanne pour aider des femmes à préparer leur certificat fédéral de capacité, mais elle avait dû abandonner cette activité en raison de ses fortes douleurs. On lui avait indiqué qu'il fallait déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité, mais à l'époque, elle ne souhaitait pas dépendre des assurances et s'était crue capable de travailler à 50%.

23. Entendue à son tour, la Dresse H\_\_\_\_\_, qui a repris le suivi de l'assurée au CAPPI dès le 12 novembre 2014, a indiqué que cette dernière l'avait consultée pour un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité. Lors du premier entretien, l'assurée pleurait, s'était plainte de ses douleurs et d'un manque de compréhension des médecins. À ce moment-là, son état dépressif était sévère, et d'après ses souvenirs, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis qu'elle avait été prise en charge par la CAPPI.

Sur question, la Dresse H\_\_\_\_\_ a confirmé la teneur de sa lettre de sortie du 24 avril 2015, précisant que le trouble dépressif s'était alors un peu amendé. En effet, le cadre rassurant du CAPPI et la poursuite de la médication avaient permis une évolution favorable. Depuis lors, elle ne s'était plus entretenue avec l'assurée.

Le pronostic du trouble dépressif récurrent et du trouble de la personnalité borderline était réservé, de sorte qu'une amélioration n'était pas envisagée à long terme. Selon les patients, des périodes de rémission de six mois voire une année pouvaient avoir lieu, mais des rechutes étaient possibles. Sur questions, la Dresse H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail totale certifiée par le Dr C\_\_\_\_\_ depuis 2010 lui paraissait tout-à-fait possible, mais qu'elle n'avait rencontré l'assurée qu'en 2014.

24. Le Dr J\_\_\_\_\_, qui suit l'assurée depuis le 6 juillet 2015, a déclaré que cette dernière l'avait consulté pour des douleurs du dos et des jambes, présentes depuis l'âge de 25 ans. Il avait pratiqué une IRM en septembre 2015, qui avait montré une inflammation des sacro-iliaques. Comme l'assurée présentait depuis très longtemps des douleurs résistantes aux traitements et que l'inflammation paraissait ancienne, il avait retenu un diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Cette maladie, souvent oubliée par les médecins, était fréquemment diagnostiquée dix à quinze ans après sa survenance. Sur question, il a précisé qu'un examen sanguin n'était pas nécessairement adéquat pour poser un tel diagnostic.

S'agissant de l'IRM réalisée en avril 2012, le docteur K\_\_\_\_\_, radiologue FMH, avait certes conclu qu'il n'y avait pas d'argument pour maladie inflammatoire, mais on pouvait avoir des avis divergents en la regardant.

Quant à la capacité de travail, il n'avait pas pu l'évaluer en septembre 2015. Dans son rapport du 9 février 2016, il l'avait estimée à 50%, en précisant que l'assurée devait se reposer les après-midis. En août 2016, il avait relaté une péjoration de

l'état de santé et de la capacité de travail, qu'il jugeait désormais nulle dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, date à laquelle il avait dû prescrire de la morphine. Lorsqu'il avait prescrit un traitement par anticorps en 2015, l'assurée s'était d'abord sentie mieux, avant que sa situation ne se péjore.

Le témoin a ajouté qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée avant le début de son suivi en 2015, ni sur l'examen du SMR de 2014, dont il n'avait pas eu connaissance.

À l'issue de l'audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, pendant la période courant du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 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.
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<sup>er</sup> janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

8. 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).

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).

9. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2).
10. 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).

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.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. À titre liminaire, il convient de rappeler que l'intimé, dans la décision attaquée, a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014, une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 mai 2015 et une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015.

Dans son arrêt entré en force du 30 novembre 2016, la chambre de céans a réformé cette décision, en accordant à l'assurée, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps. Elle a réservé la suite de la procédure s'agissant de la période antérieure, du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014.

Partant, seul demeure litigieux le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014.

13. Pour la période considérée, l'intimé a fait siennes les conclusions de l'examen du SMR de mai 2014, à teneur desquelles l'assurée présentait, dès le 1<sup>er</sup> août 2013, une capacité de travail de 50% dans toute activité professionnelle.

Les médecins du SMR ont estimé que les troubles rhumatologiques de l'assurée réduisaient sa capacité de travail de moitié, tandis que sur le plan psychiatrique, son trouble de la personnalité de type borderline et son état dépressif – alors qualifié de « sévère » – l'avaient totalement empêché de travailler dès sa prise en charge par le CTB, le 30 novembre 2012. En août 2013, à l'issue de son suivi par le CAPPI,

l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50%, car son trouble dépressif s'était amendé, ce qui avait conduit les médecins de cet établissement à ne lui diagnostiquer qu'un épisode dépressif léger.

Pour sa part, la recourante soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, de sorte qu'elle est restée totalement incapable de travailler. Elle se prévaut des rapports de son psychiatre et de son médecin généraliste, les Drs C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_.

14. a. La chambre de céans constate que le rapport d'examen du SMR a été établi en pleine connaissance du dossier, qu'il relate les plaintes de l'assurée et repose sur des examens rhumatologiques et psychiatriques complets. Ses conclusions selon lesquelles l'assurée a bénéficié, dès le 1<sup>er</sup> août 2013, d'une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sont claires et motivées.

Au plan psychiatrique, il résulte effectivement de ce document une amélioration de l'état de santé dès le 1<sup>er</sup> août 2013. En effet, alors que l'état dépressif de l'assurée avait été jugé « sévère » par les médecins du CTB en novembre 2012, ceux du CAPPI l'ont qualifié de « léger » en juillet 2013, après avoir confirmé une évolution favorable (cf. lettre de sortie du CAPPI du 16 septembre 2013). Ensuite, dans son rapport d'examen du 12 mai 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a relaté la persistance d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger », en précisant qu'il n'observait chez l'assurée ni diminution de l'humeur, de l'intérêt, du plaisir, de l'appétit ou de l'attention, ni attitude pessimiste face à l'avenir. Il n'a pas non plus relevé de symptôme somatique de la dépression, hormis une diminution de la libido.

Au plan rhumatologique, le Dr F\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée, du fait de ses atteintes rachidiennes (arthrose inter-facettaire avancée ; kystes arthro-synoviaux ; discopathies étagées ; hernie discale ; protrusions discales, etc.), devait observer des périodes de repos prolongées et diverses mesures d'épargne lombaire. Il a toutefois considéré qu'en dépit de celles-ci, l'assurée pouvait exercer une activité professionnelle à 50%, ce qu'aucun rapport ne permet de remettre en question. Au vu de ce qui précède, l'examen bi-disciplinaire du SMR revêt pleine valeur probante.

- b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

---

c. En l'occurrence, ni la recourante, ni ses médecins n'ont mis en évidence d'élément objectivement vérifiable qui serait susceptible d'avoir été ignoré par le SMR. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_ s'est limité à faire valoir que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amendé à partir du mois d'octobre 2014, sans remettre en question l'amélioration retenue par l'intimé pendant la période litigieuse, qui est antérieure. La Dresse B\_\_\_\_\_, de son côté, a tantôt exclu l'exercice de toute activité professionnelle, tantôt préconisé l'exercice d'une telle activité, de sorte que ses conclusions paraissent confuses, voire contradictoires. Quoi qu'il en soit, les atteintes lombaires sur la base desquelles cette praticienne a certifié une incapacité de travail ont précisément été prises en compte par le SMR. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il a certes conclu, dans son rapport du 25 septembre 2013, à une capacité résiduelle de travail de 30% – légèrement inférieure à celle retenue par l'intimé –, mais il n'a pas non plus mis en exergue d'élément dont le SMR n'aurait déjà tenu compte. S'agissant enfin des Drs H\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, il convient de relever que ces médecins ne suivaient pas la recourante pendant la période litigieuse, de sorte que leurs avis respectifs ne permettent pas de s'écarter de celui du SMR.

d. Faute d'élément propre à mettre en doute les conclusions du SMR, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, du 1<sup>er</sup> août 2013 au 22 octobre 2014, une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité professionnelle.

15. Au 1<sup>er</sup> septembre 2013, une année après le début de son incapacité de travail, la recourante pouvait exercer toute activité lucrative à mi-temps, y compris son activité antérieure d'enseignante. Dans un tel cas de figure, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sans qu'il y ait lieu de tenir compte d'un abattement. C'est le lieu de rappeler qu'une telle réduction ne s'opère que lorsque le revenu d'invalidité est déterminé au moyen des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et les références). Partant, c'est à bon droit que, pour la période litigieuse du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 50% et octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).
16. À toutes fins utiles, on rappellera encore que, s'agissant de la période dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la chambre de céans a déjà jugé que la recourante pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité (ATAS/1001/2016 du 30 novembre 2016). En effet, l'intimé a admis en cours de procédure que ses troubles psychiques et somatiques s'étaient durablement aggravés depuis le 23 octobre 2014, de sorte qu'il lui a reconnu, dès cette date, une incapacité de travail et de gain totale.
17. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté en tant qu'il réclame le versement d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014.

18. Malgré ce rejet, la chambre de céans renonce à condamner la recourante au paiement d'un émolument (art. 69 al. 1 bis LAI), vu l'issue du litige portant sur la période courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, dans lequel elle a obtenu gain de cause.
19. Enfin, il convient de rappeler qu'une indemnité de dépens de CHF 1'500.- a déjà été octroyée à la recourante, l'intimé ayant acquiescé à ses conclusions portant sur la période précitée (cf. ATAS/1001/2016 du 30 novembre 2016).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette en tant qu'il réclame le versement d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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