

GE_GERICHTE A/2767/2014 vom 19. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2767_2014

FR: GE_GERICHTE A/2767/2014 du 19 août 2015

IT: GE_GERICHTE A/2767/2014 del 19 agosto 2015

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), mariée, originaire de Macédoine, arrivée en Suisse en 1988 et naturalisée suisse en 2005, est mère de quatre enfants. 2. Sans formation professionnelle, l'assurée a travaillé depuis le 2 mars 2006 dans l'entreprise de son époux, qui exploite une salle de jeux avec buvette à l'enseigne « La A_____ », en tant que serveuse responsable polyvalente, à raison de quarante-deux heures par semaine (100%). Depuis le 21 septembre 2009, suite à un conflit conjugal et une mise en arrêt de travail, elle n'a plus travaillé. Des indemnités journalières ont été versées par SWICA Assurance-maladie SA (ci-après: SWICA). 3. Le 9 avril 2010, SWICA a mandaté la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise de l'assurée. L'experte a rendu son rapport le 21 juin 2010, après avoir pris connaissance du dossier, examiné l'assurée et s'être entretenue avec le docteur C_____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée. Depuis 2006, l'assurée était employée dans le bar tenu par son époux, son cahier des charges était varié (nettoyages, service et commandes). Suite à des difficultés de couple, apparues en été 2009, l'assurée a consulté son médecin traitant, le Dr C_____, qui lui a signé une mise en arrêt maladie à compter du 21 septembre 2009. L'assurée avait expulsé son époux de la maison familiale, mais voulait qu'il revienne, car elle se sentait angoissée sans lui. Prise de panique à chaque bruit qu'elle entendait, elle avait peur du noir et se réveillait facilement. Elle n'osait plus sortir, craignant la foule. La veille de ses rendez-vous médicaux, elle n'arrivait pas à trouver le sommeil à l'idée de devoir s'éloigner du domicile le lendemain. Il arrivait qu'elle se promène dans le quartier avec un membre de sa famille. Le soir, elle avait de la peine à s'endormir et durant la nuit, elle était longuement éveillée. Ses insomnies l'épuisaient, elle se sentait extrêmement nerveuse et angoissée. Le diagnostic retenu avec répercussion sur la capacité de travail était la décompensation d'un trouble de la personnalité dépendante (F60.7). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une anxiété et une phobie sociale associée (F41.1, F40.1). Le trouble de la personnalité était actuellement décompensé, l'incapacité de travail était totale depuis le 21 septembre 2009. La Dresse B_____ a relevé que la mémoire des faits était bonne, mais celle des dates nécessitait parfois de l'aide au moyen de repérages ; il n'y avait pas de trouble du cours de la pensée. Face aux éléments de la lignée anxieuse, l'assurée apparaissait extrêmement craintive. Elle n'avait pas osé se rendre seule à la convocation pour l'expertise de ce jour et avait montré des signes d'anxiété au début de l'examen, lesquels étaient soulagés par des processus rassurants. Les signes anxieux étaient aussi

perceptibles lorsque l'assurée disait ne pas oser sortir seule dans la rue et, la nuit en l'absence de son époux, avouait se réveiller en terreur à chaque bruit qu'elle entendait. La réaction face à la confrontation conduisait à une impression d'effondrement, l'assurée semblait désemparée. Quant aux éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité était très vive, montrant des signes d'agitation ; la thymie était souffrante. Le sommeil était agité, l'appétit excessif et l'assurée disait avoir peur de tout. Des troubles de l'attention et de la concentration étaient perceptibles, d'intensité légère à modérée. Il n'y avait pas d'anhédonie ni d'aboulie, mais plutôt une agitation psychomotrice improductive. L'assurée était dans une situation actuellement décompensée avec production de quelques éléments persécutaires (n'osait plus se retrouver dans une foule). S'agissant de l'exigibilité professionnelle, l'incapacité de travail attestée par le Dr C _____ depuis le 21 septembre 2009 était justifiée par l'atteinte psychiatrique à la santé. La Dresse B _____ a en outre indiqué que les limitations en relation avec les troubles constatés, sur le plan psychiatrique, étaient la décompensation d'une personnalité dépendante avec pour conséquence anxiété généralisée, phobie sociale, troubles de l'attention et de la concentration et un sentiment de désarroi. S'agissant de l'influence de ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, le fonctionnement habituel de l'assurée était totalement perturbé par une rupture d'étayage (l'assurée avait mis son époux à la porte). Les conséquences en étaient une perte des repères, une anxiété, une irritabilité, une sursollicitation de l'entourage restant et des difficultés d'organisation personnelle. L'activité exercée habituellement dans la restauration auprès de l'époux était une activité adaptée qui pourrait être reprise dès la réconciliation du couple. 4. En date du 7 mai 2010, l'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé). 5. Dans un rapport d'entretien du 14 juin 2010, l'OAI a relevé que l'assurée souffrait de dépression, accompagnée d'agoraphobie et de claustrophobie. Suite à un conflit de couple, son époux avait quitté le domicile conjugal et l'assurée s'était enfermée dans sa chambre. Lors de l'entretien, qui avait dû être écourté en raison d'un malaise de l'assurée, elle s'était montrée très affectée et psychiquement confuse. En raison de son agoraphobie, elle ne pouvait envisager une quelconque mesure. 6. Dans un rapport à l'OAI du 5 juillet 2010, le Dr C _____ a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies sur canal lombaire étroit et hernie L4-L5 (depuis 2006) et un syndrome anxio-dépressif sévère (depuis le 21 septembre 2009). L'incapacité de travail était totale depuis le 21 septembre 2009, pour une durée indéterminée. Il a joint un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 9 novembre 2006 par le docteur D _____, spécialiste FMH en radiologie, aux termes duquel il ressortait un canal lombaire constitutionnel relativement étroit; une protrusion discale circonférentielle L4-L5, de localisation médiane et paramédiane, sans image de hernie; des racines symétriques et libres dans les trous de conjugaison; une lacune au sein de la vertèbre L4 gauche et moins large au niveau L5 traduisant le plus vraisemblablement des hémangiomes vertébraux. 7. L'OAI a transmis le rapport de la Dresse B _____ à son service médical régional (ci-après: SMR) qui, dans un rapport du 1^{er} octobre 2010, a relevé que l'état psychique de l'assurée n'était pas stabilisé, au vu des troubles de la personnalité décompensés relevés par l'experte, raison pour laquelle il fallait poursuivre l'instruction. 8. Par communication du 4 novembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait clôturé le mandat d'insertion professionnelle. 9. Sur demande de l'OAI, l'assurée lui a communiqué, le 4 janvier 2011, les coordonnées de son psychiatre traitant, le docteur E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie.![endif]>![if> 10. Dans un avis du 5 janvier 2011, le SMR a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée depuis le 21 septembre 2009. Au terme du délai d'attente, soit le 21 septembre 2010, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 18 janvier 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr E_____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité (F61.0), un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et agoraphobie (F40.0), présents depuis l'été 2009. L'assurée le consultait dans un contexte d'important conflit de couple survenu en 2009 avec importante répercussion sur la thymie. L'assurée ne sortait quasiment plus de chez elle, était triste et anxieuse, souffrait d'aboulie et d'anhédonie. L'assurée dépendait pour tout de son mari et présentait une importante souffrance. Les restrictions psychiques présentées par l'assurée étaient une capacité d'adaptation et de concentration inexistantes, une résistance totalement limitée, et une capacité de compréhension limitée à 50%. On ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.![endif]>![if> 12. Dans un rapport intermédiaire du 31 mai 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis début 2011. Les diagnostics retenus avec répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), une anxiété généralisée (F41.1) et des troubles mixtes de la personnalité (F61.0), présents depuis l'été 2009. Les limitations fonctionnelles observées étaient une résistance, une capacité d'adaptation, de compréhension et de concentration inexistantes. L'incapacité de travail était totale, l'assurée présentait une résistance au traitement antidépresseur et le pronostic était réservé, sombre.![endif]>![if> 13. Dans un avis du 7 juin 2011, le SMR a relevé que l'état de santé de l'assurée était stable, cependant la capacité de travail restait nulle. Le Dr E_____ avait souligné que l'assurée présentait une résistance au traitement antidépresseur et que le pronostic était sombre. Afin de se prononcer, le SMR a sollicité un complément d'expertise auprès de la Dresse B_____.![endif]>![if> 14. Par communication du 7 juin 2011, l'OAI l'a informée qu'une évaluation était nécessaire et qu'elle avait mandaté la Dresse B_____ à cette fin.![endif]>![if> 15. Le 26 octobre 2011, la Dresse B_____ a rendu son rapport complémentaire, après avoir consulté le dossier de l'assurée, s'être entretenue avec le Dr E_____ et avoir réalisé un examen clinique de l'assurée le 5 octobre 2011.![endif]>![if> Elle a rappelé que suite à l'examen psychiatrique du 15 juin 2010, un diagnostic de décompensation d'un trouble de personnalité dépendante avait été posé, justifiant la mise en arrêt de travail. Une anxiété et une phobie sociale associées avaient été considérées comme n'ayant pas de caractère incapacitant. Depuis la consultation de juin 2010, l'assurée a indiqué qu'aucun événement majeur ne s'était produit. L'assurée bondissait chaque fois que le téléphone portable de son époux sonnait, convaincue qu'une autre femme le contactait. Parfois pendant la journée, elle se promenait avec un membre de sa famille; lorsqu'il y avait trop de monde autour d'elle, elle attendait dans la voiture. Ses enfants s'occupaient des tâches ménagères. L'assurée disait ne pas oser sortir de chez elle, car elle ne supportait ni le bruit ni la foule. La Dresse B_____ a relevé que l'assurée était venue à la consultation en voiture, accompagnée par sa fille. Elle retraçait son anamnèse avec bienveillance, la mémoire des faits était bonne, mais celle des dates nécessitait parfois un soutien pour situer les repères (maîtrise incomplète du calendrier); il n'y avait pas de trouble de la pensée. Face aux éléments de la lignée anxieuse, ceux-ci étaient largement moins présents que lors du premier examen, seule apparaissait une animosité en évoquant les griefs de l'assurée à l'égard de son mari. Une certaine tension était survenue suite au refus de sa demande de

fumer dans les locaux de l'examen. L'assurée n'osait toujours pas sortir seule dans la rue. Quant aux éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité était vive, la thymie souffrante avec plusieurs épisodes de pleurs, notamment à l'évocation des difficultés conjugales. L'appétit était excessif, avec prise de poids. Une anhédonie et une aboulie étaient attribuées à un déconditionnement et à une absence de motivation. L'experte a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de status après décompensation d'un trouble dépendant de la personnalité, état actuellement stabilisé (F60.7). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0), des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), une anxiété et une phobie sociale (F41.1 et F40). En juin 2010, la Dresse B _____ avait retenu un diagnostic de décompensation d'un trouble de la personnalité dépendante. Au status actuel (examen de ce jour), bien que la situation existentielle de l'assurée soit la même, une stabilisation avec consolidation des plaintes était observée par l'experte: l'assurée s'était positionnée dans un processus d'invalidation, n'élaborant aucun projet d'avenir ni d'assouplissement face à ses exigences en lien avec le conflit conjugal. La situation était bloquée, mettant en échec toute velléité thérapeutique. En revanche, au vu des excellentes capacités de mobilisation de l'entourage de l'assurée, elle se révélait performante pour rassembler les membres de sa famille et les solliciter pour la remplacer dans toutes les tâches ménagères desquelles elle s'était désinvestie. Étant donné qu'actuellement le trouble de la personnalité dépendante n'était plus décompensé, que les signes de dépression étaient minimes et que la composante anxieuse était latente et chronique, il fallait considérer que l'état de santé psychiatrique de l'assurée était stabilisé. En conséquence, l'assurée avait les moyens psychiatriques d'exécuter ses travaux ménagers, comme d'exercer une activité lucrative à plein temps, ainsi qu'elle l'avait fait dans le passé. Le fait qu'elle ne sortait pas seule de chez elle était un élément culturel qui avait toujours été respecté, puisque l'assurée avait passé toute sa carrière professionnelle à travailler avec l'un ou l'autre des membres de sa famille qui l'accompagnait sur le trajet. Si la reprise professionnelle n'avait pas lieu, ce n'était pas pour des raisons d'atteintes psychiatriques à sa santé. En effet, le processus d'invalidation actuellement observé était puissant, difficilement ébranlable; le pronostic de reprise était amoindri par les antécédents familiaux. La décompensation d'un trouble de la personnalité était considéré comme un état transitoire, instable; sa durabilité impliquait forcément l'installation d'un nouvel équilibre, qui permettait de recouvrer un mode existentiel apportant une nouvelle stabilité, même si celle-ci n'apportait pas satisfaction et était génératrice de souffrance. Ainsi, même si aucun changement significatif n'était observé dans les conditions d'existence de l'assurée, force était de constater qu'elle avait pris ses marques dans ce nouvel état, ce qui correspondait, sur le plan psychiatrique, à une stabilisation de son trouble de la personnalité. À ce titre, la personnalité dépendante persistait, l'animosité envers l'époux aussi. Une exigibilité professionnelle était présente médicalement parlant, mais dans un autre emploi que celui exercé auprès de son mari. Quant à la date de stabilisation du trouble de la personnalité, étant donné que le rapport médical du 31 mai 2011 signé par le Dr E _____ mentionnait un état stationnaire, cette date était compatible avec le début de la stabilisation actuelle. La souffrance de l'assurée était incontestable, mais son origine prenait une nature non médicale. Quant aux éléments anxieux, étant donné qu'ils étaient présents depuis toujours, ils n'avaient pas empêché l'assurée de mener le parcours professionnel actif qu'elle a eu. Face à ces constatations, la Dresse B _____ avait pris contact avec le Dr E _____, qui lui avait signalé que l'assurée

avait peine à venir aux rendez-vous, puisqu'elle en manquait environ un sur deux. Le psychiatre traitant avait même tenté de se rendre au domicile de l'assurée, mais elle ne lui avait pas ouvert la porte. Le Dr E_____ s'accordait au fait que les troubles anxieux de l'assurée étaient présents depuis de nombreuses années et qu'ils ne l'avaient donc pas empêché d'exercer une activité par le passé. S'agissant des limitations en relation avec les troubles psychiatriques, la Dresse B_____ a indiqué qu'étant donné que le trouble de la personnalité était stabilisé, que les éléments dépressifs observés étaient minimes et que les troubles anxieux étaient présents depuis de nombreuses années, il n'y avait actuellement pas de limitation strictement psychiatrique à l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps. Sur le plan social, les limitations étaient sévères, l'assurée était précipitée dans une position de victime dans laquelle elle se désistait de toute activité au domicile et plus encore à l'extérieur. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait les moyens d'exercer une activité professionnelle à plein temps, dans un métier comparable à ceux exercés jusqu'ici. L'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, mais auprès d'un autre employeur que son époux. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Étant donné qu'une décompensation d'un trouble de la personnalité ne pouvait pas être considérée comme incapacitante au long cours, l'état de santé stationnaire mentionné par le Dr E_____ dans son rapport du 31 mai 2011 avait été lu comme correspondant à la date de stabilisation du trouble de la personnalité. La Dresse B_____ considérait donc que depuis fin mai 2011, l'assurée pouvait à nouveau travailler dans le même type d'emploi que précédemment, à plein temps, chez un autre employeur. L'activité adaptée pouvait être exercée à 100%, à raison de huit heures par jour. Quant au rapport du Dr C_____ du 5 juillet 2010, la Dresse B_____ a indiqué, s'agissant du syndrome anxio-dépressif sévère, que ce diagnostic était en accord avec ses observations du jour et que ces symptômes étaient attribuables à une expression de la personnalité dépendante. Quant au rapport du Dr E_____ du 18 janvier 2011, les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de troubles anxieux phobiques de type agoraphobie étaient en accord avec ses observations du jour. Enfin, quant au rapport du Dr E_____ du 31 mai 2011, la notion d'état stationnaire était interprétée comme une stabilisation de la décompensation du trouble de la personnalité. À ce titre, même si le pronostic était réservé et sombre selon le Dr E_____, le fait que l'assurée ne retravaillera pas était vraisemblable, mais pas pour des raisons médicales. 16. Dans un avis du 16 avril 2012, le SMR a estimé que l'expertise de la Dresse B_____ était convaincante. La capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité dès fin mai 2011.![endif]>![if> 17. Le 27 avril 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision selon lequel elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2010 au 31 août 2011. ![endif]>![if> 18. Par pli du 11 juin 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision et la valeur probante de l'expertise de la Dresse B_____, motif pris que cette dernière répondait aux instructions de l'OAI de sorte qu'elle manquait d'indépendance.![endif]>![if> De plus, elle a produit un rapport du Dr E_____ du 8 juin 2012 duquel il ressortait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité professionnelle. L'activité exercée jusqu'ici n'était pas exigible actuellement, l'assurée devait être aidée dans les démarches de conciliation avec son mari pour que son état de santé puisse s'améliorer, mais de nombreuses démarches en ce sens avaient échoué. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble anxieux généralisé (F41.1), une phobie sociale (F40.1), une agoraphobie (F40.0) et un trouble dépendant de la personnalité (F60.7). Le pronostic était sombre. La limitation sur le plan psychique était la décompensation d'une personnalité dépendante, avec pour

conséquences les troubles anxieux complexes, des troubles mnésiques et un désarroi. Ces troubles agissent sur l'activité exercée jusqu'ici, en ce sens que le fonctionnement habituel de l'assurée était totalement perturbé par une rupture d'étayage (l'assurée avait mis son mari à la porte). Les conséquences en étaient une perte des repères, une anxiété, une irritabilité, une sursollicitation de l'entourage restant et des difficultés d'organisation personnelle. 19. Par la suite, l'assurée a successivement adressé à l'OAI de nombreux certificats médicaux établis par le Dr E_____ attestant de son incapacité totale de travail depuis le 1^{er} avril 2012. Selon le dernier certificat, établi le 14 avril 2013, l'incapacité de travail était toujours totale au mois d'avril 2013. 20. Sur quoi, l'OAI a entrepris d'examiner à nouveau le dossier de l'assurée. Sur avis du SMR du 18 juin 2012, l'OAI a demandé au Dr E_____ de se prononcer sur l'anamnèse et le status psychiatrique détaillé de l'assurée et de dire si depuis son rapport de mai 2011, il existait une aggravation de son état de santé psychiatrique. 21. Par retour du 4 septembre 2012, le Dr E_____ a indiqué que l'anamnèse était superposable à celle du rapport de la Dresse B_____ du 26 octobre 2011, étant toutefois précisé qu'il était inexact d'affirmer que l'assurée ne sortait pas seule de la maison depuis toujours, puisqu'elle-même et son entourage affirmaient le contraire. Il relevait deux phrases de l'expertise du 26 octobre 2011, selon lesquelles l'assurée bondissait à chaque sonnerie du téléphone, convaincue qu'une femme contactait son époux, et que les week-ends étaient décrits comme horribles car le fils de l'assurée se rendait chez son père, l'assurée se sentant alors très seule. Pour le psychiatre traitant, il ne s'agissait pas de solitude, comme retenu par la Dresse B_____, mais de ruminations à caractère paranoïde, et l'assurée souffrait bel et bien de troubles de la pensée, contrairement à ce qu'avait retenu l'experte. Le reste du status démontrait une sensibilité excessive aux critiques, un refus de pardonner avec une tendance rancunière, un caractère soupçonneux et une tendance envahissante à déformer les événements, des doutes obsessionnels sur la fidélité de son mari, ensemble symptomatique qui parlait en faveur d'une personnalité paranoïaque. Ces symptômes étaient mêlés à d'autres, qui eux étaient caractéristiques d'une personnalité dépendante. C'étaient pourtant les premiers qui prenaient le dessus, de façon grave et invalidante, sous forme de ruminations à caractère paranoïde. Comme de nombreux patients souffrant d'idéations envahissantes, le tabagisme réactionnel était fréquent. Ce phénomène était d'ailleurs décrit dans l'expertise de la Dresse B_____, qui retenait que seule apparaissait une animosité en évoquant les griefs de l'assurée formulés à l'égard de son mari, une certaine tension survenait suite au refus de sa demande de fumer dans les locaux de l'examen. Le Dr E_____ a reproché à l'experte son manque d'investigation du cours de la pensée. La symptomatologie anxieuse était classique pour une agoraphobie mais les symptômes paranoïaques mêlés à des traits de personnalité anxieuse pouvaient aussi l'expliquer. L'assurée souffrait d'un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, d'une préoccupation excessive d'être critiquée ou rejetée, d'une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité et d'un évitement d'activités impliquant des contacts importants avec autrui. Cette symptomatologie représentait une aggravation du trouble de la personnalité dépendante, ce qui représentait une difficulté encore plus importante pour effectuer une quelconque activité. Le fait que l'assurée se rendait avec difficultés à ses consultations et qu'elle avait été méfiante lorsqu'il avait tenté de se rendre chez elle, comme l'avait rapporté à juste titre la Dresse B_____, corroborait le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (F61.0). En revanche, l'experte lui prêtait des propos qu'il ne reconnaissait pas lorsqu'elle écrivait que les troubles anxieux étaient présents depuis de nombreuses années. Au contraire, l'atteinte du trouble mixte de la personnalité était déjà

invalidante à l'époque et l'est toujours actuellement. En outre, les troubles anxieux n'étaient pas présents depuis de nombreuses années (en tout cas pas avec cette intensité sévère) et étaient aujourd'hui fortement invalidants. Au vu de cette symptomatologie, l'assurée présentait donc une aggravation de son état de santé psychiatrique avec évolution négative du trouble mixte de la personnalité (F61.0). L'épisode dépressif et l'agoraphobie étaient stationnaires depuis 2011. 22. Sur quoi, le SMR, dans un avis du 6 novembre 2012, a retenu qu'une expertise psychiatrique s'imposait et a établi une liste de quatorze questions à poser à l'expert. 23. Par courrier du 29 novembre 2012, notifié au conseil de l'assurée, l'OAI lui a communiqué qu'une évaluation était nécessaire et que la Dresse B_____ avait été mandatée à cet effet. La liste des questions à l'expert était reproduite et un délai accordé aux fins d'éventuelles questions complémentaires. 24. Le 12 mars 2013, la Dresse B_____ a rendu son rapport après avoir réalisé un examen clinique de l'assurée le 26 février 2013, consulté son dossier et pris en compte ses précédents rapports du 21 juin 2010 et 26 octobre 2011. Depuis la dernière consultation (5 octobre 2011), aucun événement majeur n'était survenu. L'assurée disait avoir envie de s'endormir le soir pour ne plus se réveiller, quitte à prendre des médicaments pour y parvenir. Elle a reconnu avoir pris du poids. Elle se rendait toujours chez le Dr E_____, trois à quatre fois par mois, accompagnée par un membre de sa famille. À ce propos, l'assurée avait expliqué qu'elle contestait avoir affirmé qu'elle avait passé toute sa carrière professionnelle à travailler avec un membre de sa famille, contrairement à ce qui ressortait du rapport du 26 octobre 2011. L'assurée prétendait avoir été capable, avant sa mise en arrêt de travail, de se rendre seule à son poste professionnel, d'exercer son cahier des charges d'une manière autonome et de partir seule en vacances. La Dresse B_____ a pris note des propos de l'assurée. Bien que cette correction ne change pas ses conclusions, l'experte était d'avis qu'il s'agissait d'une nouvelle rassurante démontrant que l'assurée avait les moyens d'être autonome, que les éléments de sa personnalité dépendante se révélaient moins marqués et que sa mise en arrêt de travail de 2009 devait ainsi être attribuée plus au conflit conjugal qu'à la dépendance à son époux. Depuis le départ de son époux, l'assurée disait ne plus sortir seule de chez elle. Elle annonçait ne plus supporter la foule, sous peine de souffrir de palpitations, de sentiment d'oppression thoracique et d'angoisses. Les tâches ménagères étaient assumées par les membres de la famille. La Dresse B_____ a relevé que l'assurée était venue en voiture avec son fils. La mémoire des faits est bonne, celle des dates pas toujours précise. Malgré une observation attentive, l'examen n'avait pas permis de mettre en avant de trouble de la pensée, que ce soit dans le développement, le déroulement ou le contenu. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était un status après décompensation d'un trouble dépendant de la personnalité, état actuellement stabilisé (F60.7). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un tableau de processus d'invalidation (F68.0), des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0), des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), une anamnèse d'anxiété avec notions de phobie sociale voire d'agoraphobie (F41.1 et F40.0). L'assurée avait présenté, par le passé (2010), un status après décompensation d'un trouble dépendant de la personnalité dont l'état était actuellement stabilisé. Le trouble de la personnalité s'étant recompensé et l'évolution médicale n'ayant pas montré d'aggravation, elle était apte à reprendre une activité professionnelle à plein temps. Comme elle avait précédemment travaillé dans les nettoyages, le service et les commandes, elle pouvait reprendre un poste dans les nettoyages, auprès d'un autre employeur que son mari. L'activité de nettoyeuse était adaptée

aux limitations fonctionnelles, si elle était exercée dans des locaux où l'assurée pouvait travailler seule ou en équipe restreinte et hors des heures d'affluence. Ces limitations n'empêchaient pas l'assurée d'exercer l'activité à plein temps (huit heures par jour). À partir de juin 2011, l'assurée avait donc une exigibilité professionnelle totale dans une activité adaptée, auprès d'un autre employeur que son époux. Le pronostic était bon. La consultation avait permis de mettre en évidence des signes de dépression, au sens des classifications internationales, une atteinte légère qui était toutefois lestée par un important déconditionnement physique. Les éléments phobiques prenaient un caractère sélectif puisque l'assurée pouvait se rendre chez ses médecins traitants accompagnée par un membre proche de sa famille. Aucun trouble du cours de la pensée n'avait été décelé et aucun élément évocateur d'une atteinte psychotique observé. Le tableau avait révélé une symptomatologie directement consécutive à un conflit conjugal, chez une femme qui, en réponse aux actes qu'elle reprochait à son époux, se renforçait dans un processus d'invalidation déjà amorcé lors de l'examen d'octobre 2011. Inconsciemment ou non, l'assurée s'était construit un mode de fonctionnement dans lequel elle se désistait de toutes tâches qui pouvaient lui incomber, mettant en avant une impotence dont les origines sortaient du champ médical. En effet, le tableau clinique n'était pas caractéristique d'une pathologie anxieuse, de phobie sociale ou d'agoraphobie, puisque dans ce genre de pathologies, les patients restaient actifs dans les activités rassurantes telles que les tâches ménagères. Il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assurée depuis l'expertise d'octobre 2011. La recompensation observée en juin 2010 était maintenue. L'assurée pouvait donc, même si on tenait compte des allégations de symptômes phobiques, travailler à plein temps, par exemple dans son ancien emploi de nettoyeuse, à condition de pouvoir se rendre à son poste hors des heures de pointe et pendant que les locaux à nettoyer étaient peu ou pas occupés. Quant aux éléments de la lignée anxieuse, l'assurée avait annoncé souffrir d'un sentiment d'oppression thoracique en lien avec la présence de plusieurs personnes dans la salle d'attente où elle avait patienté quelques minutes. La fréquence respiratoire n'était pas accélérée et aucun signe neurovégétatif n'était perçu. La recherche des éléments de la lignée dépressive avait révélé une psychomotricité calme sans être ralentie, une thymie globalement morose, ponctuée de sourires qui allumaient son visage à l'évocation de propos plaisants. L'appétit était perçu comme trop bon, le sommeil était de qualité correcte. Il n'avait pas été observé de troubles de l'attention ni de la concentration, en faisant abstraction du déconditionnement. Questionnée quant à son avenir, l'assurée reconnaissait n'avoir aucun projet. Une aboulie était mise en corrélation avec un important déconditionnement physique. S'agissant du rapport du Dr E_____ du 8 juin 2012 qui mentionnait que la décompensation de la personnalité dépendante de l'assurée se limitait sur le plan psychique et avait pour conséquence des troubles anxieux complexes, troubles mnésiques et désarroi, l'examen de ce jour confirmait que le trouble de la personnalité était « recompensé » et qu'il y avait donc une stabilisation de l'état de santé de l'assurée depuis le 21 juin 2010. Au demeurant, les diagnostics mentionnés de trouble anxieux généralisé, de phobie sociale et d'agoraphobie, n'empêchaient pas l'assurée de travailler dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles. Les troubles mnésiques n'avaient pas été objectivés mais ils n'empêchaient pas l'exercice d'une activité non qualifiée de type nettoyeuse. Quant au désarroi annoncé, celui-ci serait soulagé si l'assurée pouvait retrouver une intégration sociale. Quant au rapport du Dr E_____ du 4 septembre 2012, qui mentionnait que l'assurée bondissait lors de la sonnerie du téléphone de son époux, convaincue qu'une femme le contactait, la Dresse B_____ a relevé que cet élément était

compréhensible, sans être pathologique ni incapacitant. Quant aux autres éléments qui y étaient mis en avant, notamment la solitude de l'assurée lorsque son fils partait en week-end chez son père, tout au plus appuyaient-ils le caractère dépendant de la personnalité de l'assurée. Quant à la contestation, par le Dr E_____, du fait qu'il n'a pas été observé de trouble du cours de la pensée dans le rapport d'expertise, l'experte ne voyait pas le lien entre une souffrance liée à la solitude et des troubles du cours de la pensée, et encore moins leur caractère incapacitant. En tout état, la Dresse B_____ ne voyait pas le lien avec des ruminations à caractère paranoïde, puisque les caractéristiques annoncées d'une sensibilité excessive aux critiques, d'un refus de pardonner avec une tendance rancunière et un caractère soupçonneux constituaient des éléments qui s'accordaient avec la rigidité d'une personnalité dépendante. Quand bien même, il était possible de travailler dans un poste non qualifié avec des ruminations à caractère paranoïaque. La Dresse B_____ a relevé que dans le rapport du Dr E_____ du 31 mai 2011, l'état de santé de l'assurée était défini comme stationnaire depuis 2011. Dans ce même rapport, le Dr E_____ avait indiqué que l'assurée présentait une résistance au traitement, ce qui, pour la Dresse B_____, correspondait au fait que les symptômes annoncés pouvaient prendre une origine non médicale. L'observation des rapports médicaux du Dr E_____ permettait de constater une divergence d'appréciation quant à l'exigibilité professionnelle de l'assurée, mais les arguments émis et les diagnostics nouvellement annoncés ne permettaient pas d'imposer des limitations fonctionnelles à l'exercice d'une activité non qualifiée, dans des conditions de travail adaptées. Le contenu de ces rapports ne permettait pas non plus de remettre en question les diagnostics, ni d'attester une aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assurée. 25. Dans un avis du 28 mai 2013, le SMR a relevé qu'il ressortait de l'expertise claire et convaincante de la Dresse B_____ qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assurée depuis octobre 2011 et que les troubles anxieux n'influençaient pas sa capacité de travail dans un poste adapté. 26. Par pli du 1^{er} juillet 2013, l'assurée a transmis des nouveaux documents médicaux à l'OAI. En date du 11 juin 2013, une IRM de son genou gauche avait été pratiquée par le Dr D_____, dont les conclusions étaient un épanchement intra-articulaire; une chondropathie rotulienne grade III; une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne; une rupture partielle du ligament croisé antérieur qui présentait un aspect tortueux; une tendinopathie rotulienne proximale; de multiples formations d'allure kystique au sein du tiers distal du fémur; une chondropathie condylienne interne grade III avec signe de gonarthrose; pas de lésion méniscale externe. Une IRM de la cheville gauche avait été pratiquée le 20 septembre 2012 par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, laquelle avait révélé, par rapport à un examen antérieur du 26 septembre 2011, une meilleure visualisation et une augmentation en taille de la lésion ostéochondrale au niveau de la partie antérieure du versant astragalien de l'articulation sous-astragalienne associée à une augmentation de l'œdème spongieux de voisinage. Il y avait par ailleurs une persistance du comblement du sinus du tarse et de l'infiltration du ligament astragalo-calcanéen (ligament 2 haie) d'aspect mal délimité, compatible avec un syndrome de sinus du tarse. Le Dr F_____ avait également pratiqué une IRM du genou droit le 24 septembre 2012, dont les conclusions étaient une importante gonarthrose fémoro-tibiale interne; une perte de substance avec un aspect subluxé du ménisque résiduel interne, associée à une lésion oblique de la corne postérieure du ménisque interne; une chondropathie focale grade IV au niveau du versant médial de la patella. 27. Dans une note interne du 4 juillet 2013, l'OAI a indiqué avoir communiqué au conseil de l'assurée que la procédure d'audition était terminée, de sorte que

les pièces produites le 1^{er} juillet 2013 ne pouvaient pas être prises en compte.![endif]>![if> 28. Par décision du 28 juillet 2014, remplaçant la décision du 14 août 2013 qui n'avait pas été notifiée au conseil de l'assurée, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée du 1^{er} novembre 2010 au 31 août 2011.![endif]>![if> La motivation de la décision indiquait qu'après instruction de la demande de prestations déposée le 7 mai 2010, le SMR avait attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 21 septembre 2009. Au terme du délai d'attente d'un an, à savoir le 21 septembre 2010, la capacité de travail de l'assurée dans toute activité était nulle. Le droit à une rente d'invalidité était donc ouvert depuis le 21 septembre 2010, toutefois, le versement de la rente ne pouvait prendre naissance, au plus tôt, que six mois après le dépôt de la demande, de sorte que celui-ci ne pourrait débiter qu'à partir du 1^{er} novembre 2010. Au terme d'une instruction complémentaire, le SMR était d'avis qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée du point de vue psychiatrique depuis l'expertise d'octobre 2011 et que l'atteinte à la santé n'influçait pas la capacité de travail dans un poste adapté. Le SMR avait retenu l'expertise du 12 mars 2013 comme convaincante. Dès lors, dès le 1^{er} mai 2011, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité professionnelle. La rente s'éteignait le 31 août 2011, à savoir après avoir constaté une période d'amélioration de trois mois. Des mesures professionnelles n'étaient pas exigibles. 29. Par acte du 15 septembre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 28 juillet 2014, motifs pris qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2011. Elle a préalablement sollicité l'octroi d'un délai pour recueillir les observations de son psychiatre concernant l'expertise du 12 mars 2013 et a conclu à l'annulation de la décision du 28 juillet 2014 ainsi qu'à la tenue de « toutes probatoires utiles, en particulier les expertises nécessaires ».![endif]>![if> La recourante a exposé que le litige portait sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont elle souffrait ouvraient le droit à une rente d'invalidité après le 31 août 2011 et qu'il ne s'agissait pas de savoir s'il y avait eu aggravation de son état de santé depuis octobre 2011. Dès lors qu'elle démontrait une atteinte à sa santé, la diminution de sa capacité de gain et un lien de causalité entre les deux, il fallait admettre qu'elle présentait un taux d'invalidité suffisant pour obtenir une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2011. Il résultait en effet du rapport du 8 juin 2012 du Dr E_____ qu'elle souffrait de troubles psychiques, soit un trouble anxieux généralisé (F41.1), de phobie sociale (F40.1), d'agoraphobie (F40.0) et d'un trouble dépendant de la personnalité (F60.7). Selon ce praticien, elle était dans l'incapacité totale de travailler. En outre, le rapport de la Dresse B_____ avait été contesté par le Dr E_____ qui avait précisé qu'il y avait aggravation de son état de santé psychiatrique, avec évolution négative du trouble mixte de la personnalité. Selon la recourante, les conclusions de la Dresse B_____ étaient discutables dans la mesure où l'experte soutenait qu'elle avait une capacité de travail entière car elle avait « pris ses marques » dans sa maladie, ce qui était contraire aux conclusions du Dr E_____. Il n'était pas soutenable de dire que la recourante n'était plus malade, car sa maladie perdurait. Bien plutôt, il y avait aggravation de son état de santé, ce qui était physiquement visible. La recourante contestait qu'il lui soit possible de travailler dans un poste non qualifié avec des ruminations à caractère paranoïaque, comme le soutenait l'experte. Les expertises de la Dresse B_____ n'avaient pas pleine valeur probante et les conclusions de cette dernière ne pouvaient pas être suivies, d'autant qu'elle avait agi sur mandats successifs de la SWICA puis de l'intimé. Au surplus, l'intimé ne tenait pas compte des autres atteintes à la santé de la recourante. Il ressortait pourtant du rapport du Dr C_____ du 5 juillet 2010 qu'elle souffrait de lombalgies sur canal lombaire étroit et hernie L4-L5. En outre, des IRM

pratiquées en septembre 2012 avaient révélé qu'elle souffrait d'une importante gonarthrose fémoro-tibiale interne au genou droit et d'une importante lésion ostéocondrale à la cheville gauche. 30. Dans un courrier du 14 octobre 2014 à l'intention de l'intimé, reçu par la chambre de céans le 4 novembre 2014, le Dr E_____ a formulé des observations complémentaires. Le médecin a indiqué que la recourante se rendait régulièrement à son cabinet et que son état était stationnaire depuis le 4 septembre 2012. Les diagnostics retenus étaient une agoraphobie invalidante (F40.0), une anxiété généralisée (F41.1), un épisode dépressif moyen (F32.1) et un trouble de la personnalité dépendante (F61.0). La recourante présentait une agoraphobie très handicapante, qui ne lui permettait pas de sortir de chez elle non accompagnée, associée à des anxiétés anticipatoires qui pouvaient se révéler paroxystiques (panique). Elle souffrait d'une anxiété « flottante » et présentait une « boule au ventre » la plupart du temps. Ces symptômes répondaient partiellement aux traitements de benzodiazépines administrés, mais ceux-ci la rendaient apathique, fatiguée et bradypsychique. La symptomatologie dépressive, avec tristesse, pleurs, sentiments de dévalorisation et culpabilité l'empêchait de prendre des initiatives et abaissait sa résistance psychique. Elle ne s'occupait plus de son ménage ni de ses activités usuelles à domicile. Selon le médecin, la recourante était en incapacité totale de travailler, les traitements prodigués n'avaient pas eu d'évolution positive. S'agissant de l'expertise du 12 mars 2013, le Dr E_____ s'étonnait de ce que la Dresse B_____ ne retienne pas les diagnostics d'agoraphobie et d'anxiété généralisée, dont tous les éléments résultaient de l'expertise. Selon lui, l'experte ne tenait pas compte des plaintes de la patiente. Elle se montrait subjective, interprétative ou partielle. Par exemple, lorsqu'elle écrivait « annonce ne plus supporter la foule », au lieu de dire que la recourante ne supportait pas la foule, cela pouvait laisser croire qu'elle ne la croyait pas. Les raisons invoquées par la Dresse B_____ pour mettre les diagnostics retenus dans la catégorie n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail semblaient injustes et subjectives. Il était d'avis que ces diagnostics étaient très invalidants. Elle retenait plusieurs éléments de la ligne dépressive (anhédonie, aboulie, image de soi dégradée, thymie globalement morose), sans en retenir le diagnostic. Enfin, le Dr E_____ ne comprenait pas pourquoi les conclusions de l'expertise du 21 juin 2010 avaient été écartées en dépit du fait que la recourante présentait les mêmes symptômes, dont la sévérité était au moins la même, voire plus grave. 31. Par réponse du 27 novembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et a persisté dans ses conclusions. Il a exposé que les rapports d'expertise de la Dresse B_____ revêtaient pleine valeur probante, puisqu'ils se fondaient sur trois examens médicaux et une anamnèse précise de la recourante, qu'ils étaient établis en pleine connaissance de l'ensemble du dossier et que les questions litigieuses avaient fait l'objet d'une étude fouillée. De surcroît, les conclusions étaient bien motivées, claires et étayées. Les rapports du Dr E_____ n'amenaient pas d'éléments objectifs susceptibles de faire douter de ces conclusions. Par ailleurs, le Dr E_____ relatait les plaintes de la recourante mais n'expliquait pas les motifs pour lesquels le diagnostic retenu devait être privilégié par rapport à celui de la Dresse B_____. Ainsi, le Dr E_____ assimilait le fait, pour la recourante, de ne pas sortir seule de chez elle à une agoraphobie, mais ce diagnostic n'était pas motivé médicalement. À l'inverse, la Dresse B_____ avait expliqué pour quels motifs médicaux les diagnostics avancés par le Dr E_____ ne pouvaient être retenus. S'agissant des éléments de la lignée anxieuse, il était erroné de dire que la Dresse B_____ n'avait pas cru la recourante, bien plutôt, elle avait constaté que les observations cliniques ne correspondaient pas aux plaintes subjectives formulées. S'agissant des éléments de la lignée dépressive, le tableau qu'elle

avait dressé ne correspondait pas à un trouble dépressif sévère et invalidant. S'agissant des troubles physiques constatés, l'intimé a relevé que si l'activité de nettoyage n'était, cas échéant, plus adaptée – bien qu'elle eût été pratiquée jusqu'en septembre 2009 – dans la mesure où la recourante avait exercé en dernier lieu une activité d'employée responsable polyvalente, demeuraient à sa portée les autres activités précédemment exercées (gestion des commandes, service). 32. Dans un rapport du 18 décembre 2014 à l'attention du conseil de la recourante, le Dr E_____ a formulé des observations complémentaires. Il a relevé que la Dresse B_____ parlait d'une amélioration clinique importante, alors qu'elle évoquait des pleurs, ce qui était compatible avec un épisode dépressif moyen ou sévère. L'experte n'avait pas utilisé des tests neuropsychologiques pour affirmer l'absence de troubles de la concentration; l'appréciation de l'intensité des troubles dépressifs et anxieux ne s'était pas faite à l'aide d'une échelle empirique (échelle d'Hamilton, Beck Depression Inventory, SCL 90), de sorte qu'une nouvelle expertise était nécessaire. Le mandat devait être confié à un expert neutre « par rapport au contexte culturel des Balkans ». 33. Par réplique du 19 décembre 2014, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a persisté dans ses conclusions. C'était à tort que l'intimé avait demandé à trois reprises à la Dresse B_____ de se prononcer à titre d'expert, alors que l'intimé n'ignorait pas les tensions entre celle-ci, d'origine serbe, et la recourante, albanophone. Ses expertises ne revêtaient pas pleine valeur probante. Au surplus, la recourante s'est référée au rapport du Dr E_____ du 18 décembre 2014. 34. Par duplique du 2 février 2015, l'intimé a exposé que les critiques du Dr E_____ étaient toutes fondées sur le principe d'une supposée partialité de l'expert pour des motifs prétendument culturels. Or, les avis du médecin traitant pouvaient être pris en compte pour autant qu'ils reposent sur des éléments objectifs et vérifiables, ce qui n'était nullement le cas des arguments du Dr E_____. Au surplus, l'intimé a joint copie de l'avis du SMR du 22 janvier 2015, aux termes duquel le docteur G_____, médecin praticien FMH, et le docteur H_____ ont exposé qu'il ne ressortait pas de nouveaux éléments médicaux du rapport du Dr E_____, qu'il remettait en doute l'impartialité de l'expert sans y apporter de justification probante; bien plutôt, il procédait à un jugement de valeur sur les liens culturels présumés entre l'expert et la recourante. 35. Par courrier du 20 février 2015, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a indiqué ne pas comprendre pourquoi la Dresse B_____ avait été choisie à trois reprises comme experte, alors que le Dr E_____ s'était toujours interrogé sur son impartialité au vu du contexte culturel des Balkans. 36. En date du 25 mars 2015, la chambre de céans a procédé à une audience de comparution des parties. La recourante a déclaré prendre des médicaments et être toujours en traitement chez le Dr E_____ qu'elle voyait trois fois par mois, parfois plus selon son état de santé. Elle a confirmé avoir produit des documents concernant des problèmes aux genoux, qu'elle ne pouvait toutefois pas opérer en raison de l'arthrose; elle souffrait également de la cheville gauche. Son médecin traitant était le Dr C_____. La recourante a notamment expliqué qu'elle préférerait rester avec sa famille – avec qui elle vivait – qu'elle avait peur des gens et que cela l'angoissait. Elle n'arrivait pas à sortir seule et n'avait jamais eu de problèmes auparavant. L'intimé a exposé que dans les activités exercées précédemment par la recourante en tant qu'employée polyvalente, les problèmes des genoux n'avaient pas d'incidence. L'intimé n'avait pas interrogé les médecins sur les limitations fonctionnelles. Il a expliqué que selon la Dresse B_____, l'état de santé de la recourante sur le plan psychique avait été décompensé dans un premier temps, puis ne l'était plus ultérieurement. L'intimé avait mandaté la Dresse B_____ parce qu'elle avait déjà expertisé la recourante

pour le compte de la SWICA, de sorte qu'elle était mieux à même d'évaluer l'évolution de son état de santé. 37. 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^{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. À 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).!

b. 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). c. En l'espèce, la décision litigieuse du 28 juillet 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable.!

4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que, par décision du 28 juillet 2014, l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité à la recourante du 1^{er} novembre 2010 au 31 août 2011, singulièrement si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2011.!

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.!

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

seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 p. 166 et ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 p. 146; voir également arrêt I.99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155). 6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation 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). c. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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). b. 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 LPG), 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). c. Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 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). Ils 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_5817/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). d. 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). e. 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). 8. 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. 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). 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). 9.

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201 ; ATF 125 V 417 consid. 2d ; RCC 1984 p. 137). [endif]>[if> Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). A l'inverse, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon cette dernière disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 er let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. En revanche, l'article 88 bis al. 2 let. a RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on n'est pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1983 p. 489 consid. 2b; ATF 106 V 16). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 10.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). [endif]>[if> Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales en vertu de cette disposition, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.316/2006 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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).!

En l'espèce, c'est sur la base des rapports de la Dresse B _____ des 26 octobre 2011 et 12 mars 2013, ainsi que sur l'avis du SMR du 28 mai 2013 que l'intimé a retenu que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2010 au 31 août 2011. Le diagnostic retenu par l'experte ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante est un status après décompensation d'un trouble dépendant de la personnalité, état actuellement stabilisé (F60.7). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont un tableau de processus d'invalidation (F68.0), des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0), des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.35), une anamnèse d'anxiété avec notions de phobie sociale voire d'agoraphobie (F41.1, F40.0). Par rapport à la décompensation observée par la Dresse B _____ en 2010, le trouble dépendant de la personnalité de la recourante est à présent recompensé et stabilisé, son état de santé psychiatrique ne s'est pas aggravé depuis 2011. Le Dr E _____ ayant admis un état stationnaire depuis le 31 mai 2011, cette date est compatible avec la stabilisation observée par l'experte. A partir de juin 2011, la recourante présente donc une capacité de travail totale dans une activité adaptée, du type de celle exercée auparavant (nettoyeuse), mais hors des heures d'affluence, en équipe restreinte et auprès d'un autre employeur que son époux. Ces limitations n'empêchent pas l'exercice de l'activité à plein temps, sans diminution de rendement. La recourante conteste la valeur probante des rapports de l'experte, motif pris que le Dr E _____ a attesté de ce que l'état de son santé ne s'est pas amélioré et son incapacité de travail est totale dans toute activité au-delà du 31 mai 2011. Selon le psychiatre traitant, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont, en juin 2012, un trouble anxieux généralisé (F41.1), une phobie sociale (F40.1), une agoraphobie (F40.0) et un trouble dépendant de la personnalité (F60.7), puis, en septembre 2012, un trouble mixte de la personnalité évoluant négativement (F61.0), un épisode dépressif (F32.1) et une agoraphobie (F40.0) stationnaires depuis 2011 et, en octobre 2014, une agoraphobie invalidante (F40.0), une anxiété généralisée (F41.1), un épisode dépressif moyen (F32.1) et un trouble de la personnalité dépendante (F61.0). Dès lors, il s'agit d'analyser la valeur probante des expertises susmentionnées et d'examiner si le Dr E _____ émet des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute les déductions et conclusions. La chambre de céans constate que dans ses deux rapports, la Dresse B _____ a pris connaissance du dossier constitué par l'intimé, ainsi que de sa précédente expertise réalisée en 2010 préalablement au dépôt de la demande de rente d'invalidité, elle-même établie sur la base d'un examen clinique et d'un contact avec le médecin traitant (Dr C _____). L'experte a en outre interrogé la recourante sur ses plaintes, a résumé son historique médical et détaillé son anamnèse. L'experte s'est entretenue avec le psychiatre traitant (Dr E _____), lequel lui reproche toutefois de lui prêter en partie des propos qu'il ne reconnaît pas. Par ailleurs, il sied de relever que pour chaque rapport, les diagnostics posés par la Dresse B _____ l'ont été à l'issue d'un seul examen clinique. D'abord, l'experte

explique que le trouble de la personnalité dépendante de la recourante est « récompensé » et que son état de santé psychiatrique ne s'est pas aggravé depuis 2011. Or, il est le lieu de préciser que la notion de stabilisation n'implique pas encore que l'état de santé se soit amélioré. Force est d'ailleurs de constater qu'à aucun moment, la Dresse B _____ n'emploie le terme d'amélioration pour décrire l'état de santé de la recourante, ni en 2011 ni en 2013. Par ailleurs, il ne ressort pas clairement des expertises susmentionnées quels sont les éléments qui permettent à l'experte de déduire de cette stabilisation le recouvrement d'une capacité totale de travail. En effet, l'experte admet que la situation de la recourante est inchangée, tout en observant une stabilisation avec consolidation des plaintes et relevant que la recourante s'est positionnée dans un processus d'invalidation, de sorte qu'elle présente les capacités d'exécuter ses tâches ménagères et de reprendre une activité lucrative à plein temps; le fait qu'elle ne sorte pas seule de chez elle est un élément culturel qui a toujours été respecté. La Dresse B _____ se contente ainsi d'affirmer que c'est la récompensation qui permet à la recourante de recouvrer une entière capacité de travail, sans toutefois expliquer en quoi cette stabilisation de son état de santé le lui permet, qui plus est sans aucune diminution de rendement. Au demeurant, la recourante conteste expressément le fait de n'être jamais sortie seule de chez elle par le passé. Ensuite, à différents égards, la chambre de céans relève des propos confus et incohérents de la part de l'experte. En effet, à la question de savoir comment ont évolué les incapacités de travail justifiées médicalement dans son activité habituelle, la Dresse B _____ a répondu qu'à partir de début juin 2011, la recourante a présenté une exigibilité professionnelle totale sur le plan psychiatrique dans une « activité adaptée ». Quant à savoir quelle était la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, l'experte a expliqué que comme la recourante avait précédemment travaillé dans les nettoyages, le service et les commandes pour la salle de jeu de son époux, elle pouvait reprendre un poste dans les nettoyages, auprès d'un nouvel employeur. La capacité de travail exigible dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100% depuis juin 2011 et l'activité de nettoyeuse était strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, pour autant qu'elle soit exercée dans des locaux dans lesquels l'assurée puisse travailler en équipe restreinte et hors des heures d'affluence (rapport 2013). Force est toutefois de constater qu'il ressort une imprécision de ce qui précède, en ce sens que la Dresse B _____ paraît réduire l'activité habituelle de la recourante à celle de nettoyeuse, alors qu'en tant qu'employée polyvalente, son activité habituelle consistait également à assurer le service et la gestion des commandes. De plus, la chambre de céans relève que si selon l'experte les limitations fonctionnelles (équipe restreinte, hors des heures d'affluence) n'empêchent pas une activité à plein temps, par exemple en tant que nettoyeuse, il paraît douteux qu'une telle activité limitée aux heures de faible affluence soit compatible avec une activité exercée à plein temps. Cas échéant, il appartiendrait au service de réadaptation de l'intimé de déterminer si la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée pourrait être mise en valeur sur le marché du travail dans l'activité à plein temps, eu égard aux limitations temporelles. Par ailleurs, dans son rapport de 2010, l'experte a retenu les diagnostics d'anxiété et de phobie sociale associée (F41.1, F40.1), sans répercussion sur la capacité de travail, et a conclu à une incapacité de travail totale de la recourante, en raison de la décompensation du trouble de la personnalité dépendante (F60.7). Selon elle, la décompensation du trouble de la personnalité dépendante avait pour conséquence une anxiété généralisée et une phobie sociale, notamment. Ces diagnostics sont toujours présents en 2011 (F41.1, F40) et 2013 (F41.1, F40.0), toujours sans répercussion sur la capacité de travail. Or, il n'apparaît pas clairement pourquoi les

diagnostics précités ne présentent pas de caractère incapacitant, alors qu'ils constituent pourtant des éléments de la décompensation du trouble de la personnalité dépendante. L'experte affirme même que le diagnostic du syndrome anxio-dépressif sévère, tel que retenu par le Dr C _____, est en accord avec ses observations, de même que les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, d'épisode dépressif moyen et de troubles anxieux phobiques sont également en accord avec ses observations (rapport 2011). Quoi qu'il en soit, l'experte n'indique pas les motifs pour lesquels ces diagnostics ne sont pas incapacitants. Le Dr E _____ s'étonne en outre de ce que la Dresse B _____ ne retienne pas les diagnostics d'agoraphobie et d'anxiété généralisée, puisque toutes les composantes ressortent des expertises. De la même manière, il relève qu'elle retient plusieurs éléments de la lignée dépressive (anhédonie, image de soi dégradée) sans pourtant en retenir le diagnostic. En effet, force est de constater que l'experte retient plusieurs épisodes de pleurs (rapport 2011), des signes de dépression, au sens des classifications internationales (atteinte légère), une thymie globalement morose ainsi qu'une aboulie et qu'elle a en outre relevé des éléments phobiques qui prennent un caractère sélectif (rapport 2013). L'experte relève que les signes de dépression sont minimes et que la composante anxieuse est latente et chronique (rapport 2011). Quoi qu'il en soit, la Dresse B _____ n'indique pas clairement et de manière circonstanciée les raisons qui lui font placer les diagnostics précités dans la catégorie de ceux n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Tout au plus observe-t-elle, lorsque la recourante annonce souffrir d'oppression thoracique en lien avec la présence de quelques personnes dans la salle d'attente, que sa fréquence respiratoire n'est pas accélérée et qu'aucun signe neurovégétatif n'est perçu. Ces constatations ne sauraient toutefois suffire à écarter le sentiment d'oppression thoracique tel que décrit par la recourante. Enfin, le Dr E _____ fait grief à l'experte de ne pas avoir utilisé de tests neuropsychologiques pour rejeter l'absence de troubles de la concentration, ni d'échelle empirique pour apprécier l'intensité des troubles (Hamilton); il reproche également à l'experte son manque d'investigation du cours de la pensée. A cet égard, force est d'admettre que l'experte a relevé, tant en 2011 que 2013, que la recourante présentait des difficultés à se souvenir des dates, sans pour autant investiguer ces aspects. Par conséquent, il apparaît douteux que la Dresse B _____ écarte, dès 2011, ses conclusions de 2010, en dépit du fait que la recourante présente apparemment les mêmes symptômes qu'auparavant – cela d'autant qu'à aucun moment, l'experte ne parle d'amélioration de son état de santé, mais seulement de stabilisation – alors que le psychiatre traitant, lui, parle même d'une aggravation de ce dernier. Certes, les rapports du Dr E _____ sont peu documentés et comportent des imprécisions. Cela étant, il ressort de ce qui précède suffisamment d'éléments susceptibles de mettre en doute les conclusions de l'experte. Rappelons à cet égard que le Dr E _____ indique n'avoir jamais affirmé, contrairement à ce que prétend la Dresse B _____, que les troubles anxieux sont présents depuis de nombreuses années, argument qui semble être utilisé par l'experte pour justifier leur caractère non invalidant. Confuses et peu étayées, les conclusions de la Dresse B _____ laissent ainsi subsister des doutes quant à l'évolution de l'état de santé psychiatrique de la recourante depuis 2010, respectivement sur les répercussions de cette évolution sur sa capacité de travail, de sorte qu'elles n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. Quant à l'avis du SMR du 28 mai 2013, il fait siennes les conclusions de l'experte sans apporter d'élément nouveau, de sorte qu'il n'est pas déterminant. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient que les expertises de la Dresse B _____ ne peuvent se voir attribuer une pleine valeur probante. En particulier, il ne ressort pas des rapports en quoi l'état de santé de la recourante s'est

amélioré au point de recouvrer une capacité de travail totale. Il n'est, en l'état actuel du dossier, pas possible de tirer des conclusions définitives sur le plan psychiatrique. 13. Enfin du point de vue somatique, la chambre de céans constate que l'intimé n'a pas examiné les pièces que la recourante lui avait pourtant communiquées, à savoir les rapports d'IRM réalisées en septembre 2012 et juin 2013 par les Drs D_____ et F_____, lesquelles mentionnent de nombreux diagnostics, dont une rupture partielle du ligament croisé antérieur et une tendinopathie rotulienne proximale du genou gauche, une lésion ostéochondrale au niveau de la partie antérieure du versant astragalien de l'articulation sous-astragalienne gauche associée à une augmentation de l'œdème spongieux de voisinage et une importante gonarthrose fémoro-tibiale interne au genou droit. De surcroît, en 2010 déjà, le Dr C_____ avait indiqué, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, des lombalgies sur canal lombaire étroit et hernie L4-L5 présentes depuis 2006.!

Or, ces aspects n'ont pas été pris en compte par l'intimé dans sa décision du 28 juillet 2014, puisqu'il s'est contenté d'affirmer que l'atteinte à la santé n'influençait pas la capacité de travail dans un poste adapté. Le dossier n'ayant toutefois pas été instruit à cet égard, il y a lieu de le renvoyer à l'intimé, afin qu'un expert indépendant évalue si les atteintes somatiques précitées ont une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Il convient encore de rappeler que toutes les atteintes à la santé doivent être prises en compte pour évaluer l'invalidité de la recourante. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire comportant un volet psychiatrique et un volet somatique, auprès d'experts indépendants (cf. art. 44 LPGa). Cela fait, l'intimé procédera au calcul du degré d'invalidité présenté par la recourante dès le 31 août 2011, puis rendra une nouvelle décision. 15. Selon l'art. 61 let. g LPGa, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En l'espèce, la recourante n'a pas conclu à l'allocation de dépens. Des dépens peuvent cependant être alloués à une partie sans conclusion expresse dans ce sens (ATF 118 V 139 consid. 3). En l'espèce, l'indemnité due à ce titre à la recourante, qui obtient gain de cause, sera fixée à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGa; art. 89H al. 3 loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE – E 5 10] et art. 6 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). 16. Au vu de l'issue du litige, un émoluments de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA-GE).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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