

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3502/2014

ATAS/795/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 octobre 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, de nationalité portugaise, mariée et mère de deux enfants nés en 1990 et 1998, vit en Suisse depuis 1988.
2. L'assurée a obtenu un baccalauréat au Portugal. Elle a travaillé de 1995 à 2000 en qualité d'aide-réceptionniste dans une agence immobilière à Genève, et d'octobre 2000 à décembre 2001 en tant que directrice d'un restaurant au Portugal. Elle a ensuite exercé l'activité de concierge à temps partiel depuis le 1^{er} septembre 2002.
3. En raison d'un syndrome cervical notamment, l'assurée était suivie depuis 1994 par le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie. En 1996, sa patiente avait présenté des problèmes de dysfonction cervicale et dorsale, à l'origine d'un engourdissement du membre supérieur droit. Elle avait alors été adressée au docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait diagnostiqué un syndrome cervical, sans déficit radiculaire.
4. L'image à résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale pratiquée le 21 octobre 2004 à la demande du Dr B_____ n'avait révélé aucune anomalie notable.
5. Le 28 octobre 2004, l'assurée a été renversée par une camionnette alors qu'elle roulait en scooter.
6. Grièvement blessée, l'assurée a été emmenée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où des fractures du bassin, soit plus particulièrement une fracture de la branche ilio-ischio-pubienne à gauche et une fracture du sacrum à droite, ont été diagnostiquées.
7. Depuis lors, l'assurée est totalement incapable de travailler.
8. Les suites de cet accident ont été prises en charge par GENERALI ASSURANCES (ci-après : l'assureur-accidents).
9. En raison de douleurs cervicales persistantes suite à l'accident précité, le docteur D_____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a demandé les examens radiologiques suivants :
 - des radiographies de la colonne cervicale, effectuées le 6 janvier 2005, lesquelles n'ont pas mis en évidence d'anomalie de la structure osseuse ;
 - une IRM de la colonne cervicale, pratiquée le 23 février 2005, qui n'a pas révélé de signe IRM ou CT compatible avec un traumatisme osseux ou ligamentaire.
10. Au vu des atteintes occasionnées par l'accident, l'assurée a été adressée au docteur E_____, spécialiste FMH en orthopédie, qui a indiqué, dans son rapport intermédiaire du 17 février 2005 que sa patiente souffrait encore du bassin et de la colonne cervicale. Les fractures étant consolidées, il avait renvoyé l'assurée vers son médecin traitant, le Dr D_____, pour la suite du traitement.

11. Un Ct-Scan du bassin, réalisé le 27 octobre 2005, a mis en évidence une subluxation entre les première et deuxième pièces sacrées antérieures et discrètement latéralisées à gauche ainsi qu'une consolidation complète des fractures de la branche ilio-pubienne et du sacrum.
12. En raison de son état psychique, l'assurée a été adressée au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a indiqué, dans un courrier du 29 novembre 2005, que sa patiente présentait les symptômes d'un état dépressif majeur (tristesse, anxiété avec notamment une anorexie, sentiment de culpabilité et d'incapacité, d'inutilité, avec vellétés suicidaires). Une hospitalisation avait été envisagée.
13. À la demande de l'assureur-accidents, les docteurs G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et H_____, spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie, ont effectué une expertise de l'assurée. Dans leur rapport du 9 décembre 2005, ils ont posé les diagnostics suivants : fractures de branches et du sacrum consolidées ; syndrome cervical et dorsal algique ancien ; maladie de Forestier et, sur le plan psychique, syndrome douloureux somatoforme persistant, accompagné d'une réaction dépressive prolongée. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été posé par exclusion d'une atteinte somatique. La réaction dépressive prolongée d'intensité moyenne était compatible avec une capacité de travail de 50%, pouvant être augmentée à 100% dans un délai de 3 à 6 mois avec le traitement en cours. Sur le plan somatique, les douleurs étaient intolérables, de sorte que l'assurée n'envisageait pas de reprendre une activité professionnelle. Il n'y avait pas de critère scientifiquement établi pour évaluer la capacité de travail en cas de syndrome douloureux somatoforme persistant, celui-ci étant caractérisé par des manifestations essentiellement subjectives (douleurs) sans substrat objectivable.
14. Une IRM du bassin, effectuée le 8 décembre 2005, a décelé, outre la subluxation découverte le 27 octobre 2005, une discopathie L5-S1 et une déshydratation du disque à ce niveau.
15. Le 12 janvier 2006, l'assurée a bénéficié, vu la discopathie L5-S1, d'une infiltration inter-facettaires L5-S1 des deux côtés sous guidage scanographique, sans complications.
16. Dans un courrier du 21 janvier 2006, le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à qui l'assurée avait été adressée, s'est prononcé sur le volet orthopédique de l'expertise du 9 décembre 2005 et a considéré que l'examen physique, lequel correspondait pour l'essentiel à ses constatations, était conforme aux règles de l'art. Cela étant, lors de son examen détaillé du 10 janvier 2006, il avait relevé diverses zones d'hypoesthésies cutanées sur la face antérieure et interne des cuisses, mal systématisables, possiblement en relation avec les séquelles d'une fracture du sacrum. Pour le Dr I_____, l'assurée souffrait certainement également d'une atteinte de son disque L5-S1, responsable d'une grande partie de ses douleurs

invalidantes. Enfin, le médecin précité considérait que la discopathie décrite sur le scanner était en réalité importante, avec un phénomène de « vide discal », correspondant à une bulle de gaz intra-discal. Cette lésion, ordinairement de nature dégénérative mais asymptomatique, était devenue douloureuse après l'accident.

17. Dans un rapport du 27 janvier 2006, le Dr F_____, contestant l'avis du Dr H_____, a retenu un diagnostic de syndrome post-commotionnel au vu des critères présentés par la patiente (irritabilité, difficultés de concentration, altération de la mémoire, insomnies, intolérance au stress avec des sentiments dépressifs) ainsi qu'un syndrome subjectif des traumatisés du crâne et une évolution sinistrosique, la patiente étant totalement et probablement définitivement incapable de travailler.
18. À la demande du Dr I_____, l'assurée a été examinée par le Dr C_____ et par la docte^{esse} J_____, elle aussi spécialiste FMH en neurologie :
 - Dans son rapport du 21 mars 2006, le Dr C_____ a indiqué que l'anamnèse et l'examen clinique n'étaient pas évocateurs d'une atteinte neurologique périphérique à l'origine des douleurs de l'assurée.
 - La D^{esse} J_____ a effectué un examen électroneuromyographique. Selon son rapport du 3 juin 2006, l'examen neurologique avait mis en évidence une hypodysesthésie dans le territoire du nerf femoro-cutané gauche avec un tinel positif, probablement en relation avec la fracture du bassin lors de l'accident, des douleurs dans la région lombo-sacrée gauche, aggravées lors de la flexion antérieure du tronc, au niveau des sacro-iliaques, ainsi que des tubérosités ischiatiques plus marquées à gauche. Le reste de l'examen neurologique s'était avéré normal, sans signes de souffrance radiculaire S1 à gauche. Quant à l'examen électroneuromyographique, il était normal, à l'exception de quelques rares potentiels de repos dans les paraspinaux lombaires gauches, pouvant correspondre à une souffrance radiculaire. Les troubles sensitifs au niveau de la région haute de la cuisse gauche semblaient en relation avec une neuropathie du nerf fémoro-cutané plutôt qu'avec une atteinte radiculaire.
19. Suite aux remarques formulées par le Dr I_____ dans son courrier du 21 janvier 2006, l'assureur-accidents a demandé des précisions au Dr G_____, lequel a établi un rapport complémentaire en date du 26 juin 2006. Selon ce rapport, les douleurs de l'assurée étaient compatibles avec un syndrome vertébral ainsi qu'une discarthrose sévère L5-S1, sans relation avec l'accident. Par ailleurs, le Dr G_____ suggérait la réalisation d'une expertise neurologique au vu de l'impossibilité de préciser l'étiologie des plaintes d'origine neurologique et des conclusions hâtives de la D^{esse} J_____, laquelle n'avait vraisemblablement pas étudié le dossier radiologique.
20. Une scintigraphie osseuse, effectuée le 28 juin 2006, a révélé une hypercaptation focalisée à hauteur de L5 à gauche, de l'épine tibiale externe droite, de la cheville droite et des articulations métatarso-phalangiennes à prédominance droite, ces images évoquant des réactions de surcharge. Une hypercaptation des articulations

sacro-iliaques a permis de poser le diagnostic différentiel de lésion dégénérative alternativement d'atteinte inflammatoire.

21. L'échographie des régions fessières et de l'insertion des abducteurs du 31 août 2006 a mis en évidence une tuméfaction de l'insertion des muscles ischio-jambiers à droite évoquant le diagnostic d'enthésopathie sans calcification associée.
22. À la demande de l'assurée et de l'assureur-accidents, les expertises suivantes ont été effectuées :
 - Le docteur K_____, spécialiste FMH en orthopédie et en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée en date du 6 septembre 2006. Selon le rapport du 21 octobre 2006, les diagnostics retenus étaient les suivants : status après fracture des branches ilio-ischio-pubiennes gauches et de la berge externe du sacrum droit, status après consolidation de ces fractures, séquelles douloureuses au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite éventuellement en relation avec l'ancienne fracture de l'aileron sacré, insertionite douloureuse des muscles ischio-jambiers au niveau de leur insertion sur l'ischion gauche et petite hypoesthésie sur la face antérieure et latérale de la cuisse gauche, éventuellement en rapport avec la fracture de la branche ilio-pubienne gauche. La situation n'était pas stabilisée. La discopathie lombosacrée avec assèchement du disque était un phénomène dégénératif, probablement antérieur à l'accident, n'ayant été amplifié que de manière limitée dans le temps. Les douleurs actuelles de l'assurée concernaient essentiellement l'articulation sacro-iliaque droite, qui avait pu être traumatisée par une fissure du sacrum, l'insertion des muscles adducteurs de la cuisse gauche sur l'ischion gauche, en relation avec les suites de la fracture de la branche ischio-pubienne à gauche. La légère hypoesthésie de la cuisse gauche, qui ne dérangeait pas particulièrement l'assurée, pouvait éventuellement être rapportée à la fracture de la branche ilio-pubienne. Le Dr K_____ notait également que les rapports des Ct-Scan et IRM du bassin comportaient une erreur, la subluxation ne concernant pas les première et deuxième pièces sacrées mais le coccyx. Les douleurs pouvaient être liées à l'accident, sans exclure une éventuelle origine rhumatismale, puisque la sacro-iliaque gauche, qui n'avait pas été touchée lors de l'accident, était également sensible à la palpation. Pour le surplus, le Dr K_____ s'était intéressé au lien de causalité entre les douleurs alléguées par l'assuré et l'accident assuré.
 - La doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a vu l'assurée à son domicile, à trois reprises, à raison de 1h30 à chaque fois. Selon le rapport du 6 décembre 2006, les diagnostics retenus étaient les suivants : épisode dépressif réactionnel sévère sans symptôme psychotique évoluant sur un mode chronique, état de stress post-traumatique à évolution chronique, possible modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique et douleurs chroniques irréductibles. Le diagnostic de trouble somatoforme persistant accompagné d'une réaction dépressive prolongée ne

pouvait être retenu en raison de l'intensité de la dépression qui était sévère, de l'absence de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux majeurs préexistants pouvant alimenter un tel trouble ainsi qu'en raison de l'existence de symptômes physiques suffisamment expliqués par une pathologie organique (fracture des trous sacrés, maladie de Forestier, atteinte du disque vertébral L5-S1). Compte tenu de ces diagnostics, l'assurée était totalement incapable de travailler.

En annexe à ce rapport figuraient :

- le rapport de l'IRM du cerveau pratiquée le 19 octobre 2006, qui n'avait révélé aucune anomalie significative ;
- le rapport du docteur M_____, chef de clinique à la consultation de la mémoire des HUG du 4 décembre 2006, dont il ressort que l'évaluation clinique paraissait compatible avec une problématique émotionnelle, les plaintes de la patiente et ses problèmes cognitifs (problèmes exécutifs, attentionnels et de mémoire de travail) étant vraisemblablement en relation avec un état dépressif sévère, associé à une problématique algique importante, laquelle se traduisait par des troubles de la concentration, des oublis, des difficultés de planification, etc.

23. Le 3 novembre 2006, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) une demande de prestations d'invalidité en raison d'un état dépressif et de douleurs dans le bassin (sacro-iliaques notamment) depuis octobre 2004.

24. Les Drs G_____ et H_____ ayant conclu à l'absence d'explication somatique claire à la symptomatologie algique et à un syndrome somatoforme douloureux persistant associé à un état dépressif réactionnel, l'assureur-accidents a mandaté le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, pour expertise. Selon son rapport du 14 décembre 2006, l'assurée se plaignait de douleurs cervicales intermittentes se compliquant de quelques douleurs au niveau des deux omoplates, de céphalées constantes à type de pression bitemporale s'accompagnant de nausées calmées très partiellement par la prise de Ponstan, de sensations vertigineuses à type d'ébriété/instabilité, de troubles de la mémoire et de la concentration, de douleurs lombo-sacrées, sacro-iliaques, pubiennes, fessières et des hanches constantes sans irradiations plus distales dans les deux membres inférieurs, de phénomènes d'endormissement/engourdissement plus ou moins globaux des deux membres inférieurs sans altération majeure de la force musculaire, étant précisé que les douleurs lombaires et du bassin augmentaient significativement à la marche. L'examen neurologique effectué par le Dr N_____ était sans anomalie significative. Les troubles évoqués par l'assurée avaient très certainement été déclenchés par l'événement accidentel du 28 octobre 2004. Il existait cependant une discordance entre l'importance des troubles présentés ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail et l'évolution habituelle de ce type de traumatisme. Le

pronostic neurologique était favorable. Sur le plan neurologique, il n'y avait aucune incapacité de travail en tant que conséquence de l'accident.

25. Dans son rapport du 9 janvier 2007 destiné à l'OAI, le Dr I_____ a rappelé les diagnostics de fracture des branches ilio-et ischio-pubiennes gauche et fracture du sacrum à droite, existant depuis le 29 octobre 2004. L'assurée ne pouvait pas rester assise en appui sur le siège, et devait se coucher ou se mettre sur le côté. Elle ne pouvait pas non plus rester couchée dans la même position. Elle souffrait en outre de fréquentes céphalées, de douleurs des deux plis de l'aîne et de troubles du sommeil. En raison de ces atteintes, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le jour de l'accident. Les nombreux IRM et scanners avaient montré une consolidation des fractures et une importante discopathie L5-S1. L'assurée était dépendante des antalgiques opioïdes et des anti-inflammatoires. Des infiltrations avaient été tentées à plusieurs niveaux (péri-radriculaire, apophysaire postérieure L5-S1, sacro-iliaque, insertion musculaire sur le bassin) sans amélioration significative. Un état anxio-dépressivo-revendicateur majoré par le litige avec l'assurance-accident s'était installé. En l'absence d'organe responsable des douleurs, aucune intervention chirurgicale n'était envisagée. Lors de la rédaction du rapport, aucune activité n'était possible non seulement en raison du syndrome douloureux chronique mais également au vu de l'état thymique de l'assurée.
26. Dans un courrier du 13 janvier 2007, adressé au conseil de l'assurée, le Dr I_____ a expliqué que l'évolution médicale restait préoccupante avec un syndrome douloureux chronique non maîtrisé. Les suggestions du Dr K_____ avaient été suivies par une infiltration sacro-iliaque réalisée en novembre 2006 à droite, sous scanner, laquelle n'avait pratiquement pas modifié les douleurs postérieures. Pour sa part, il avait réalisé, fin décembre 2006, des infiltrations dans la région des attaches tendineuses du bassin, à droite et à gauche (au niveau des branches ischio-pubiennes) et obtenu une amélioration de quelques heures. Il avait attribué ce répit temporaire à la diffusion loco-régionale du produit anesthésique, lequel avait pu bloquer la conduction de certains nerfs régionaux comprimés et douloureux. Dans cette optique, il avait adressé l'assurée au Dr O_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et traitement de la douleur, afin que celui-ci puisse essayer, par des blocs nerveux sélectifs et séquentiels, de déterminer si les douleurs résiduelles étaient en relation avec une neuropathie canalaire (soit la compression d'un nerf dans un canal naturel suite à une cicatrisation excessive des lésions traumatiques) au niveau d'un ou de plusieurs nerfs du bassin.
27. Dans son rapport du 2 février 2007 adressé à l'OAI, le Dr F_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif réactionnel sévère évoluant sur un mode chronique (F32.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de probable modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) ainsi que celui d'une douleur chronique irréductible (R52.1), depuis le 28 octobre 2004, entraînant une incapacité totale de travailler, l'état de santé s'aggravant.

28. Par courrier du 21 mai 2007 adressé au conseil de l'assurée, le Dr O_____ a expliqué que le syndrome douloureux présenté ne pouvait pas être attribué à une pathologie unique, certaines douleurs ayant un caractère neuropathique et d'autres un caractère mécanique. Pour ce médecin, les plaintes de l'assurée avaient sans aucun doute un substrat organique et relevaient des suites de l'accident assuré. Un bloc neurologique au niveau du bassin pouvait encore améliorer la situation et une électromyographie contribuer au diagnostic.
29. Dans un complément du 8 juin 2007, le Dr O_____ a encore indiqué que les douleurs séquellaires de l'assurée étaient invalidantes, la position statique prolongée étant impossible tant assise que debout. Les traitements entrepris jusqu'alors n'apportaient pas de soulagement suffisant pour envisager la reprise d'une activité professionnelle.
30. Par courrier du 15 juin 2007, le Dr I_____ a expliqué qu'il existait probablement un substrat organique actuellement non décelé aux douleurs dont souffrait sa patiente, qui était au demeurant totalement incapable d'exercer la moindre activité rémunérée. La découverte d'un substrat organique qu'il soit ostéo-articulaire ou neurologique permettrait probablement de cibler la thérapeutique. Malgré un traitement idéal et efficace, la capacité de travail resterait limitée de 30% à 50%.
31. Par décision du 28 juillet 2007, l'assureur-accident a estimé que les troubles somatiques existant au-delà du 1^{er} novembre 2005 étaient exclusivement imputables à des problèmes maladifs. Quant aux troubles psychiques présentés au-delà du 21 novembre 2005, ils n'étaient plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 28 octobre 2004 et étaient exclusivement imputables à des problèmes maladifs.
32. Selon l'avis de la doctoresse P_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), du 27 septembre 2007, il ne lui était pas possible de se déterminer concernant les atteintes présentées par l'assurée en raison des nombreuses incohérences de dossier au niveau des expertises faites pour le compte de l'assurance-accident, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire à effectuer par les médecins de la clinique romande de réadaptation (CRR) était préconisée.
33. Dans son rapport du 22 octobre 2007 à l'attention du Dr I_____, le Dr O_____ a encore précisé qu'une IRM – pratiquée à une date inconnue – avait mis en évidence une discopathie protrusive L4-L5 et L5-S1. Les anesthésies des branches médiales et des rameaux postérieurs avaient permis d'exclure des deux côtés une composante facétoire basse prédominante. L'articulation sacro-iliaque droite avait été mise hors de cause par une injection directe. L'infiltration épidurale sacrée avait apporté une amélioration de plusieurs semaines du côté gauche du sacrum. Le bloc du nerf honteux gauche avait à deux reprises nettement amélioré la composante périnéale pendant l'anesthésie. Le test de perfusion à la Xylocaïne avait ensuite confirmé la présence d'une composante neuropathique du côté gauche. Au vu du résultat des nombreuses investigations médicales, il considérait que le syndrome douloureux était complexe et vraisemblablement multifactoriel, avec une composante

mécanique et une composante neuropathique. Aucune des structures examinées n'avait livré la clé unique permettant de mettre un terme aux douleurs. Aucune composante majeure permettant d'envisager un traitement ciblé n'avait été constatée. Les bénéfices locaux lors des différents tests étaient préterités par les douleurs résiduelles dans un autre territoire. Les deux derniers disques lombaires pouvaient cependant en être la cause mais n'avaient pas été investigués, l'assurée ayant renoncé à des tests de provocation et de suppression. Sur le plan thérapeutique, le Dr O_____ proposait d'introduire un traitement stabilisateur de membrane pour diminuer la composante neuropathique.

34. Par courrier du 2 novembre 2007, le Dr I_____ a rappelé que les médecins consultés n'étaient pas parvenus à déterminer l'endroit unique, dont le traitement ciblé (infiltrations, chirurgie) permettrait la guérison. Par conséquent, une intervention chirurgicale n'avait que peu de chance de succès.
35. L'assurée a été hospitalisée aux HUG du 18 au 21 décembre 2007 en raison d'un probable accident vasculaire cérébral régressif de localisation pariétale droite ou thalamique. Les examens alors effectués s'étaient révélés dans la limite de la norme.
36. Conformément à l'avis du SMR, l'assurée a séjourné à la CRR du 17 au 19 mars 2008. À teneur du rapport du 14 avril 2008 établi à l'issue de ce séjour, sur le plan somatique, l'assurée se plaignait principalement de douleurs extrêmement tenaces et constantes, localisées dans la région du bassin, et plus précisément dans les plis inguinaux des deux côtés, dans la région sacro-iliaque droite, présentes la nuit, entraînant de fréquents éveils nocturnes, aggravées par des attitudes posturales prolongées et par la marche avec un périmètre limité à 10-15 minutes, les douleurs dans la région de la sacro-iliaque droite étant également aggravées par l'appui monopodal droit. Elle décrivait également quelques douleurs occasionnelles dans la région de l'omoplate droite, mais très clairement au second plan de la clinique. Enfin, la patiente se plaignait de maux de tête. Sur le plan psychique, les plaintes concernaient son vécu douloureux, les multiples douleurs limitant ses déplacements et ayant des répercussions sur son psychisme.

Lors de l'examen locomoteur, le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a considéré que l'importance du syndrome algique était en totale discordance avec ce qui s'observait habituellement dans les séquelles de fracture du bassin. Tous les somaticiens s'accordaient d'ailleurs pour dire qu'il fallait rechercher ailleurs que dans les causes organiques l'explication de ce sévère syndrome douloureux. Les douleurs de la région de l'omoplate droite pouvaient être causées par les lésions dégénératives de la colonne dorsale. Les céphalées avaient clairement une origine tensionnelle, compte tenu de la normalité de l'examen neurologique et d'une IRM cérébrale dans les limites de la norme.

L'examen neurologique détaillé effectué par le docteur R_____, spécialiste FMH en neurologie, a mis en évidence une hypoesthésie subjective tacto-algique pour un

territoire de 2 à 3 cm, située dans la région supra-maxillaire gauche, le reste de l'examen étant dans les limites de la norme.

Lors de l'examen psychiatrique, la doctoresse S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a noté une certaine souffrance liée à un mal-être difficile à préciser. Les idées suicidaires étaient présentes mais sans scénario précis. Quelques éléments dépressifs (irritabilité, passivité, baisse de la motivation, manque d'initiative, perte d'intérêt et de plaisir dans les activités entreprises, intolérance au bruit et tendance à l'isolement et au retrait) avaient été trouvés. L'assurée avait une relation conflictuelle et ambivalente avec son époux, avec une absence de vie de couple et de vie sociale. Il n'y avait pas de reviviscence répétée de l'événement traumatique ni de souvenir intense ou de rêve répétitif de l'accident de 2005. L'expert psychiatre n'observait pas de charge émotionnelle conséquente avec larmes ou tensions importantes à l'évocation de l'histoire de vie mais retenait un retrait dans les interactions sociales avec une dépendance envers son mari et une diminution de son autonomie. Une régression du comportement était également notée avec un manque d'initiative et une certaine passivité. La tendance dépressive existait depuis l'accident, l'assurée étant confrontée à des douleurs dont l'évolution allait vers la chronicité, sans base organique claire. Le syndrome somatoforme douloureux persistant comprenait d'une part des éléments dépressifs, d'une intensité modérée et actuellement stabilisé sous l'effet du traitement médicamenteux et d'un suivi psychothérapeutique régulier et d'autre part une modification comportementale chez cette assurée qui fonctionnait à un rythme réduit qui, dans le cas présent, suffisait pour assumer son rôle de mère. Le diagnostic de syndrome post-traumatique évoqué en décembre 2006 par la Dresse L_____ n'était plus retenu, le degré des symptômes étant insuffisant. Il en allait de même pour le diagnostic de modification durable de la personnalité, car seuls quelques changements de comportement étaient encore notés.

L'assurée a également participé à une mesure d'observation en atelier, laquelle a eu lieu sur trois jours, sur des plages de quatre heures, trois heures trente, deux heures et une heure trente. La moyenne des tests pratiqués montraient que le rendement était légèrement en-dessous de la moyenne, soit 79,75%, l'assurée ayant toutefois collaboré à l'évaluation, sans se retrancher derrière ses douleurs pour interrompre son travail, allant jusqu'au bout de son travail et déployant des stratégies compensatoires à la douleur pour mener à bien ce qui lui était demandé.

Forts de leurs constatations et des images de radiologie, les experts ont retenu le diagnostic de syndrome algique du bassin sur status après fracture de la branche ilio-ischio pubienne gauche et du sacrum droit avec arthrose sacro-iliaque droite débutante ainsi que celui de lésions de spondylose dorsale, tous deux avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont également évoqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail.

Concernant l'exigibilité professionnelle, les experts ont estimé que, sur le plan somatique, quelques limitations liées aux troubles dégénératifs dorsaux et de la sacro-iliaque droite devaient être respectées de sorte que l'exercice d'une activité se faisant toujours en position debout, ou nécessitant des travaux lourds et le port de charges au-delà de 5 kg, n'était plus exigible. Dans le domaine psychiatrique, aucune affection limitant la capacité de travail n'était retenue. Il n'y avait donc aucune limitation pour le métier d'aide-réceptionniste, qui pouvait être exercé à plein temps.

37. Selon l'avis des Drs T_____ et P_____ du SMR du 29 avril 2008, qui contient un résumé des divers éléments du dossier médical, la capacité de travail de l'assurée était entière dès la fin de l'expertise, une réadaptation étant possible dès le 19 mars 2008, sous réserve de vérification auprès du médecin traitant que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié depuis lors.
38. Dans un rapport du 15 septembre 2008, le Dr D_____ a attesté que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Sa patiente devait continuellement alterner les positions du corps et sa capacité de travail devait être évaluée dans un métier non physique tenant compte de ses limitations. Les douleurs présentées par sa patiente étaient résistantes aux différents traitements entrepris et les multiples investigations (neurologique, orthopédique, radiologique notamment) n'avaient pas permis de déterminer leur origine exacte.
39. Par avis du 10 février 2009, les Drs T_____ et P_____, du SMR, ont confirmé que la date possible de la réadaptation et de la reprise d'activité était fixée au 19 mars 2008. Au vu des limitations fonctionnelles énoncées par les experts, il fallait être attentif au cahier des charges de l'activité habituelle avant d'affirmer que cette dernière pourrait être exercée à plein temps.
40. Une enquête économique sur le ménage, effectuée le 26 mars 2009, a conclu à un empêchement de 20,55 % pour les tâches ménagères, qui représentaient le 86 % d'un plein temps.
41. Par projet de décision du 30 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le degré d'invalidité étant de 32 %. La capacité de travail était nulle dans toute activité et les empêchements de 20,6 % dans le ménage. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines était donc le suivant :

	Taux	Empêchement	Invalidité
Activité lucrative	14%	100%	14%
Ménage	86%	20,6%	17,67%
Total	100%		31,67%

42. Le 4 juin 2009, le projet de décision précité a été confirmé.

43. Le même jour, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité, considérant que son incapacité à effectuer ses tâches ménagères était beaucoup plus importante que ce que l'OAI avait retenu.

Outre l'expertise de la Dresse L_____ et ses annexes, l'assurée a notamment produit, jointe à son opposition, une attestation du Dr F_____ du 30 janvier 2009, dans laquelle ce médecin mentionnait un état stationnaire des douleurs dorsales et du bassin et une légère péjoration de l'état dépressif.

44. Par courrier du 9 juin 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il annulait la décision du 4 juin 2009 et qu'il transmettait son opposition au SMR pour avis.
45. La position de l'assurée et les nouvelles pièces transmises ont été soumises au SMR, qui s'est exprimé dans un avis du 2 juillet 2009 sous la plume des Drs T_____ et P_____, lesquels ont confirmé que l'activité de concierge n'était plus possible, mais qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement possible dès la fin de l'observation en expertise le 19 mars 2008, les pièces produites n'amenant pas d'élément médical permettant de modifier ces conclusions.
46. Reprenant notamment les avis du SMR des 10 février et 2 juillet 2009, l'OAI a une nouvelle fois confirmé son projet par décision du 29 juillet 2009.
47. Par acte du 21 août 2009, l'assurée a formé recours contre la décision précitée et a contesté les conclusions du rapport d'enquête ménagère, considérant qu'elle n'était en mesure d'accomplir que 20% de son ménage, étant en outre précisé qu'elle ne contestait pas la répartition de l'activité professionnelle (14 %) et ménagère (86 %) ni l'appréciation de sa capacité de travail.

En annexe au recours figurait notamment un courrier du Dr O_____ du 9 juin 2009, dont il ressort que l'évolution était légèrement favorable, certaines composantes du syndrome douloureux étant en amélioration. Cela étant, les douleurs résiduelles restaient invalidantes. Aucune cause aux dites douleurs n'avait pu être identifiée de manière certaine, une participation des articulations sacro-iliaques étant toutefois probable. Cette dernière était en cours d'évaluation, ce qui pouvait aboutir à un traitement en cas de confirmation.

48. Le 17 septembre 2009, l'OAI a annulé sa décision du 29 juillet 2009 et sollicité le renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, au vu des arguments et des pièces versées par la recourante, ce dont le Tribunal cantonal des assurances sociales (la chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011) a pris acte par arrêt du 30 novembre 2009 (ATAS/1574/2009).
49. Les pièces médicales produites par l'assurée en annexe à son recours ont été soumises au SMR, qui a indiqué, dans un avis du 24 septembre 2009, que la dernière lettre du Dr O_____ soulevait l'éventuelle participation de la lésion des articulations sacro-iliaques aux douleurs ressenties et que si cela était confirmé, un traitement dont les effets étaient encore à évaluer, allait pouvoir être appliqué. Sans

confirmation quant à l'hypothèse soulevée, le SMR ne pouvait modifier ses conclusions et retenait que la réadaptation était possible dès le 19 mars 2008, soit à la fin de la dernière expertise, avec une capacité de travail entière dans toute l'activité respectant les limitations fonctionnelles

50. Début 2010, le Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a repris le suivi de l'assurée en lieu et place du Dr F_____.
51. Dans un rapport du 30 août 2010, le Dr U_____ a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptôme psychotique, la patiente présentant de la tristesse, de l'anhédonie, de la fatigue, des insomnies, des cauchemars, des troubles de la concentration, des idées suicidaires, des évitements et des flash-back par rapport à l'accident de voiture. L'assurée a été hospitalisée quatre semaines à la clinique de Montana en décembre 2009. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et le constat objectif. Elle présentait des troubles de la concentration, ainsi qu'une incapacité à comprendre et à réaliser des tâches simples. Dans ces circonstances, l'assurée était totalement incapable de travailler comme aide-réceptionniste et n'arrivait pas à exécuter la plupart des tâches ménagères.
52. Le rapport du Dr U_____ a été transmis au SMR, qui s'est prononcé par avis du 25 octobre 2010. Selon les Drs T_____ et V_____, les allégations de sévérité de la dépression, comparées aux examens spécialisés dans le cadre de l'expertise effectuée par la CRR, n'emportaient pas la conviction de maladie ayant répercussion durable sur la capacité de travail et l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana ne correspondait pas à une hospitalisation en clinique psychiatrique, dès lors qu'il s'agissait d'un établissement de convalescence et non pas d'un hôpital pour soins aigus ou sévères. Il n'y avait donc rien de nouveau sur le plan médical et pour l'activité de ménage, dans laquelle aucun impératif de rendement n'était demandé. Par conséquent, sous réserve du respect des limitations fonctionnelles, la capacité était de 100% dès mars 2008.
53. Selon une note de travail établie par l'OAI le 22 novembre 2010, il convenait de retenir, au vu des pièces complémentaires transmises, que la régie pour laquelle l'assurée travaillait était prête à la réengager en qualité d'aide réceptionniste, pour autant qu'elle ait complété sa formation. Il était par conséquent vraisemblable que, sans les atteintes à la santé, l'assurée aurait exercé une activité à 80%.
54. Par courrier du 6 décembre 2010 adressé au SMR, le Dr U_____ a fait part de son incompréhension s'agissant des raisons permettant d'exclure le diagnostic d'état de stress post-traumatique, déjà admis par la Dresse L_____ dans son expertise de décembre 2006. De même, il ne comprenait pas le SMR lorsque celui-ci prétendait que le traitement n'était pas suffisant. En effet, l'assurée bénéficiait d'un suivi au minimum hebdomadaire et d'un traitement psychopharmacologique intensif. L'assurée présentait au moins deux épisodes dépressifs chaque année et la prise en

charge était compliquée, de sorte qu'il était utile de demander une autre expertise psychiatrique avant de conclure à l'absence de troubles psychiques.

55. Le SMR a maintenu sa position dans ses avis des 1^{er} et 25 février 2011. Lors de l'expertise de la CRR, il n'y avait pas eu de trace de dépression et les affections d'état de stress post-traumatique ou de modification durable de la personnalité n'auraient pas pu échapper à l'expert psychiatrique, quatre ans après le traumatisme. D'ailleurs, selon la littérature scientifique, on ne pouvait retenir qu'une dépression était résistante, sans preuve par mesure sanguine des psychotropes, eu égard à l'immense variation de métabolisme individuel.
56. L'OAI a déterminé le 14 avril 2011 que le taux d'invalidité était de 23,4%. S'agissant du revenu avec invalidité, il était fixé selon l'enquête sur la structure des salaires (ESS) 2008, TA7, femme, ligne 23, niveau 4, pour 41,6 heures de travail, à 80%, avec un abattement de 10%, soit 46'689 fr. Le salaire sans invalidité était de 60'957 fr., soit le dernier salaire obtenu auprès de l'employeur qui était disposé à la réengager, à raison de CHF 30.- de l'heure, indexé à 2008.
57. Par projet du 26 avril 2011, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2005 au 30 juin 2008.
58. Par courrier du 25 mai 2011, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité, faisant essentiellement valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré postérieurement à juin 2008, évoquant les avis des divers médecins consultés. S'agissant de l'enquête à domicile, l'assurée contestait l'aide exigible des membres de la famille.
59. L'assurée a encore produit une attestation du Dr U_____ datée du 1^{er} juillet 2011, selon laquelle elle présentait depuis un mois environ un nouvel épisode dépressif récurrent sans symptôme psychotique (score de 29 sur l'échelle de Hamilton de la dépression), entraînant une incapacité totale de travailler.
60. Le SMR a estimé le 7 septembre 2011 qu'il y avait une éventuelle aggravation de l'état de santé sous forme d'un nouvel épisode dépressif à partir de juin 2011 mais que jusque-là, la capacité de travail était entière depuis mars 2008.
61. Le 16 septembre 2011, le Dr U_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, l'assurée étant incapable de travailler à 100% depuis le 1^{er} janvier 2010, en raison de trois épisodes dépressifs majeurs (tristesse, anhédonie, fatigue, insomnies, troubles de la concentration, culpabilité, idées suicidaires), d'une intensité de 28 sur l'échelle de Hamilton.
62. Le Dr I_____ a attesté le 21 septembre 2011 que l'état de santé ne connaissait pas d'amélioration. Les douleurs lombosciatiques avec irradiation du membre inférieur droit demeuraient constantes, la pathologie était uniquement rachidienne en raison d'une surcharge discale de la jonction dorsolombaire, de discopathies étagées combinées à une arthrose facétoire et d'une irritation de la racine nerveuse L5 à droite, même si l'IRM réactualisée le 15 juin 2011 ne montrait pas de réel conflit.

Divers traitements étaient encore projetés. Le médecin n'envisageait pas sérieusement la reprise d'une quelconque activité professionnelle, en raison de l'impossibilité physique de l'assurée de rester assise ou debout plus de quelques dizaines de minutes ainsi qu'en raison des effets indésirables des multiples médicaments antalgiques, sans avoir aucun doute de la sincérité des plaintes de l'assurée, le travail ménager étant limité, s'agissant des efforts physiques pour les courses, le transport du linge ainsi que les travaux de nettoyage.

63. Par décision du 22 novembre 2011, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2005 au 30 juin 2008.
64. Par acte du 22 décembre 2011, l'assurée, sous la plume de son avocat, a formé recours contre la décision précitée, concluant à son annulation et au versement d'une rente complète au-delà du 30 juin 2008, à la comparution personnelle des parties et l'audition des Drs I_____ et U_____, subsidiairement à une expertise médicale pluridisciplinaire orthopédique et psychiatrique. En substance, elle a notamment fait valoir que les avis concordants des Drs I_____, K_____, O_____ et D_____, estimant qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable en raison de l'importance des douleurs chroniques, devaient l'emporter sur celui de la CRR, dont l'absence de valeur probante avait été admise par l'OAI, puisqu'il avait annulé sa décision du 29 juillet 2009, réalisant qu'il était nécessaire de procéder à une nouvelle analyse médicale approfondie. Sur le plan psychique, le SMR avait complètement erré, ignorant les avis médicaux des Drs F_____, U_____ et de la Dresse L_____, qui estimaient tous que l'assurée était totalement incapable de travailler en raison de troubles psychiques sévères. S'agissant d'une révision, il appartenait à l'OAI de prouver l'amélioration de l'état de santé, rien n'indiquant qu'une amélioration se serait produite en juin 2008.
65. Par décision du 26 janvier 2012, l'OAI a annulé sa décision du 22 novembre 2011 et prononcé le renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, ce à quoi l'assurée s'est opposée, par le dépôt d'un nouveau recours.
66. Lors de l'audience du 28 février 2012 portant sur les deux causes, l'OAI a exposé que la décision du 22 novembre 2011 avait pour but d'instruire l'aggravation de l'état de santé évoquée par l'un des médecins de l'assurée à partir de juin 2011, la situation de juin 2008 à 2011 étant claire. L'assurée s'est opposée au renvoi de la cause à l'OAI pour une instruction complémentaire.
67. La chambre des assurances sociales a annulé la décision du 26 janvier 2012 par arrêt du 13 mars 2012 (ATAS/271/2012).
68. La cause concernant le recours formé contre la décision du 22 novembre 2011 a, quant à elle, suivi son cours. Par arrêt du 12 juin 2012 (ATAS/781/2012), la chambre de céans a très partiellement admis le recours du 22 décembre 2011, confirmant la décision querellée en tant qu'elle allouait une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2005 au 30 juin 2008 et en tant qu'elle supprimait ladite rente avec effet au 1^{er} juillet 2008, annulant cependant cette

décision en tant qu'elle maintenait la suppression de toute rente au-delà du 31 mars 2010, renvoyant la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire concernant une éventuelle aggravation de l'état de santé dès le 1^{er} janvier 2010.

En substance, la chambre de céans a considéré que le rapport d'expertise de la CRR du 14 avril 2008 était probant. Après avoir résumé les conclusions de cette expertise, la chambre de céans a estimé, sans pour autant remettre en question leur réalité, que les douleurs de l'assurée, à tout le moins en l'état de la science actuelle, n'étaient pas objectivées du point de vue médical, de sorte qu'elles ne pouvaient pas être considérées comme invalidantes. C'était donc de façon convaincante que les médecins de la CRR avaient retenu un trouble somatoforme douloureux, en l'absence de substrat organique à la symptomatologie douloureuse, symptôme déjà évoqué par l'expertise des Dr H_____ et G_____ en décembre 2005. S'agissant de la discopathie, l'imagerie indiquait qu'elle était modérée, mais les experts avaient tenu compte de cette affection objectivée et des conséquences normales des suites de l'accident pour exclure toute capacité de travail en tant que concierge, alors que la capacité était entière en qualité de réceptionniste dans une régie, les limitations (alternance des positions et absence de port de charge important) étant respectées. La comorbidité psychiatrique ne présentait pas une gravité suffisante au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral pour être invalidante. Les symptômes d'un stress post traumatique, relevés par l'expert L_____ en 2006, faisaient défaut en 2008, l'état dépressif était jugé modéré et le diagnostic de modification durable de la personnalité était écarté, seuls quelques changements non notables étant observés. L'hospitalisation à Montana fin 2009 ne permettait pas non plus de remettre en cause l'avis de la CRR. Il fallait donc retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ne présentait pas, en tout cas jusqu'à l'aggravation mentionnée par le Dr U_____, de troubles psychiques suffisamment graves en lien avec un trouble somatoforme douloureux pour être invalidants. Au surplus, l'assurée ne réunissait pas une partie des autres éléments de la jurisprudence concernant le caractère invalidant d'un tel trouble (absence de bénéfice tiré de la maladie et de perte d'intégration sociale notamment). Les conclusions de la CRR, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée de réceptionniste devaient par conséquent être suivies.

S'agissant de l'éventualité d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, l'OAI avait proposé de reprendre l'instruction de la cause. Cela étant, l'annulation d'une décision après le dépôt d'un recours, sans donner droit aux conclusions du recourant, n'était pas une reconsidération et le recourant pouvait donc s'y opposer, ce qui était le cas en l'espèce. Selon les rapports du Dr U_____, l'assurée avait présenté plusieurs épisodes dépressifs récurrents sévères et un état de stress post traumatique. Le psychiatre ne précisait pas la durée des épisodes dépressifs, mentionnant simplement qu'ils étaient récurrents, à raison de deux ou trois épisodes par an. Les rapports du Dr U_____ ne permettaient pas de déterminer la durée des épisodes dépressifs et il était prématuré d'ordonner une

expertise psychiatrique, l'OAI devant d'abord interroger le Dr U_____, éventuellement le Dr F_____, puis seulement, en fonction des indications de ceux-ci, ordonner une expertise psychiatrique afin de déterminer l'existence d'une éventuelle aggravation et, le cas échéant, sa durée. Pour procéder à cet examen, la cause était renvoyée à l'OAI, la décision étant toutefois annulée seulement pour la période postérieure au 31 mars 2010, soit trois mois après le début de l'éventuelle aggravation.

69. Le 3 septembre 2012, le Dr U_____ a certifié suivre l'assurée depuis janvier 2010 en raison d'épisodes dépressifs récurrents, d'un état de stress post-traumatique et d'une dépendance aux benzodiazépines. Au cours du suivi l'état de stress post-traumatique avait guéri et l'assurée avait totalement arrêté de prendre des benzodiazépines. Le caractère récurrent des épisodes dépressifs persistait avec des rechutes dépressives fréquentes (quatre épisodes dépressifs depuis janvier). Les symptômes étaient les suivants : tristesse, fatigue, anhédonie, insomnies, troubles de la concentration, troubles de l'appétit, idées noires, ralentissement psychomoteur et angoisses. Les scores des tests Hamilton étaient tous supérieurs à 25. L'assurée présentait également des limitations fonctionnelles significatives : troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur, aboulie. En raison desdites limitations, l'incapacité de travail de l'assurée était la suivante du point de vue médico-théorique : 100% du 1^{er} janvier 2010 au 14 octobre 2011, 50% du 15 octobre au 30 novembre 2011, 0% du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012, 100% dès le 1^{er} juin 2012. Entre mars 2008 et décembre 2009, l'assurée avait également présenté un ou deux épisodes dépressifs moyens ou légers, une dépendance aux benzodiazépines et un état de stress post-traumatique. En l'absence de traitement intensif intégré, il était toutefois difficile de se prononcer sur la capacité de travail médico-théorique en lien avec les limitations fonctionnelles.
70. L'avis du Dr I_____ du 21 septembre 2011 et l'attestation du Dr U_____ du 3 septembre 2012 ont été soumis au SMR, qui s'est prononcé le 23 novembre 2012. Les éléments mentionnés par le Dr I_____ avaient été pris en considération par les médecins de la CRR, lesquels avaient retenu des limitations fonctionnelles en lien avec les troubles dégénératifs dorsaux. S'agissant de l'aspect psychique, il convenait d'ordonner une expertise, à confier au Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
71. Le 4 décembre 2012, le Dr I_____ a précisé que l'assurée se plaignait de dorsalgies basses et surtout de lombo-sciatalgies droites avec irradiations fluctuantes dans le territoire L5, entravant la station debout de longue durée, la position assise de 10 à 15 minutes ainsi que la difficulté de se vêtir ; des cervicalgies chroniques, bilatérales, sans irradiation névralgique des membres supérieurs, avec contractures musculaires multiples des trapèzes, peu soulagées par les mesures habituelles de physiothérapeutiques et médicamenteuses, étant précisé que l'origine de cette affection était vraisemblablement une mastomégalie bilatérale, justifiant une mammoplastie réductrice ; des douleurs mécaniques du

poignet gauche liée à une consolidation en position vicieuse d'une fracture du radius distal en 2012 ; un syndrome neurologique et/ou neuropsychique, avec une impression de déréalisation, des idées noires et des troubles sérieux de la fonction mnésique des faits récents menant à des oublis à répétition (actes de la vie quotidienne, rendez-vous médicaux, etc.). L'examen clinique avait mis en évidence une attitude en cyphose thoracique accompagnée d'une hyperlordose cervicale liée à une mastomégalie, une hypoesthésie dans le territoire du nerf médian de la main gauche, accompagnée d'une restriction de flexion palmaire de l'articulation, avec une petite atrophie due au non-emploi et enfin une raideur lombaire partielle, une conservation des flexions latérales, une impossibilité de se tenir en monopodal autant sur la pointe du pied droit que sur son talon, confirmant un léger syndrome lombo-sciatalgique radiculaire droit. En conclusion, l'assurée souffrait d'un état douloureux diffus, avec des bases somatiques indubitables, ce qui rendait le pronostic d'un retour à la vie active très défavorable : un travail sédentaire n'était pas adapté au vu des troubles du rachis, une activité purement relationnelle ou intellectuelle ne l'était pas au vu des troubles mnésiques. Enfin, l'assurée semblait présenter un genre d'état dépressivo-anxieux rendant une nouvelle formation illusoire.

72. Par courrier du 9 avril 2013, le Dr U_____ a informé l'OAI qu'il avait constaté une guérison du dernier épisode dépressif entre janvier et février 2013. En effet, suite à une prise en charge psychiatrique intensive, les limitations fonctionnelles significatives, précédemment mentionnées, à savoir les troubles de la concentration, le ralentissement psychomoteur, l'aboulie et l'isolement social, avaient disparu. Dans ce contexte, l'incapacité de travail de l'assurée était la suivante : 100% du 1^{er} juin au 31 décembre 2012, 50% du 1^{er} au 31 janvier 2013 et 0% dès le 1^{er} février 2013.
73. Sur mandat de l'OAI, le Dr W_____ a examiné l'assurée le 12 avril 2013 et lui a fait passer des tests psychométriques. Il ressort du rapport du 6 juin 2013 que l'assurée se plaignait d'une certaine fatigabilité, d'un léger manque de motivation, d'une certaine émotivité ainsi que de troubles du sommeil liés à ses douleurs. Elle souffrait notamment d'apnées du sommeil. Elle avait réalisé les tests psychométriques d'auto-évaluation dans un temps normal. Lesdits tests donnaient des scores très élevés, suggérant une symptomatologie anxio-dépressive sévère, toutefois sans concordance avec l'examen clinique et les tests d'hétéro-évaluation. En effet, les tests Hamilton de la dépression donnaient un score compris entre 9 et 11 (dépression légère) et entre 7 et 9 (anxiété mineure). Le test SCL-90R donnait des valeurs pathologiques pour tous les facteurs, y compris ceux des traits paranoïaques et des traits psychotiques. Ce type de profil se retrouvait en général chez les sujets ayant tendance à amplifier ou majorer leurs difficultés. Les tests thyroïdiens étaient dans les normes et le dosage sérique de la Fluoxétine et de son métabolisme indiquait une bonne observance au traitement. Lors de l'examen clinique, le Dr W_____ a constaté que l'assurée pouvait se déplacer sans limitation et boiterie et rester assise durant tous les tests psychométriques et

pendant l'entretien. Elle était vigilante et orientée dans les trois modes. L'examen neuropsychologique grossier était dans les normes. Il n'y avait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Le jugement et raisonnement étaient conservés. L'intelligence était vive. Lors de l'examen, il n'y avait pas de dépressivité marquée (anhédonie, aboulie ou apragmatisme). L'expert relevait toutefois un léger manque d'élan vital, une certaine fatigabilité et des difficultés à se mettre en route. L'endormissement était bon. L'appétit était plutôt augmenté, avec une tendance aux fringales alimentaires. Il n'y avait pas de suicidalité. L'assurée se disait cependant facilement anxieuse, irritable, manquant de patience, ce qui se manifestait par quelques signes d'hyperactivité neurovégétative. Du point de vue anxieux, il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé. À l'exception d'une légère claustrophobie, l'assurée ne souffrait pas de phobie simple, de phobie sociale, de phobie du sang ou d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique, tel un syndrome de répétition notamment. L'assurée ne présentait pas de dépendance éthylique ni de prise de substances illicites annoncée. Elle ne souffrait pas non plus de troubles alimentaires tels l'anorexie ou la boulimie. Il n'existait pas de signes florides de la lignée psychotiques, tels délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. L'assurée ne présentait pas de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale, à l'exception de traits co-dépendants, avec quelques éléments abandonniques, raison pour laquelle elle acceptait une vie matrimoniale difficile, laquelle était probablement en grande partie à l'origine de sa souffrance psychique et de son désarroi actuel.

Lors de l'examen, l'expert n'avait pas relevé d'éléments en faveur d'un trouble douloureux. En effet, l'assurée paraissait peu limitée et exprimait ses symptômes physiques de manière modérée et bien différenciée.

Pour le Dr W_____, l'assurée avait probablement présenté une symptomatologie dépressive en aggravation en janvier 2010, essentiellement en lien avec sa situation conjugale. Ladite symptomatologie comprenait un syndrome somatique, lequel pouvait correspondre à un état dépressif vitalisé (deuil, préoccupations, accumulation de conflits, entraînant peu à peu une réaction ne se limitant pas seulement à la sphère psychologique [tristesse et douleur morale] mais s'étendant également à la sphère somatique, avec un certain nombre de fonctions vitales et apparition d'une fixation douloureuse). Dans le cas de l'assurée, certains éléments ou renseignements à disposition semblaient indiquer qu'un syndrome somatique était bien présent.

Au titre des diagnostics, le Dr W_____ a retenu un état dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité légère (axe I) et une personnalité probablement co-dépendante, non décompensée à l'heure actuelle (axe II). Depuis le 1^{er} février 2013, il n'y avait plus de limitations fonctionnelles.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'expert a suivi l'appréciation du Dr U_____, à savoir 0% dès janvier 2010, par la suite 50% du 15 octobre au 30 novembre 2011, 0% du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012 et 100% du 1^{er} juin 2012 au 31 janvier 2013. Depuis cette date, la capacité de travail médico-théorique était entière et ce dans toute activité adaptée à ses compétences et ses limitations somatiques objectives.

74. Par avis du 21 juin 2013, le SMR a estimé être au clair sur les plans orthopédique (expertise de la CRR du 14 avril 2008) et psychique (expertise du Dr W_____ du 6 juin 2013). Il convenait cependant encore d'instruire le syndrome des apnées du sommeil.
75. Dans un courrier du 20 septembre 2013, le Dr U_____ a indiqué au Dr W_____ qu'il partageait sa démarche diagnostique et confirmait qu'au moment de l'expertise, l'assurée présentait un épisode dépressif récurrent léger, sans répercussions significatives sur la capacité de travail. Il relevait cependant des contradictions s'agissant de son appréciation de la capacité de travail de l'assurée. En effet, le Dr W_____ indiquait qu'il n'entendait pas s'écarter des appréciations du Dr U_____ mais retenait d'autres dates à plusieurs reprises dans son expertise. Les incapacités de travail de l'assurée étaient par conséquent les suivantes : 100% du 1^{er} janvier 2010 au 14 octobre 2011, 50% du 15 octobre au 30 novembre 2011, 0% du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012, 100% du 1^{er} juin au 31 décembre 2012, 50% du 1^{er} au 31 janvier 2013 et 0% depuis le 1^{er} février 2013.
76. Par courrier du 22 octobre 2013, l'assurée a contesté, sous la plume de son conseil, les conclusions du Dr W_____, estimant qu'il était irréaliste de considérer que son état dépressif pût passer de sévère à léger. Cela était corroboré par le fait qu'elle souffrait à nouveau d'un état dépressif sévère, comme cela ressortait du courrier du Dr U_____ du 21 octobre 2013. Sur le plan somatique, le Dr I_____ était très clair s'agissant de l'incapacité de travail totale et définitive.

En annexe au courrier de l'assurée figuraient notamment les pièces suivantes :

- Le courrier du Dr I_____ du 15 août 2013, dans lequel ce médecin a mentionné, sans entrer dans les détails, la valeur probante du rapport du Dr W_____. Sur le plan somatique, les douleurs rachidiennes basses étaient constantes et entravaient toujours la position assise normale. L'assurée présentait également des gonflements matinaux des deux mains avec raideur et ténosynovite (inflammation) des gaines tendineuses. Depuis début 2013, il notait une décompensation d'une arthrose assez sévère des deux gros orteils, avec saillie osseuse douloureuse et gonflements, entraînant une réduction du périmètre de marche, une difficulté à monter et descendre des escaliers et un chaussage large. Une intervention chirurgicale allait probablement devoir être réalisée d'ici quelques mois. En raison des douleurs cervicales et dorsales ainsi que du bassin, la position assise n'était possible que pendant quelques minutes. La mastomégalie symptomatique

provoquait des dorsalgies et obligeait l'assurée à déambuler constamment, en redressant le torse. Un travail purement sédentaire n'était ainsi pas adapté au vu des pathologies du dos. Il en allait de même d'une activité debout, nécessitant des postures en porte-à-faux. Au vu de toutes ces limitations, le Dr I_____ ne voyait pas quelle activité pouvait être adaptée à l'assurée dans un marché libre du travail. Enfin, le Dr I_____ était d'avis qu'après 10 ans d'incapacité totale de travailler, le pronostic d'un retour à l'emploi restait très défavorable, aucun médicament n'étant au demeurant efficace, à l'exception des narcotiques, dont les effets sédatifs rendaient l'assurée incapable de toute activité suivie.

- Le courrier du Dr U_____ du 21 octobre 2013, selon lequel l'assurée présentait une nouvelle rechute de son état dépressif, nécessitant un suivi hebdomadaire avec gestion des crises suicidaires depuis deux à trois semaines. Il s'agissait d'un épisode dépressif récurrent d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques, réactionnel à une nouvelle crise de couple. Sur le plan subjectif, l'assurée présentait les symptômes suivants : tristesse, fatigue, anhédonie, troubles de la concentration, perte de poids (3 kg), insomnies d'endormissement, avec réveils précoces et envies suicidaires, ambivalentes, critiquées mais récurrentes avec des culpabilisations pathologiques. Objectivement, elle présentait des troubles de la concentration significatifs, un ralentissement psychomoteur sévère, un isolement social et affectif ainsi qu'une aboulie. Le test de Hamilton indiquait un score de 34. Dans ces circonstances, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} octobre 2013.

77. Par courrier du 16 janvier 2014, le Dr X_____, spécialiste FMH en pneumologie, a indiqué avoir vu l'assurée à deux reprises, les 26 mars et 10 octobre 2013, en raison de problèmes d'apnées du sommeil. Il ne pouvait pas s'exprimer sur la capacité de travail, cette appréciation ne faisant pas partie de son mandat.

En annexe à son courrier précité, figuraient les rapports de consultations suivants :

- Selon le rapport du 28 mars 2013, établi à l'issue du premier examen, le Dr I_____, pneumologue, avait posé le diagnostic principal de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (polysomnogramme [PSG] du 15 février 2013 : index de désaturation 19/h et index des apnées-hypopnées [IAH] : 18/h) et les diagnostics secondaires de probable reflux gastro-oesophagien et probable asthme léger.
- Dans son rapport daté du 25 novembre 2013, faisant suite à un examen du 10 octobre 2013, le Dr I_____, pneumologue, avait posé le diagnostic principal de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (PSG du 15 février 2013 : index de désaturation 19/h et IAH de 18/h) ; l'assurée avait été appareillée depuis mars 2013 d'une pression positive continue

avec un masque nasal, traitement bien toléré et produisant un résultat très satisfaisant, sur le plan de la fatigue, le hémorragie et la gêne laryngée.

78. En février 2014, par un courrier daté par inadvertance du 6 juin 2013, le Dr W_____ s'est prononcé sur les remarques du Dr U_____ relatives aux incapacités de travail retenues. Effectivement, l'expertise contenait une erreur quant à l'appréciation de la capacité de travail, raison pour laquelle il fallait se fier aux appréciations du Dr U_____ s'agissant de l'incapacité de travail de l'assurée.
79. Dans un avis du 23 mai 2014, le SMR a considéré que les conclusions de l'avis du SMR du 25 octobre 2010 s'appliquaient jusqu'au 1^{er} janvier 2010 et que, depuis lors, l'évolution de l'incapacité de travail était la suivante : 100% du 1^{er} janvier 2010 au 14 octobre 2011, 50% du 15 octobre au 30 novembre 2011, 0% du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012, 100% du 1^{er} juin au 31 décembre 2012, 50% du 1^{er} janvier au 15 février 2013, 100% du 15 février 2013 au 10 octobre 2013 et 0% depuis le 11 octobre 2013, étant donné qu'à compter de cette date, il n'y avait plus d'atteinte pneumologique.
80. Le 30 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité pour les périodes du 1^{er} janvier 2010 au 28 février 2012 et du 1^{er} septembre 2012 au 31 janvier 2014, compte tenu des incapacités de travail précitées, admises par le SMR. L'assurée avait un statut mixte, constitué d'une sphère professionnelle de 80 % et d'une sphère ménagère de 20 % (dans laquelle son taux d'empêchement était de 21 %). Le taux d'invalidité total pour les deux périodes précitées était ainsi de 84 %.
81. Par recommandé du 17 juillet 2014, l'assurée a communiqué à l'OAI son désaccord avec ledit projet de décision. Elle était toujours complètement invalide, de manière probablement définitive. Il n'y avait jamais eu la moindre amélioration de son état de santé pouvant justifier la suppression de sa rente à la date du 31 janvier 2014. L'OAI n'avait jamais pris en considération l'aspect somatique de son état de santé, malgré ses nombreuses lettres détaillées à ce sujet et des pièces médicales (notamment du Dr I_____, orthopédiste, des 21 et 27 septembre 2011, 4 décembre 2012 et 15 août 2013, dont elles reproduisaient des passages entiers). Sur la plan psychiatrique, l'OAI s'était fondé sur le rapport d'expertise du Dr W_____ du 6 juin 2013, qui avait admis une incapacité de travail pratiquement ininterrompue jusqu'au 31 janvier 2013, période prolongée par le SMR compte tenu d'une atteinte pneumologique du 16 février au 10 octobre 2013. Le Dr U_____ avait cependant attesté, le 21 octobre 2013, que l'assurée avait un nouvel épisode dépressif sévère entraînant une incapacité totale de travailler dans toute activité à compter du 1^{er} octobre 2013 et qui n'avait pas cessé depuis lors. L'assurée ne pouvait rester assise plus de 10 minutes et pas davantage en position debout ; elle devait constamment changer de position, avec des pauses prolongées entretiens, et elle était handicapée pour l'accomplissement de chacun de ses gestes. Elle souffrait d'apnée du sommeil, et les très nombreux médicaments qu'elle absorbait provoquaient chez elle des troubles importants de la mémoire et de la concentration. Elle était en outre atteinte

d'épisodes de dépression sévère se manifestant par crises aiguës plusieurs fois par année. L'assurée invitait l'OAI à reconsidérer sa position.

82. Par décision du 17 octobre 2014, reprenant le projet de décision précité du 30 juin 2014, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour les périodes du 1^{er} janvier 2010 au 28 février 2012 et du 1^{er} septembre 2012 au 31 janvier 2014, compte tenu des incapacités de travail suivantes, admises par le SMR : 100 % du 1^{er} janvier 2010 au 14 octobre 2011, 50 % du 15 octobre au 30 novembre 2011, 0 % du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012, 100 % du 1^{er} juin au 31 décembre 2012, 50 % du 1^{er} janvier 2013 au 15 février 2013 et 100 % du 16 février 2013 au 10 octobre 2013. À partir du 11 octobre 2013, plus aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue. L'assurée avait un statut mixte, constitué d'une sphère professionnelle de 80 % et d'une sphère ménagère de 20 % (dans laquelle son taux d'empêchement était de 21 %). Le taux d'invalidité total pour les deux périodes précitées était ainsi de 84 %. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'assurée n'avait apporté aucun document médical probant pouvant attester qu'elle n'était plus à même de reprendre son ancienne activité lucrative.
83. Le 13 novembre 2014, l'assurée a recouru contre cette décision à la chambre des assurances sociales, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée en tant seulement qu'elle mettait un terme au versement de la rente d'invalidité avec effet au 31 janvier 2014 et à la condamnation de l'OAI au versement de ladite au rente au-delà du 1^{er} février 2014. La chambre des assurances sociales avait, par arrêt du 12 juin 2012, renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire concernant une aggravation éventuelle de son état de santé dès le 1^{er} janvier 2010. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI reconnaissait que son état de santé s'était aggravé en janvier 2010, mais retenait qu'à partir du 11 octobre 2013 plus aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue, d'où la suppression de la rente au-delà du 31 janvier 2014. Le Dr W_____ avait fait une confusion entre capacité et incapacité de travail, ce qui démontrait l'extrême légèreté des allégations de l'expert à propos de l'amélioration de l'état de santé psychique lui permettant de reprendre une activité professionnelle complète à compter du 1^{er} février 2013. Cette amélioration était une « pure fiction » démentie par l'intégralité du dossier médical et notamment par l'appréciation du Dr U_____ du 21 octobre 2013, dans laquelle il faisait état d'un nouvel épisode dépressif diagnostiqué le 1^{er} octobre 2013. L'état somatique jouait un rôle aussi incapacitant que celui d'ordre psychiatrique, et le cumul des deux pathologies ne pouvait qu'aboutir à l'admission d'une invalidité totale depuis de nombreuses années et cela à titre définitif. Quand bien même le SMR disposait des rapports du Dr I_____ du 15 août 2013 et du Dr U_____ du 21 octobre 2013, il n'en avait absolument pas tenu compte dans son avis du 23 mai 2014, mais avait admis une nouvelle incapacité totale de travail du 15 février au 10 octobre 2013 en raison de l'atteinte pneumologique relatée par le Dr X_____ pour conclure qu'il n'y avait

plus d'atteinte pneumologique dès le 11 octobre 2013, sans faire la moindre allusion aux facteurs psychiatriques et somatiques traités respectivement par les Dr U_____ et I_____. L'OAI avait emboîté le pas du SMR, en retenant cependant de façon générale qu'à partir du 11 octobre 2013 plus aucune incapacité de travail ne pouvait être retenues, l'activité de réceptionniste étant parfaitement adaptée à l'état de santé de l'assurée. Enfin, la recourante avait produit des documents médicaux probant permettant d'attester qu'elle n'était plus à même d'exercer son ancienne activité professionnelle, en particulier les rapports du Dr I_____ des 21 septembre 2011, 4 décembre 2012 et 15 août 2013 ainsi que ceux du Dr U_____ des 3 septembre 2012 et 21 octobre 2013. C'était au surplus à l'OAI de prouver une amélioration de l'état de santé de l'assurée, dès lors qu'il était question d'une révision.

84. L'intimé a répondu par écriture du 16 décembre 2014, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il fallait reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr W_____. S'agissant du volet somatique, le Dr I_____, orthopédiste, n'apportait dans son courrier du 15 août 2013 aucun élément qui n'aurait pas déjà été pris en considération par la CRR, dont le rapport du 14 avril 2008 avait été reconnu comme ayant valeur probante par la chambre des assurances sociales dans son arrêt du 12 juin 2012. C'était à juste titre qu'aucune incapacité de travail fondée sur l'aspect pneumologique ne pouvait plus être retenue à compter du 11 octobre 2013 ; le Dr X_____ pneumologue, ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail, qui n'existait en tout cas pas au-delà du 10 octobre 2013. La situation médicale de l'assurée avait été parfaitement élucidée. L'OAI s'était prononcé en pleine connaissance de cause.
85. Par écriture du 20 janvier 2015, la recourante a relevé que l'épisode dépressif invalidant diagnostiqué par le Dr U_____ en octobre 2013 n'avait pas cessé, comme cela ressortait d'une attestation du 15 décembre 2014 des Dr U_____ et Y_____. Ladite attestation prouvait la gravité de son état psychique. Il était impossible que la recourante ait récupéré une pleine capacité de travail du jour au lendemain, du 31 janvier au 1^{er} février 2013, alors qu'elle était en incapacité totale de travail depuis juin 2012. En retenant une incapacité totale de travailler jusqu'au 10 octobre 2013, l'OAI contredisait les conclusions du Dr W_____, qui avait admis une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} février 2013. À cela s'ajoutait le fait que l'OAI avait passé comme chat sur braise sur l'attestation du Dr U_____ du 21 octobre 2013, faisant état d'un nouvel épisode dépressif sévère. Le Dr W_____ avait mentionné, dans son rapport du 6 juin 2013, l'existence d'un syndrome somatique présent chez la recourante, étant précisé que l'aspect somatique avait été traité par le Dr I_____, orthopédiste.

En annexe à cette écriture figurait une attestation du 15 décembre 2014, dont il ressortait que le Dr Y_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait repris le suivi de la recourante, le Dr U_____ n'ayant plus de disponibilités pour un suivi régulier. Selon cette attestation, établie conjointement par les Drs

Y_____ et U_____, le caractère récurrent des épisodes dépressifs persistait avec des rechutes fréquentes. Les symptômes rapportés étaient les suivants : tristesse, fatigue, anhédonie au moins partielle, insomnies d'endormissement et réveils précoces, troubles de la concentration, troubles de l'appétit avec perte de 2-3 kg, idées noires fluctuantes sans désir de passage à l'acte et angoisses. Les scores du test Hamilton de la dépression étaient supérieurs à 25 lors des cinq épisodes dépressifs constatés depuis 2010. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur, aboulie, isolement social et affectif. Elles avaient entraîné les incapacités de travail médico-théoriques de 100% du 1^{er} janvier 2010 au 14 octobre 2011, 50% du 15 octobre au 30 novembre 2011, 0% du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012, 100% du 1^{er} juin au 31 décembre 2012, 0% du 1^{er} janvier 2013 au 31 juillet 2013 et 100% dès le 1^{er} août 2013. Le pronostic était réservé en raison du caractère récurrent des épisodes dépressifs, du conflit conjugal chronicisé et de la réponse clinique modeste. Enfin, les Drs Y_____ et U_____ confirmaient la valeur probante de l'expertise du Dr W_____ et son point de vue au moment de son examen.

86. Le 5 février 2015, se fondant sur un avis du SMR du 2 février 2015, joint à son écriture, l'intimé a considéré que les U_____ et Y_____, médecins traitants de la recourante, n'avaient fourni que très peu d'éléments médicaux objectifs permettant de se faire une idée sur l'état psychique de la recourante, les symptômes rapportés étant toujours les mêmes depuis 2010. Lesdits médecins traitants se contredisaient en ne retenant pas les mêmes dates de rechute dépressive sévère dans leurs attestations des 21 octobre 2013 (rechute remontant alors à « deux ou trois semaines ») et 15 décembre 2014 (rechute remontant à « août 2013 »). Enfin, lesdits médecins indiquaient partager le point de vue du Dr W_____ et reconnaître ainsi une pleine valeur probante à son rapport d'expertise.
87. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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.
- b. Le présent recours a été interjeté dans le délai légal de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prescrites par les art. 56 ss LPGA.
- c. Il sera donc déclaré recevable.

-
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. 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 345 consid. 3).
- b. 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).

Les faits déterminants en l'espèce sont ceux qui se sont produits de façon susceptible d'influer sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en particulier d'une rente d'invalidité (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), à partir du 1^{er} janvier 2010. Aussi s'agit-il d'appliquer les dispositions actuellement en vigueur de la LAI, dont les dernières modifications des 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) sont entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, donc antérieurement à la date précitée. Ces nouvelles n'ont au demeurant pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié 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. a. Par son arrêt du 12 juin 2012, la chambre de céans n'a annulé la décision de l'OAI du 22 novembre 2011 qu'en tant qu'elle maintenait au-delà du 31 mars 2010 la suppression de la rente d'invalidité décidée à juste titre dès le 1^{er} juillet 2008, et elle a renvoyé la cause audit intimé pour instruction médicale complémentaire concernant une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante dès le 1^{er} janvier 2010.
- b. Se fondant sur l'avis de l'expert psychiatre, le Dr W_____, qu'il a alors mandaté, l'intimé a admis – de façon concordante avec le psychiatre traitant de la recourante (une fois levées les confusions liées à l'utilisation des mots « capacité » et « incapacité » de travail) – que l'état psychique de la recourante s'était aggravé dès janvier 2010, en sorte que la capacité de travail de cette dernière avait été de 0 % du 1^{er} janvier 2010 au 14 octobre 2011 (soit durant 21½ mois), de 50 % du 15 octobre au 30 novembre 2011 (soit durant 1½ mois), de 100 % du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012 (soit durant 5 mois), puis à nouveau – à la suite d'une rechute – de 0 % dès le 1^{er} juin 2012. Tenant compte, sur préavis du SMR, des indications fournies les 9 avril et 20 septembre 2013 par le psychiatre traitant, faisant état d'une guérison entre janvier et février 2013 de l'épisode dépressif

s'étant déclenché dès le 1^{er} juin 2012, mais aussi de troubles d'apnées du sommeil que la recourante avait eus dans le courant de l'année 2013, l'intimé a retenu que la capacité de travail de la recourante a été de 0 % du 1^{er} juin au 31 décembre 2012 (soit durant 7 mois), de 50 % du 1^{er} janvier au 14 février 2013 (soit durant 1½ mois), à nouveau de 0 % (en raison des problèmes pneumologiques) du 15 février au 10 octobre 2013 (soit durant 8 mois), puis de 100 % dès le 11 octobre 2013.

Aussi l'intimé a-t-il décidé – en application de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), qui détermine le moment à partir duquel des modifications de l'état de santé impliquent le cas échéant une modification du droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1) – que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2010 au 28 février 2012 et du 1^{er} septembre 2012 au 31 janvier 2014, en considération d'une invalidité de 84 % (soit 100 % pour la sphère professionnelle de 80 %, donnant 80 %, et 21 % pour la sphère ménagère de 20 %, donnant 4 %).

c. Estimant que son invalidité n'avait pas cessé d'exister et se prolongeait encore, la recourante conteste cette décision devant la chambre de céans, en faisant valoir qu'il importe de déterminer quelle a été l'évolution de son état de santé dès janvier 2010 et surtout si l'intimé était en droit ou non de lui supprimer dès le 1^{er} février 2014 la rente entière d'invalidité qu'il lui reconnaissait du 1^{er} janvier 2010 au 28 février 2012 puis du 1^{er} septembre 2012 au 31 janvier 2014. Elle a conclu à l'annulation de ladite décision « en tant seulement qu'elle a mis fin, à tort, à la date du 31 janvier 2014, au versement de la rente AI complète allouée précédemment » et à la condamnation de l'intimé « à poursuivre le versement de ladite rente complète dès le 1^{er} février 2014 ».

Le litige porte ainsi sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 1^{er} février 2014, en particulier sur l'amélioration de son état de santé et de ses répercussions sur sa capacité de travail à compter de cette date.

4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Plutôt que d'une révision à proprement parler (nonobstant l'intitulé de l'art. 17 LPGA), il s'agit d'une adaptation du droit à des prestations durables. Une telle adaptation peut intervenir d'office ou sur demande. Elle est régie par les dispositions générales de

procédure figurant aux art. 27 ss LPGA (Ghislain FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 541 s. ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., 2009, n. 2, 14 ss et 38 ad art. 17).

5. 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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).
b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).
6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
b. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelles sont les activités 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 l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2).

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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c/aa. Ainsi, 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/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle

expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À 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. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

c. Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 132 V 375 ; 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

L'administration a quant à elle le devoir de prendre en compte les faits survenus jusqu'au moment où elle statue.

9. En l'espèce, c'est certes essentiellement en considération d'une éventuelle aggravation de l'état psychique de la recourante que la chambre de céans, par son arrêt du 12 juin 2012, avait renvoyé la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire concernant une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante dès le 1^{er} janvier 2010. Appelé à rendre une nouvelle décision visant la période postérieure au 31 décembre 2009, l'intimé n'en devait pas moins le faire au regard de tous éléments susceptibles d'avoir, depuis lors et jusqu'au jour de sa nouvelle décision, modifié l'état de santé de la recourante d'une façon s'étant le cas échéant répercutée sur sa capacité de travail, que ces éléments soient d'ordre psychique ou physique.

Sur le principe, l'intimé ne s'y est pas refusé puisqu'il a tenu compte, spontanément, de problèmes pneumologiques rencontrés par la recourante dans le courant de l'année 2013. La recourante estime cependant qu'alors même qu'elle lui avait fait parvenir, avant le 17 octobre 2014 (date de la décision attaquée), toutes pièces médicales utiles étayant sa position que son incapacité de travail invalidante perdurait au-delà du 10 octobre 2013 et, partant, son invalidité au-delà du 31 janvier 2014 eu égard à l'art. 88a RAI, l'intimé n'a tenu compte ni d'une nouvelle rechute de son état dépressif récurrent dès le 1^{er} octobre 2013, ni de ses problèmes somatiques, ni de la conjonction de deux pathologies considérées.

10. a. Sur le plan psychiatrique, l'intimé a fondé sa décision sur le rapport d'expertise du Dr W_____, qui, après avoir diagnostiqué chez la recourante un état dépressif majeur récurrent et une personnalité probablement co-dépendante constitutifs de troubles invalidants jusqu'à fin janvier 2013, a estimé que sa capacité de travail était entière depuis le 1^{er} février 2013. La recourante estime que – comme elle l'avait indiqué à l'intimé par courriers des 22 octobre 2013 et 17 juillet 2014, faisant référence à un rapport du Dr U_____ du 21 octobre 2013 – il était irréaliste de considérer que son état dépressif avait pu passer de sévère à léger du jour au lendemain, et que la prétendue amélioration de son état de santé psychique était une « pure fiction », démentie par le dossier médical et le fait que, depuis le 1^{er} octobre 2013, elle se trouvait à nouveau dans un état dépressif sévère.
- b. La recourante conteste toute force probante audit rapport du Dr W_____. Force est cependant de relever que ce rapport, du 6 juin 2013 (complété ou corrigé en février 2014), remplit sur les plans formel et matériel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives

de la recourante, des observations cliniques, les résultats de tests psychologiques ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sous la réserve – reprise plus loin – d'un nouvel épisode dépressif sévère de la recourante dès le 1^{er} octobre 2013, l'appréciation de la capacité de travail de cette dernière qu'a faite l'expert en question est quasiment la même que celle retenue par le psychiatre traitant de la recourante. Le Dr U_____ avait en effet signalé lui-même, par un courrier du 9 avril 2013, que la recourante avait guéri, entre janvier et février 2013, de ce qui était alors son dernier épisode dépressif, et que dans ce contexte la capacité de travail de la recourante, nulle du 1^{er} juin au 31 décembre 2012, était redevenue entière dès le 1^{er} février 2013, avec une phase de transition à 50 % en janvier 2013. Ledit médecin a d'ailleurs confirmé cette appréciation, pour cette période, par un courrier du 20 septembre 2013, précisant au surplus qu'au moment de l'expertise (donc au printemps 2013), la recourante présentait un épisode dépressif récurrent léger. Il a en outre indiqué qu'il partageait la démarche diagnostique de l'expert. Par une attestation commune du 15 décembre 2014, les Drs U_____ et Y_____ (ce dernier ayant repris dans l'intervalle le suivi de la recourante), ont confirmé la valeur probante du rapport d'expertise du Dr W_____ et le point de vue de ce dernier au moment de l'examen (soit au printemps).

c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, en l'espèce, pour ce qui concerne son état de santé psychique de mars à septembre 2013, la recourante se limite à contester de manière générale les conclusions de l'expertise sans faire état d'éléments objectivement vérifiables.

Il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr W_____ du 6 juin 2013 et de considérer que l'état psychique de la recourante lui permettait de travailler à 100% dès le 1^{er} février 2013. À l'avantage de la recourante, l'intimé a préféré absorber dans une période globale de totale incapacité de travail le mois de transition durant lequel – celui de janvier 2013 – la recourante présentait, aux dires de son psychiatre traitant, une capacité de travail de 50 %, juste avant qu'elle ne retrouve, toujours aux dires de son psychiatre traitant, une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique.

d. En plus d'être tendancieux et peu objectif – à l'instar d'ailleurs du fait de monter en épingle la confusion momentanée qui s'est produite entre les capacités et incapacités de travail de la recourante – et en l'occurrence dénué de fondement,

l'argument que la recourante ne saurait avoir passé du jour au lendemain de sévère à légère n'est pas pertinent, dans la mesure où, en tout état, l'intimé n'a pas retenu qu'elle était capable de travailler dès le 1^{er} février 2013, mais seulement dès le 11 octobre 2013, en considération d'une incapacité de travail invalidante tenant à des apnées du sommeil, soit à des troubles pneumologiques. Ces derniers comme le fait qu'ils se sont nettement améliorés ne sont pas contestés et n'ont pas à être remis en question, quand bien même le pneumologue ne s'était pas prononcé sur la répercussion de ces troubles sur la capacité de travail de la recourante.

Peu importe, dans la perspective du droit à une rente entière d'invalidité de février 2013 à janvier 2014, qu'un trouble psychique aurait ou non aussi justifié ou contribué à justifier la décision de l'intimé, puisqu'un tel droit a été reconnu à la recourante pour la période considérée. Il résulte néanmoins des rapports précités du Dr U_____ que, pour être récurrent, l'état dépressif de la recourante n'était pas non sujet à guérison, pour des périodes suffisantes faisant retrouver à la recourante une capacité de travail partielle et même entière du point de vue psychiatrique.

e. Toujours sur le plan psychiatrique, force est en revanche de relever qu'avant même que l'intimé ne prenne la décision attaquée, il avait été informé que, d'après le psychiatre traitant de la recourante, cette dernière se trouvait à nouveau dans un état dépressif sévère, dès le 1^{er} octobre 2013. Par courrier du 22 octobre 2013, la recourante lui avait communiqué l'avis exprimé à ce propos par le Dr U_____. Cet avis – qui sera confirmé par l'attestation conjointe des Dr U_____ et Y_____ du 15 décembre 2014 – était motivé : l'assurée présentait une nouvelle rechute de son état dépressif, nécessitant un suivi hebdomadaire avec gestion des crises suicidaires depuis deux à trois semaines ; il s'agissait d'un épisode dépressif récurrent d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques, réactionnel à une nouvelle crise de couple ; sur le plan subjectif, l'assurée présentait les symptômes suivants : tristesse, fatigue, anhédonie, troubles de la concentration, perte de poids (3 kg), insomnies d'endormissement, avec réveils précoces et envies suicidaires, ambivalentes, critiquées mais récurrentes avec des culpabilisations pathologiques ; objectivement, elle présentait des troubles de la concentration significatifs, un ralentissement psychomoteur sévère, un isolement social et affectif ainsi qu'une aboulie, le test de Hamilton indiquait un score de 34 ; dans ces circonstances, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} octobre 2013 dans toute activité.

Si le courrier du Dr U_____ du 21 octobre 2013 pouvait ne pas suffire à convaincre l'intimé d'une rechute d'état dépressif sévère privant la recourante de sa capacité de travail, il lui incombait de solliciter des précisions complémentaires audit médecin ou de requérir un complément ou une actualisation de l'expertise du Dr W_____. Cet avis émanait certes d'un médecin traitant de la recourante, mais dont les avis antérieurs avaient été pris en considération et même largement approuvés par l'expert W_____. Il ressort d'ailleurs des pièces du dossier que la recourante a alterné des épisodes dépressifs sévères, entraînant des incapacités de

travailler, et des épisodes dépressifs moins graves, lors desquels elle était théoriquement capable de travailler. Au vu de cette récurrence, une aggravation de son état psychique n'était pas exclue.

Il n'est dès lors pas compréhensible et en tout état pas justifié que l'intimé n'ait pas pris position, ni demandé une investigation complémentaire sur ce qui n'était pas que la simple allégation d'une nouvelle rechute, mais bien un avis médical étayé. C'est comme si l'intimé, depuis juin 2013, avait arrêté sa décision concernant les problèmes psychiques et orthopédiques de la recourante, exclu toute évolution à ce double égard, et focalisé depuis lors son attention, au titre des éléments nouveaux envisageables, sur les problèmes pneumologiques de la recourante. Il n'est pas admissible qu'après avoir ignoré cet avis du 21 octobre 2013 et adressé à la recourante, le 30 juin 2014, un projet de décision n'en faisant pas état, l'intimé s'est contenté d'ajouter dans la décision attaquée, après que la recourante lui eut rappelé notamment ce courrier du Dr U_____, que les « arguments (qu'elle avait) soulevés lors de la procédure d'audition n'apportaient rien de nouveaux susceptibles (sic) de modifier (son) appréciation », et qu'elle n'avait « apporté aucun document médical probant pouvant attester (qu'elle n'était) plus à même de reprendre (son) ancienne activité lucrative ».

C'est de la part de l'intimé une vaine tentative de justification subséquente que de relever, dans les écritures en procédure contentieuse, que les deux documents considérés – à savoir le courrier du Dr U_____ du 21 octobre 2013 et l'attestation conjointe des Dr U_____ et Y_____ du 15 décembre 2014 – se contredisaient en mentionnant une rechute dépressive remontant respectivement à « deux ou trois semaines » et à « août 2013 », ainsi que le fait que les médecins traitants partageaient le point de vue du Dr W_____ et considéraient que son rapport avait pleine valeur probante. Il est en effet patent que ladite différence de point de départ du nouvel épisode dépressif récurrent est peu importante, en plus qu'elle est sans conséquence dans la mesure où l'intimé admet une totale incapacité de travail jusqu'au 10 octobre 2013, et que ladite approbation de la démarche diagnostique de l'expert et d'un rapport que ce dernier a établi le 6 juin 2013 ne saurait valoir pour un événement subséquent, sur lequel ledit expert ne s'est au surplus pas prononcé par la suite.

f. Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait retenir que la recourante avait récupéré une pleine capacité de travail dès le 11 octobre 2013 et, partant, mettre un terme au versement de la rente avec effet au 31 janvier 2014, sans avoir préalablement instruit la problématique d'une éventuelle aggravation de l'état dépressif de la recourante, rendue pour le moins plausible avant qu'il ne rende sa décision. Pour ce motif, la décision querellée doit être annulée en tant qu'elle met fin au droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2014, et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

11. a. La recourante évoque également le fait qu'elle serait en incapacité totale de travailler en raison de ses atteintes somatiques.

Il appartenait également à l'intimé d'examiner si, depuis le 1^{er} janvier 2010, l'état de santé somatique de la recourante s'était ou non péjoré de façon susceptible d'influer sur sa capacité de travail, indépendamment de son état psychique mais aussi au regard d'éventuelles interférences entre son état somatique et son état psychique ou de la conjonction des deux états.

b. Compte tenu de l'issue donnée au présent recours, il ne se justifie ici guère que de relever à ce propos que des atteintes somatiques – par ailleurs également signalées à l'intimé avant que celui-ci ne rende la décision attaquée – apparaissent nouvelles, à savoir : douleurs mécaniques du poignet gauche liées à une consolidation en position vicieuse d'une fracture du radius distal en 2012, gonflements matinaux des deux mains avec raideur et rénosynovite (inflammation) des gaines tendineuses, décompensation d'une arthrose assez sévère des deux gros orteils, entraînant une réduction du périmètre de marche et la difficulté à monter et descendre les escaliers.

Le renvoi de la cause à l'intimé, décidé en considération d'une éventuelle aggravation de son état psychique à l'époque susmentionnée, doit être l'occasion pour l'intimé de compléter le dossier également s'agissant des problèmes somatiques de la recourante.

12. a. Le recours sera admis. La décision du 17 octobre 2014 sera annulée en tant qu'elle met un terme au versement de la rente d'invalidité avec effet au 31 janvier 2014 et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Cela signifie qu'elle ne l'est pas – n'étant pas attaquée à cet égard – dans la mesure où elle alloue à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2010 au 28 février 2012 et du 1^{er} septembre 2012 au 31 janvier 2014.

b. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-, vu l'issue donnée au recours.

c. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 17 octobre 2014 en tant qu'elle supprime toute rente d'invalidité en faveur de Madame A_____ au-delà du 31 janvier 2014.
4. Renvoie dans cette mesure la cause audit office pour instruction médicale complémentaire concernant une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante dès le 1^{er} octobre 2013 et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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