

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1934/2018

ATAS/327/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 avril 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1959, a travaillé en qualité d'aide-soignante non certifiée auprès de l'association de l'EMS résidence B\_\_\_\_\_ à 80%. À ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de CSS Assurance.
2. Le 13 juillet 2012, elle a été victime d'un accident professionnel.
3. L'assurée a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 17 au 30 décembre 2012. À teneur du rapport établi par cette clinique le 23 janvier 2013, le diagnostic principal était des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. L'assurée avait fait l'objet d'abus répétés dans l'enfance et avait, dans ce contexte, développé des mécanismes de protection qui s'étaient effondrés avec son accident du travail, qui avait mis en question sa valeur.
4. L'assurée a déposé une demande d'assurance-invalidité le 18 mars 2013.
5. Son contrat de travail a été résilié pour le 30 avril 2013.
6. L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 7 mai au 4 juin 2014, où ont été posés les diagnostics de :
  - thérapies physiques et fonctionnelles pour l'épaule gauche ;
  - traumatisme au travail le 5 juillet 2012 avec notion de traction sur l'épaule gauche ;
  - arthrose acromio-claviculaire et tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps gauche ;
  - infiltration acromio-claviculaire gauche le 14 juin 2013.et les comorbidités suivantes :
  - troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive au décours ;
  - gonarthrose bilatérale ;
  - asthme ;
  - rhino-conjonctivite allergique.L'assurée était limitée dans les activités nécessitant le travail des bras au-dessus de la poitrine et le port répété de charges supérieures à 5 kg.
7. Le 18 novembre 2014, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a retenu les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire et de tendinopathie de l'épaule gauche et de gonarthrose bilatérale entraînant une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle dès le 5 juillet 2012 et une capacité résiduelle de travail de 100% depuis octobre 2013.
8. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 6 janvier 2015. Selon celle-ci, le total des empêchements pondérés s'élevait à 35,10% sans exigibilité et à 9% avec exigibilité.

9. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a pris en charge pour l'assurée un stage d'orientation professionnelle dispensé par le Centre D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, dans l'animation, du 7 au 31 mai 2015. L'assurée ayant été en incapacité de travail dès le 6 mai 2015, la mesure a été interrompue au 31 suivant.
10. Dans un rapport du 2 septembre 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin interne FMH, a indiqué que l'assurée souffrait des conséquences de graves traumatismes subis dans son enfance et qui s'étaient poursuivis jusqu'à son arrivée en Suisse en 1996. Elle avait subi la terreur et l'horreur en raison d'incestes répétés, de violences domestiques et d'abus multiples de la part de son entourage, sur plus de quinze ans. Cela avait provoqué chez elle des troubles sévères, qui étaient devenus incompatibles avec une activité rémunératrice.
11. L'assurée a suivi un stage en qualité d'aide-animatrice en EMS, du 15 décembre 2015 au 31 mars 2016, auprès des Établissements publics pour l'intégration de Genève (ci-après ÉPI). Durant son stage, elle a été en incapacité de travail pour cause de maladie durant dix-huit jours. Il a été conclu, au terme de la mesure, que le métier envisagé n'était pas compatible avec son état de santé.
12. Une nouvelle mesure a été mise en place du 4 avril au 3 juillet 2016 pour définir une orientation adaptée aux limitations de l'assurée. Celle-ci n'a suivi cette mesure que du 4 au 12 avril 2016, puis elle a été en incapacité de travail pour des douleurs à la main droite. La mesure a, en conséquence, été interrompue le 30 avril 2016.
13. Le 8 juillet 2016, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin SMR, a constaté l'existence d'un syndrome douloureux chronique et d'un trouble psychiatrique possiblement incapacitant et estimé nécessaire la réalisation d'une expertise psychiatrique.
14. L'assurée a été expertisée par le docteur H\_\_\_\_\_, supervisé par le docteur I\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie. À teneur du rapport d'expertise du 2 septembre 2017, celui-ci était fondé sur deux entretiens avec l'expertisée d'une durée totale de 150 minutes et des entretiens téléphoniques avec sa fille et son médecin traitant. L'expert a résumé les pièces médicales au dossier. Sous anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, l'expert a mentionné, notamment, que l'assurée avait grandi avec sa famille dans une grande maison à Lima. Son père, décrit comme explosif, avait maltraité physiquement ses fils et sexuellement ses filles. L'expertisée n'avait jamais avoué cette maltraitance par peur. Elle avait connu celui qui allait devenir son mari à l'âge de 17 ans et ils s'étaient mariés en 1979. Le couple avait eu deux enfants, nés en 1979 et en 1980. L'expertisée rapportait que son époux avait des problèmes de dépendance à l'alcool et qu'il l'avait maltraitée physiquement et sexuellement. Elle l'avait quitté après environ onze ans de mariage et s'était rendue en Suisse, dans un premier temps sans ses enfants, qui l'avaient rejointe deux ans après. En 1992, l'expertisée s'était remariée et avait eu une fille. Ce mariage était sécurisant et globalement bon. Après son accident en 2012, elle avait commencé à avoir de fortes douleurs à l'épaule.

Elle n'avait plus travaillé depuis lors. Elle habitait actuellement avec son mari et sa dernière fille, étudiante à l'école de commerce. Son mari tenait une fromagerie et rencontrait des problèmes financiers avec son entreprise. L'expertisée n'avait pas de revenu. Elle n'avait pas droit à l'aide sociale à cause du travail de son mari. Ces deux enfants aînés étaient mariés et avaient deux enfants chacun. L'expertisée voyait régulièrement ses enfants et avait aussi des contacts avec ses frères et sœurs qui habitaient en Suisse. Elle se réveillait vers 9h00 ou 10h00 du matin et allait parfois au magasin. Elle faisait des promenades ou des visites à ses proches. À son domicile, elle faisait la cuisine et sa fille s'occupait du ménage. Elle faisait parfois des promenades le soir. L'expertisée se plaignait d'angoisses, d'un sentiment d'inquiétude pour l'avenir et décrivait des ruminations négatives. Elle se plaignait également de douleurs à l'épaule gauche et de migraines. Elle ne mentionnait pas d'éléments dépressifs, mais davantage une fatigabilité avec tendance au repli. Son médecin traitant avait informé l'expert de suivre l'expertisée de façon régulière avec des entretiens hebdomadaires. Il considérait que ce type de suivi était très important pour la stabilité psychique de sa patiente, qui était très investie et régulière au niveau de sa thérapie. Des éventuels changements pourraient avoir un effet déstabilisant pour elle sur le plan psychique. Il préconisait la continuation du traitement médicamenteux actuel (anxiolytique et antidouleur), qui était important pour la stabilité clinique de l'expertisée. La fille de l'expertisée rapportait que sa mère présentait une humeur fluctuante. Elle pouvait vivre des moments de stabilité pendant lesquelles elle était capable de sortir de la maison. En revanche, pendant les moments difficiles, elle était passive et renfermée. Elle ne participait pas beaucoup au ménage, à l'exception des tâches les plus simples. Elle considérait que sa mère allait mieux psychologiquement lorsqu'elle avait une activité professionnelle et que son état s'était péjoré en lien avec son inactivité. Sous anamnèse médicale et psychiatrique, l'expert a mentionné que l'expertisée avait commencé à présenter des problèmes importants suite à l'accident professionnel de 2012, qui avait eu comme conséquence une rupture de la coiffe des rotateurs gauche, une arthrose claviculaire et une tendinopathie de l'épaule gauche. Elle n'avait jamais eu de suivi psychiatrique régulier et était prise en charge par son médecin traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, depuis 2012. Elle avait été hospitalisée à la clinique de Montana au mois de décembre 2012 où elle avait été prise en charge par une des psychologues de cette institution. Après sa sortie, elle n'avait pas pu continuer une prise en charge psychothérapeutique, considérant qu'il était très difficile pour elle de parler de son vécu à d'autres thérapeutes. L'expertisée était suivie par son médecin traitant avec une fréquence hebdomadaire et son traitement médicamenteux était le suivant : Omed 40 mg par jour, Dormicum 15 mg par jour au coucher, Temesta 2,5 mg, en cas d'anxiété, morphine sirop 40 mg 5 fois par jour en cas de douleurs. Sous status clinique, l'expert a mentionné que l'expertisée s'était présentée à l'heure aux entretiens. Elle était de présentation correcte et l'hygiène corporelle ainsi que la tenue vestimentaire étaient soignées. Son comportement était adéquat. Il n'y avait pas de défiance et le contact était adapté. Il n'y avait pas de trouble de la vigilance,

ni d'autres symptômes invoquant une consommation de substances psychoactives. L'attention et la concentration étaient sans particularité. La mémoire autobiographique était de bonne qualité et permettait de retracer son histoire de vie. Il n'y avait pas de symptômes en faveur d'un trouble cognitif. D'un point de vue formel, le discours était de bonne qualité et l'idéation satisfaisante. L'expert ne mettait pas en évidence des troubles du cours ou du contenu de la pensée (idées délirantes ou obsédantes). Il n'y avait pas de phénomène de dépersonnalisation ou de déréalisation, ni d'éléments productifs de la ligne psychotique. La thymie était abaissée. Il y avait une tension interne et par moments une irritabilité, avec des pleurs quand elle parlait des événements difficiles du passé dans son pays d'origine. Les affects étaient assez mobiles et congruents au discours. Elle présentait une diminution de l'élan vital. Le plaisir était également diminué, mais elle arrivait à passer des moments plaisants avec ses petits-enfants. La libido était décrite comme inexistante. Il y avait une absence de distorsions cognitives de la ligne dépressive. Il n'y avait pas de sentiment d'inutilité, d'incurabilité ou de culpabilité mis en évidence. Elle présentait des troubles du sommeil avec des difficultés à l'endormissement. Elle décrivait des idées noires occasionnelles sans idéation suicidaire. Elle avait parfois des cauchemars autour des abus qu'elle avait subis, sans toutefois une fixité quelconque de vécu traumatique. Elle avait une anxiété flottante, notamment dans la confrontation avec des besoins d'évolution sur le plan personnel, mais sans éléments en faveur d'un trouble anxieux constitué. L'expert notait des plaintes somatiques diffuses qui ne prenaient toutefois pas les caractéristiques de somatisations, ni d'un syndrome douloureux somatoforme. Au niveau de la personnalité, le Moi était fragile et immature, avec une difficulté au niveau de la verbalisation des affects et de l'introspection. L'élaboration du vécu affectif restait rudimentaire avec des faibles capacités de mentalisation. L'expert notait un locus de contrôle externe avec une tendance à être l'objet plus que le sujet de sa propre histoire. Les relations interpersonnelles étaient construites à la recherche de sécurité et de protection dans une difficulté manifeste à assumer une position adulte. Les mécanismes de défense étaient basés sur l'évitement et le repli sans activation archaïque. Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité.

Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble anxieux et dépressif mixte, présent depuis plusieurs années dont les symptômes avaient été objectivés au niveau médical en 2012, et des traits de personnalité immature, présents dès le début de l'âge adulte. Selon l'auto-hétéro anamnèse, l'expertisée présentait des symptômes anxieux et dépressifs d'intensité modérée dont la durée et la sévérité n'évoquaient pas des épisodes dépressifs ou un trouble anxieux. Il y avait des fluctuations au niveau de l'humeur, mais pas de phases maniaques ou hypomanes. Vu ce tableau, l'expert retenait le diagnostic d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Sur le plan de la personnalité, il retenait le diagnostic des traits de personnalité immature. L'expertisée ressentait un fort besoin de la présence et de l'attention des autres, supportant difficilement la

solitude, réagissant par un investissement de la plainte somatique face à des situations de vie qui impliquaient souplesse et mobilisation d'énergie. L'expertisée présentait des traits de personnalité immature dès le début de l'âge adulte avec une capacité de fonctionner a minima en fonction de la sécurité offerte par le cadre de référence professionnel et familial. Après son accident de 2012, elle avait développé des troubles dépressifs et anxieux mixtes qui étaient restés jusqu'alors à un niveau sous-syndromique, témoin de la difficulté à rebondir chez une femme avec des faibles capacités de résilience. Sa souffrance était exprimée principalement au travers du corps. Elle restait peu loquace par rapport à son vécu affectif, qui était mal représenté chez elle. Vu la problématique de l'expertisée, un suivi psychiatrique était nécessaire ainsi qu'un traitement antidépresseur pour sa bonne évolution. Selon les informations obtenues de son médecin traitant, l'expertisée présentait un très bon investissement au niveau de son suivi et était régulière au rendez-vous. Son attitude avec l'expert avait été également correcte avec une collaboration optimale. Elle avait également bien collaboré pendant les mesures de réadaptation en ayant un rôle actif et en participant aux différents stages. Les difficultés rencontrées dans la réadaptation dépendaient du tableau clinique de l'expertisée. Elle n'avait pas pu mener à terme les différents stages de façon optimale, en raison de sa faible capacité de résilience, surtout face à la souffrance des autres, et son instabilité au niveau de l'humeur ne lui permettant pas d'avoir une performance satisfaisante. La dépendance affective manifestée par l'expertisée et la faiblesse de ses aptitudes adaptatives expliquaient l'échec des mesures en question. Vu son état actuel, la reprise d'une activité dans le marché du travail n'était pas exigible et risquait de se solder par un échec. L'expertisée devait dans un premier temps suivre un traitement psychiatrique et psychothérapeutique avec l'instauration d'un traitement antidépresseur dans le cadre d'un suivi psychiatrique régulier. Après une telle prise en charge pendant six mois, l'expertisée pourrait essayer une nouvelle mesure de réadaptation, dans un premier temps, à 50%. Le taux d'activité adapté pourrait être augmenté rapidement à 100%, selon l'évolution clinique. S'agissant de la cohérence, le tableau clinique de l'expertisée était compatible avec les symptômes décrits selon l'auto/hétéro anamnèse. Le médecin traitant de l'expertisée avait évoqué la présence d'un état de stress post-traumatique dans le contexte des abus que l'expertisée avait subis dans le passé. Il n'y avait pas d'éléments cliniques soutenant la présence d'une telle pathologie (réminiscence traumatique, cauchemars à répétition, irritabilité avec réaction d'hypervigilance, rétrécissement du champ cognitif). La présence d'expériences difficiles dans le passé ne suffisait pas en soi pour retenir un tel diagnostic. Vu la problématique que l'expertisée présentait au niveau de la personnalité, elle avait besoin d'un cadre structurant et soutenant dans lequel elle pouvait se sentir en sécurité. Dans ce sens, la dernière activité qu'elle avait eue comme aide-soignante contribuait à sa stabilité psychique. Après l'arrêt de cette activité, elle s'était appuyée principalement sur sa famille et son médecin traitant, qui constituaient un étayage protecteur au niveau psychique. Dans ce sens, l'expert

estimait que l'incapacité de travail avait amené à une péjoration progressive sur le plan psychiatrique qui avait eu un effet négatif sur sa vie sociale ainsi que sur sa capacité de participer aux tâches ménagères. L'expertisée avait arrêté son ancienne activité professionnelle suite à son accident, qui avait causé chez elle des séquelles somatiques importantes. À partir de ce moment, il y avait eu également une péjoration progressive de son état psychique en lien avec ses faibles capacités de résilience de base, qui avait rendu sa capacité d'activité de plus en plus faible. Ainsi la problématique psychique avait eu un impact important sur son niveau d'activité. L'expertisée continuait à voir régulièrement son médecin traitant avec une fréquence hebdomadaire. Cette prise en charge apportait à l'expertisée une aide d'allure psychothérapeutique avec des éléments de psychothérapie non-spécifiques (soutien, écoute, disponibilité, régularité au niveau du cadre). L'expertisée avait investi cette prise en charge qui lui apportait de la sécurité et de la stabilité. Cependant, l'instauration d'une prise en charge psychothérapeutique spécifique en parallèle avec le suivi du médecin traitant, avec un thérapeute qui pourrait suivre l'expertisée sur un long terme, serait indiquée et bénéfique pour son évolution. L'expertisée avait la capacité de créer un lien thérapeutique, ce qu'elle avait fait avec son médecin traitant. Elle supporterait toutefois difficilement les changements de psychothérapeute. Sa capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité. Après la mise en place d'un suivi psychiatrique, cette capacité pourrait augmenter à 50%, puis 100% en fonction de l'évolution clinique dans une activité simple en milieu bienveillant. L'expertisée présentait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2012, ce qui était d'ailleurs devenu apparent après les problèmes qu'elle avait rencontrés lors des stages de réadaptation. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle pouvait présenter une instabilité au niveau de l'humeur ainsi qu'une intolérance au stress, à la surcharge et aux tensions sur le plan interpersonnel ainsi qu'une irritabilité accrue avec tendance au repli.

15. Les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, médecins du SMR, ont considéré, le 4 décembre 2017, que le rapport d'expertise n'était pas convaincant et se sont écartés de ses conclusions. Ils ont estimé qu'un trait de personnalité immature n'était pas suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail durable. De plus, des troubles anxieux et dépressifs, qui étaient restés sous-syndromiques, étaient également non-incapacitants puisqu'ils n'entraînaient aucun symptôme. L'expertise mentionnait que l'assurée était très investie dans son suivi, qu'elle collaborait de façon optimale et avait eu un rôle actif dans les mesures de réadaptation qui lui avaient été proposées, mais qu'elle ne pouvait les mener à terme en raison de la faiblesse de ses aptitudes adaptatives. Il était difficile d'imaginer une personne dépressive investie et ayant un rôle actif. Ceci parlait davantage en faveur d'un trouble de l'adaptation que d'un trouble anxio-dépressif. Or, le trouble de l'adaptation ne pouvait être reconnu comme durable et suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail. De plus, l'assurée n'avait été suivie que par son médecin généraliste, le Dr F\_\_\_\_\_, qui n'avait pas jugé opportun de demander un suivi psychiatrique spécialisé.

16. Par projet du 18 janvier 2018, confirmé le 3 mai 2018, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2013.
17. Le 4 juin 2018, l'assurée a formé recours contre la décision précitée, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 3 mai 2018 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Elle ne remettait pas en cause l'évaluation de sa capacité de travail par l'expert, mais les diagnostics retenus, en se référant au courrier du Dr F\_\_\_\_\_, selon lequel le diagnostic qui devait être retenu était celui d'état de stress post traumatique. Il était surprenant que les experts n'aient pas mentionné les conclusions de la CRR, qui avait identifié, en 2012 déjà, les actes de violences répétés qu'elle avait subis dans son enfance. Il s'agissait-là d'un élément essentiel qui avait été écarté par les experts pour des motifs incompréhensibles. Par ailleurs, la recourante estimait bénéficier de soins adéquats, puisqu'elle était suivie régulièrement par le Dr F\_\_\_\_\_, en qui elle avait toute confiance. Celui-ci avait su mettre en place un traitement de morphine avec un certain succès, puisque ses symptômes de dépression ne comportaient plus les mêmes risques de passage à l'acte qu'auparavant, surtout de gestes auto-mutilants. À la lumière des explications fournies par le Dr F\_\_\_\_\_, les troubles qu'elle présentait se manifestaient avec une telle sévérité qu'elle ne pouvait pas travailler. L'OAI pouvait se fonder sur les avis de ses médecins SMR pour dénier la valeur probante de l'expertise, mais pas pour retenir qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante. Si l'intimé estimait que l'expertise n'emportait pas valeur probante, il devait en ordonner une nouvelle.
18. Par réponse du 25 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur le plan physique, malgré la présence de diverses atteintes, la capacité de travail de la recourante était de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Les experts avaient relevé que l'assurée ne mentionnait pas d'éléments dépressifs, mais davantage une fatigabilité avec tendance au repli et qu'elle n'avait jamais eu de suivi psychiatrique régulier. Au niveau du status clinique, les experts ne relevaient aucun élément de gravité, indiquant que l'assurée avait parfois des cauchemars autour des abus qu'elle avait subis sans toutefois aucune fixité quelconque de vécu traumatique et une anxiété flottante notamment dans la confrontation avec les besoins d'évolution sur le plan personnel, mais sans éléments en faveur d'un trouble anxieux constitué. Sur le plan de la personnalité, ils avaient retenu des traits de personnalité immature. En référence à la jurisprudence actuelle en matière de troubles psychiques, les conclusions des experts en matière de d'incapacité de travail ne pouvaient être suivies. Le rapport d'expertise souffrait d'une manifeste contradiction entre la constatation d'un degré modéré des atteintes et le prétendu caractère invalidant de celles-ci. De plus, aucun suivi psychiatrique n'existait actuellement. Cela indiquait très clairement que la thérapie suivie jusqu'à

présent ne pouvait être considérée comme ayant été conduite dans les règles de l'art. Il en allait de même sur le plan médicamenteux, puisque les experts avaient mentionné que vu le trouble de l'humeur que l'assurée présentait, l'introduction d'un traitement antidépresseur semblait nécessaire pour sa bonne évolution. Les experts avaient précisé qu'ils n'avaient pas retrouvé de symptômes évocateurs d'un stress post traumatique. Il fallait donc constater que les graves traumatismes subis dans l'enfance avaient bien été intégrés dans l'expertise. Seules les conséquences actuelles de ceux-ci étaient évaluées différemment par l'expert et par le médecin traitant. Outre le fait que ce dernier n'était pas psychiatre, contrairement aux experts, il y avait lieu de constater qu'il n'apportait pas d'éléments objectifs à l'appui de ses critiques. Comme le relevait le SMR dans son avis du 13 juillet 2018, la très grande sévérité des traumatismes subis dans l'enfance n'induisait pas forcément un effondrement psychique chez une personne âgée actuellement de 59 ans.

Dans l'avis du 13 juillet 2018 annexé à la réponse de l'intimé, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était indiscutable que les experts avaient intégré dans leur rapport les traumatismes subis par la recourante dans son enfance. Il a encore relevé que l'expertise n'avait été sollicitée par l'OAI que pour faire le point sur l'état psychique actuel de la recourante et les conséquences asséurologiques actuelles de celui-ci. L'extrême gravité des violences subies par la recourante n'avait pas entraîné obligatoirement une incapacité. La capacité de résilience de certaines personnes leur permettait de ne pas s'effondrer au niveau psychique. En conclusion, la description rassurante de l'état psychique actuel de l'assurée faite par les experts, malgré la très grande sévérité des traumatismes subis, ne permettait pas de retenir une incapacité de travail. Il convenait par conséquent de s'en tenir aux conclusions précédentes.

19. Par réplique du 14 septembre 2018, la recourante a fait valoir que les médecins du SMR avaient substitué leur propre appréciation à celle des experts. Quand bien même ceux-ci avaient relevé ses faibles capacités de résilience, le Dr K\_\_\_\_\_, dans son avis du 13 juillet 2018, retenait qu'elle était capable de résilience, ce qui lui avait permis de ne pas s'effondrer au niveau psychique et ce qui faisait que l'extrême gravité des violences qu'elle avait subies n'avait pas entraîné d'incapacité. On peinait à comprendre comment l'intimé pouvait d'un côté relever la manifeste contradiction entre les atteintes à la santé actuelles et le caractère invalidant de celles-ci et d'autre part accorder pleine valeur probante aux constatations des experts sur les conséquences actuelles des traumatismes subis dans son enfance. Soit l'intimé considérait que l'expertise avait pleine valeur probante et il en faisait siennes les conclusions, soit il considérait qu'elle contenait des contradictions et il devait alors interpeler les experts afin qu'ils apportent les précisions requises ou mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire. Il était inexact de prétendre que le Dr F\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments objectifs à l'appui de ses critiques dirigées contre le rapport d'expertise. Il avait en effet

clairement expliqué et motivé le diagnostic d'état de stress post traumatique. Il avait également expliqué pour quelles raisons l'analyse des experts ne pouvait être suivie. Selon lui, ceux-ci avaient banalisé les violences qu'elle avait subies et leurs conséquences délétères. En conséquence, il convenait d'ordonner une expertise qui devrait être confiée à un médecin spécialiste compétent dans l'approche de la violence des psycho-traumatismes. La doctoresse L\_\_\_\_\_ avait relevé, dans un article consacré aux violences au sein du couple et de la famille, qu'au-delà des traumatismes physiques, les violences domestiques étaient la cause de nombreux troubles psychiques et sociaux parmi lesquels le syndrome de stress post traumatique et la dépression étaient au premier plan.

La recourante a produit à l'appui de son écriture un article rédigé par les Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, intitulé : Violences au sein du couple et de la famille dans Forum Med Suisse 2006.

20. Par duplique du 9 octobre 2018, l'intimé a observé qu'il pouvait s'écarter des conclusions des experts quant à la capacité de travail estimée, se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_80/2016. Il estimait que les experts n'avaient pas exposé de manière convaincante pour quels motifs la recourante serait brusquement devenue incapable de travailler 50 ans après les faits graves qu'elle avait vécus dans l'enfance.
21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 et au-delà du 31 décembre 2013.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou

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

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

6. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs

diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence en la matière les indicateurs suivants :

a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

7. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.
8. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne peut les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06

---

du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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). 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

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 quand il

---

est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

10. En l'espèce, il convient de déterminer en premier lieu la force probatoire de l'expertise du 2 septembre 2017. Elle repose sur deux entretiens avec l'expertisée d'une durée de 150 minutes, un entretien avec son médecin traitant de 5 minutes et un entretien avec la fille de l'expertisée de 10 minutes ainsi que sur l'étude du dossier. Le rapport contient une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle détaillée et un résumé du dossier médical de l'expertisée. L'expert a justifié les diagnostics posés et son analyse détaillée du cas reprend les indicateurs développés par le Tribunal fédéral pour déterminer si l'atteinte psychique en cause est invalidante. S'agissant du traitement, il a relevé que l'expertisée présentait un très bon investissement au niveau de son suivi médical, mais qu'elle devrait suivre un traitement psychiatrique avec introduction d'un traitement antidépresseur. Il a retenu que sa coopération était bonne en ce qui concernait les efforts de réadaptation, mais que sa dépendance affective et la faiblesse de ses aptitudes adaptatives expliquaient l'échec des mesures de réadaptation. Il a procédé à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes et tenu compte de la personnalité de l'assurée, de son contexte de vie et de son réseau social. Il a examiné si l'atteinte à la santé limitait l'assurée de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités et examiné la situation sous l'angle de la cohérence.

La recourante estime que l'expert aurait dû retenir le diagnostic d'état de stress post traumatique, comme l'a fait son médecin traitant. Ce grief doit être écarté, dès lors que l'expert a exposé les raisons pour lesquelles il estimait que ce diagnostic ne devait pas être retenu, précisant qu'il n'y avait, en particulier, pas d'éléments cliniques soutenant sa présence, tels que des réminiscences traumatiques, des cauchemars à répétition, une irritabilité avec réaction d'hypervigilance ou un rétrécissement du champ cognitif. Il a relevé que l'assurée avait parfois des cauchemars autour des abus qu'elle avait subis, mais sans fixité quelconque de vécu traumatique et que la présence des expériences difficiles dans le passé de l'expertisée ne suffisait pas pour retenir un tel diagnostic. Contrairement à ce qu'a allégué la recourante, l'expert a pris en compte les actes de violences répétés qu'elle avait subi dans son enfance, qu'il a décrits dans l'anamnèse relative au contexte social.

L'appréciation médicale du médecin traitant sur un diagnostic relevant de la psychiatrie n'est de plus pas convaincante, dès lors que celui-ci n'est pas spécialisé dans ce domaine.

Le rapport d'expertise n'est pas sérieusement remis en cause par les critiques apportées par les médecins du SMR le 4 décembre 2017, lesquels considèrent que les diagnostics retenus par l'expert n'étaient pas invalidants, car cet avis ne remplit pas les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il est en effet peu détaillé, ne contient pas d'anamnèse et n'est pas fondé sur un entretien avec l'expertisée, notamment. Il ne tient pas compte du fait que certaines atteintes psychiatriques d'une importance relative, comme la dysthymie, peuvent dans certaines circonstances avoir une incidence sur la capacité de travail. En l'occurrence, l'expert a motivé les raisons pour lesquelles il a retenu une pleine incapacité de travail en analysant les indicateurs développés par le Tribunal fédéral pour déterminer si une atteinte psychique est invalidante. Il a en particulier indiqué qu'à partir de l'accident de l'assurée et de l'arrêt de son activité professionnelle, il y avait eu, en sus des séquelles somatiques importantes, une péjoration progressive de son état psychique, en lien avec ses faibles capacités de résilience, qui avait rendu sa capacité d'activité de plus en plus faible. Ainsi la problématique psychique avait eu, selon l'expert, un impact important sur le niveau d'activité de la recourante. Il a encore relevé que les difficultés rencontrées dans la réadaptation dépendaient du tableau clinique de l'expertisée et qu'elle n'avait pas pu mener à terme les différents stages de façon optimale, en raison de sa faible capacité de résilience et de son instabilité au niveau de l'humeur, qui ne lui permettaient pas d'avoir une performance satisfaisante.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expert a expliqué de façon convaincante la dégradation tardive de l'état psychique de la recourante, en indiquant qu'elle avait développé des troubles dépressifs et anxieux mixtes après son accident de 2012, lesquels étaient restés jusqu'alors à un niveau sous-syndromique, et que la recourante avait eu de la difficulté à rebondir en raison de ses faibles capacités de résilience et du fait que sa souffrance était exprimée principalement au travers du corps.

Le fait que la recourante n'ait pas été suivie par un psychiatre ne permet pas de conclure à l'absence d'atteinte psychique, dès lors qu'il ressort de l'expertise que la recourante était pleinement investie dans le traitement médical et médicamenteux dispensé par son médecin traitant qu'elle pensait suffisant et qu'il est établi que ce suivi régulier la sécurisait et la stabilisait psychiquement. La recourante a également bien collaboré pendant les mesures de réadaptation en ayant un rôle actif et en participant aux différents stages et les difficultés rencontrées dans ce cadre ont été liées à son tableau clinique. Le comportement de la recourante n'apparaît dès lors pas incohérent du point de vue du traitement, même si un suivi psychiatrique spécialisé apparaît nécessaire.

Au vu des considérations qui précèdent, le rapport d'expertise apparaît convaincant et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

11. Il convient ainsi de retenir sur cette base que la recourante était totalement incapable de travailler du 1<sup>er</sup> septembre 2013 et au-delà du 31 décembre 2013, à

tout le moins jusqu'à qu'à la décision querellée. Cette décision doit en conséquence être réformée, en ce sens que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 ne s'est pas éteint au 31 décembre 2013 et qu'il a perduré, à tout le moins jusqu'à la décision querellée. L'intimé devra procéder à une nouvelle instruction pour déterminer si la recourante a retrouvé depuis lors une capacité de travail et, cas échéant, dans quelle mesure.

12. La recourante obtenant gain de cause, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Réforme la décision rendue par l'intimé le 3 mai 2018 en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 et au-delà du 31 décembre 2013.
4. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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