

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2042/2016

ATAS/246/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mars 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Anny SANDMEIER, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1966 au Portugal, ressortissante portugaise, a vécu depuis l'âge de 8 ans en France avec ses parents, puis, à l'âge de 16 ans, après avoir suivi une formation de deux ans dans la couture, elle s'est installée à Genève comme jeune fille au pair, activité qu'elle a exercée jusqu'à l'âge de 25 ans. Elle a eu divers emplois, en particulier dans un supermarché en France voisine, puis en Suisse de 1989 à 2014, comme femme de chambre, couturière, caissière, ouvrière chez B_____ SA une première fois pendant huit mois, aide-soignante dans un établissement médico-social, puis, dès avril 2011, ouvrière à nouveau chez B_____ SA. Elle s'est mariée en 1991 avec un compatriote, union dont est issue une fille en 1996 ; le couple a divorcé en 2000. Elle s'est par la suite mise en ménage avec un compatriote, dont elle a eu un garçon en 2003. Elle est domiciliée dans le canton de Genève.
2. En 2005-2006, l'assurée a été hospitalisée de jour durant six à sept mois au Centre de Thérapie Brève, à la suite d'attaques de panique et d'idées suicidaires.
3. En 2014-2015, dans le contexte d'une récurrence de cancer de sa mère, de difficultés de couple, de tensions avec sa fille et de remarques, pressions et railleries ressenties comme du harcèlement psychologique sur sa place de travail, l'assurée a présenté une symptomatologie anxieuse et dépressive, ayant conduit à une prise en charge médicale et psychiatrique et à des arrêts de travail pour cause de maladie à 100 % depuis le 4 mars 2015.
4. Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : Allianz) a pris le cas en charge, par le versement en faveur de l'assurée d'indemnités journalières perte de gain.
5. Le 23 septembre 2015, l'assurée a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Comme atteintes à la santé, elle a invoqué une baisse de vision et une opération de la cataracte aux deux yeux, une perte de moral, une incapacité de s'organiser, une peur de sortir de chez elle et une envie de mourir, depuis l'année 2007 environ. Son médecin généraliste traitant était la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne, sa psychiatre la docteure D_____, et son ophtalmologue le docteur E_____.
6. Fin septembre 2015, l'OAI a requis et obtenu d'Allianz une copie du dossier constitué auprès de cette dernière concernant l'assurée.
7. Ledit dossier comportait notamment un rapport d'expertise du 3 juin 2015 établi à la demande d'Allianz par le docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, assisté de la psychologue du travail G_____.

Après une partie introductive (dont ressortent que l'expert psychiatre avait rencontré l'assurée le 2 juin 2015 et que diverses mesures psychométriques ont été prises [échelle quantitative des performances intellectuelles, Matrices de RAVEN, questionnaires DETA et AUDIT pour objectiver la consommation d'alcool, échelle quantitative de la dépression de HAMILTON pour l'évaluation des symptômes

dépressifs, échelle des troubles de l'humeur HIRSCHFELD pour l'évaluation des symptômes des troubles bipolaires, échelle d'estimation de la sévérité de la manie de YOUNG, échelle quantitative de l'anxiété de HAMILTON pour l'évaluation des symptômes anxieux, échelle CGI de gravité et d'amélioration clinique de GUY), ce rapport résume le dossier médical (à savoir un rapport médical du 20 avril 2015 de la Dre H_____, qui diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique [F33.11] et un syndrome vertigineux en évaluation, mentionnait le traitement prescrit, soit un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré d'orientation cognitive-comportementale deux à trois fois par mois, associé à un traitement médicamenteux psychotrope en augmentation progressive, et retenait une incapacité de travail de 100 % depuis le 4 mars 2015), et relate l'anamnèse personnelle, professionnelle et sociale de l'assurée ainsi que son anamnèse médicale (dont ne ressortait aucune pathologie somatique alors à l'origine de limitations fonctionnelles, mais étaient notées une embolie pulmonaire en 2003 et une intervention chirurgicale des cataractes aux deux yeux).

Le rapport d'expertise fait ensuite mention des plaintes spontanées de l'assurée (vertiges, crises d'angoisse, mobbing subi, échec à « surmonter tout cela », diminution de l'estime de soi, sentiment d'être « une moins que rien ») et de ses plaintes sur demande (tristesse, troubles de la concentration, angoisse, décès récent d'un ami et collègue ; l'expert en retenait pas d'anhédonie, les symptômes à cet égard étant en diminution progressive depuis quelques semaines). Il aborde le retentissement des plaintes dans divers secteurs : dans les activités de la vie quotidienne et le ménage (il n'y en avait aucun d'un point de vue psychiatrique, hormis une fatigue et une labilité thymique), dans les relations sociales (l'assurée avait maintenu de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et quelques amis qui la soutenaient régulièrement), dans les activités nécessitant de la concentration (la concentration et les capacités cognitives étaient pleinement conservées cliniquement, ce que contredisaient les résultats obtenus au test des matrices de RAVEN, résultats attribués par l'expert à une exagération des plaintes cognitives, alors pas objectivables cliniquement au niveau d'une déficience mentale) et dans une éventuelle activité professionnelle (l'assurée se montrait ambivalente quant à une reprise d'activité professionnelle, à la fois souhaitée et crainte ; l'expert ne retenait pas de répercussions des plaintes sur une reprise professionnelle, progressive et décalée dans le temps).

Le rapport d'expertise relate le status clinique de l'assurée. Au chapitre de la présentation générale et du contact avec l'assurée, l'expert notait : une obésité, une hygiène impeccable, une démarche normale, une bonne compliance aux questions, des propos structurés et compréhensibles, pas de ralentissement psychomoteur ni d'agitation, mais des tremblements, une mimique adéquate, un visage expressif avec une thymie légèrement abaissée, une voix d'intensité normale, susceptible d'être modulée en fonction des sujets abordés et des émotions vécues, un cours de la pensée normal, pas de trouble formel de la pensée, pas de barrages, pas d'attitude d'écoute d'éventuelles hallucinations auditives, pas de positions antalgiques ni de

mimique algique. Concernant l'examen neurocognitif, l'expert relevait : à l'examen clinique, une expertisée parfaitement éveillée, bien orientée dans l'espace et le temps, pas de troubles attentionnels et mnésiques objectivables ; l'examen psychométrique suggérait une exagération des plaintes cognitives. S'agissant des substances (alcool, stupéfiants, médicaments non prescrits), au regard de l'anamnèse, de l'examen clinique et de l'examen psychométrique, il n'y avait pas d'élément plaidant en faveur d'une consommation excessive (ni d'un sevrage) ; l'assurée fumait deux à trois cigarettes par jour. L'entretien d'expertise n'avait pas mis en évidence de symptômes de la lignée psychotique (hallucinations visuelles ou auditives, idées délirantes, bizarreries, troubles du langage) et permis d'exclure la présence d'un trouble psychotique ; aucun élément objectif ne révélait la présence de symptômes psychotiques actuels ou passés.

Au chapitre de l'humeur, l'expert estimait que si deux des trois critères majeurs de la dépression avaient été présents dans le passé (la tristesse et la fatigue), il n'était pas possible de retenir un diagnostic d'épisode dépressif au sens de la CIM-10. La tristesse n'était pas présente la plupart de la journée et restait sans répercussions significatives sur les activités de la vie quotidiennes ; l'assurée faisait état de moments de plaisir partagés avec son entourage ; son énergie était en amélioration, sans plus de déficit se répercutant de façon significative sur les activités de la vie quotidienne. Concernant les critères mineurs de la dépression, l'assurée avait une estime de soi basse, des idées de culpabilité fluctuantes ; elle avait une concentration pleinement conservée ; elle avait eu des idées noires (avec, trois semaines plus tôt, un projet de passage à l'acte), mais elle les critiquait et n'exprimait plus de projet de passage à l'acte ; il n'y avait pas de constatations objectives d'un ralentissement ou d'une agitation ; les difficultés d'endormissement évoquées par l'assurée restaient sans répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne et il n'y avait pas de somnolence diurne ; il n'y avait pas de perte d'appétit. Selon l'échelle de dépression de HAMILTON, les symptômes dépressifs actuels révélaient une dépression légère ; et, selon l'échelle d'estimation de la sévérité de la manie de YOUNG, il y avait absence de manie. En conclusion, l'expert retenait la présence de symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif moyen récurrent, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle (l'épisode actuel étant léger).

Au chapitre de l'anxiété, l'examen clinique ne révélait pas d'apparition en quelques minutes d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété sans raison apparente ; il n'y avait pas d'attaque de panique ; il n'y avait pas de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée ; il n'y avait pas de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif, ni de pensées intrusives, ni de comportement compulsif, ni de phobie simple, ni d'état de stress post-traumatique. L'examen psychométrique, selon l'échelle d'anxiété de HAMILTON, montrait une anxiété globale mineure. En conclusion, l'expert ne retenait pas la présence de troubles anxieux spécifiques, les symptômes résiduels

s'inscrivant dans le contexte d'un épisode dépressif moyen récurrent en rémission partielle.

L'assurée n'avait pas de plaintes douloureuses persistantes sans substrat organique.

Elle ne présentait pas, de longue date, de comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait d'exclure la présence d'un trouble de la personnalité. Elle avait des traits de la personnalité émotionnellement labile qui n'étaient alors pas décompensés.

L'expert excluait un trouble de l'adaptation, l'état de perturbation émotionnelle présenté par l'assurée se situant dans le contexte d'un épisode dépressif moyen.

En conclusion, l'expert posait le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen récurrent avec syndrome somatique (F33.11), alors en rémission partielle, donc d'épisode dépressif léger (F33.0), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, de traits de la personnalité émotionnellement labile qui n'étaient alors pas décompensés (Z73.1), de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance de type utilisation continue (F17.25). L'élément déclencheur de l'épisode dépressif moyen avait été une surcharge personnelle et professionnelle selon l'anamnèse ; le mécanisme entretenant les troubles psychiques était vraisemblablement constitué par des avantages asséurologiques, en lien avec un déconditionnement en cours d'aggravation et avec le fait que l'assurée préférait avoir plus de temps pour passer de bons moments avec son entourage plutôt qu'être confrontée à un emploi vécu comme étant difficile ou à la recherche d'un nouvel emploi à un âge avancé. L'assurée présentait uniquement des symptômes anxieux et dépressifs résiduels sans limitations fonctionnelles significatives ; elle avait, par le passé, présenté une fatigue et une tristesse significatives, avec des troubles de la concentration et un ralentissement psychomoteur selon l'anamnèse ; une reprise professionnelle immédiate était déconseillée dans le contexte d'une labilité émotionnelle, d'une fatigue, de symptômes dépressifs résiduels et d'un déconditionnement. Sa capacité de travail serait la même dans son activité habituelle, qui était une activité adaptée, ou auprès d'un autre employeur ou au chômage. Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, y compris du déconditionnement, d'un risque de rechute éventuel et des symptômes anxieux et dépressifs résiduels, l'expert considérait que la capacité de travail médico-théorique de l'assurée dans son activité habituelle était nulle jusqu'au 30 juin 2015, de 50 % du 1^{er} au 31 juillet 2015 et de 100 % dès le 1^{er} août 2015. En cas de rechute dépressive ou d'une décompensation de ses traits de la personnalité émotionnellement labile, une hospitalisation psychiatrique devrait être envisagée et les arrêts maladie être poursuivis ; il existait un risque de rechute plus important en cas de reprise d'activité auprès de son employeur actuel ; si elle démissionnait, sa capacité de travail serait plus rapidement pleine et entière auprès d'un autre employeur ou du chômage, avec un risque de rechute moindre.

L'expert se tenait à la disposition du médecin traitant et de la psychiatre traitante pour un consilium en cas de besoin.

8. Par courrier du 11 juin 2015, Allianz, faisant référence aux conclusions de l'expert F_____, a prié l'assurée de tout mettre en œuvre pour tenter la reprise progressive de son activité professionnelle que celui-ci estimait possible, et l'a informée qu'elle verserait « les indemnités journalières en conséquence ». Pour le mois de juillet 2015, Allianz n'a versé des indemnités journalières perte de gain en faveur de l'assurée qu'à hauteur de 50 %.
9. D'après un rapport du 23 juillet 2015 de la Dre H_____ à Allianz, l'évolution clinique de l'assurée s'était péjorée de façon importante depuis la mi-juin 2015, de façon aggravée par les difficultés familiales et la perception très persécutrice de son travail ; l'assurée était eseuulée après le départ en vacances de son compagnon et de leur fils, déstabilisée par ses pensées rabaissantes et par son impossibilité de « rebondir de ses malheurs, comme auparavant », d'où des idées noires et une importante négligence. Aussi avait-elle été hospitalisée à la clinique genevoise de Montana. Au début du mois de juillet, elle avait appris son licenciement. L'humeur, les capacités cognitives et motivationnelles étaient à la baisse ; l'assurée se renfermait chez elle, incapable de se motiver et de faire des projets d'avenir. Elle restait en incapacité de travail à 100 % en juillet et août 2015, mais sa situation était en évaluation rapprochée et permanente. Ledit médecin disait n'avoir pour l'instant pas d'autres observations à faire.
10. À teneur d'une lettre de sortie du 17 août 2015 signée par les Drs I_____ et J_____, respectivement médecin-chef et médecin-interne, l'assurée a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 23 juin au 9 juillet 2015, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode alors sévère à titre de diagnostic principal, ainsi que d'un déconditionnement général, d'un probable syndrome d'apnée du sommeil modéré et d'une dénutrition protéino-énergétique légère, à titre de diagnostics secondaires.

L'examen clinique d'entrée avait mis en évidence une obésité sur le plan somatique, et sur plan psychique, une thymie triste, un sentiment de dévalorisation et de honte, des angoisses envahissantes, une aboulie, une anédonie, une tendance à la clinophilie, une dysmorphophobie, des restrictions alimentaires, un sommeil complètement perturbé avec des troubles de l'endormissement et des réveils précoces, du pessimisme face à l'avenir, des idées noires, des idées suicidaires fluctuantes non scénarisées, mais une capacité à faire appel à l'aide en cas de détresse et pas d'élément de la lignée psychotique.

Du point de vue psychologique, l'assurée avait bénéficié d'un cadre structurant et rassurant, d'un espace de parole, d'une écoute active et d'une bienveillance de l'équipe soignante, ce qui avait permis une diminution de ses angoisses et de ses idées noires ; elle avait retrouvé confiance en elle, une envie de faire des choses et une conscience de l'importance de faire quelque chose pour elle. Elle avait suivi un traitement médicamenteux. Un examen avait suggéré un syndrome d'apnée du

sommeil modéré, diagnostic devant être confirmé par une polysomnographie. L'assurée avait été prise en charge d'un point de vue diététique, dans le but de définir un cadre alimentaire lui permettant de perdre du poids. Elle s'était montrée motivée et régulière à la physiothérapie, associée à des thérapies de détente et de reconditionnement.

11. Considérant que la Dre H_____ avait justifié la prolongation de l'incapacité de travail de l'assurée, Allianz, sur préavis de son médecin-conseil, a repris le versement de ses prestations en faveur de l'assurée, à 100 % rétroactivement depuis juillet 2015, ainsi qu'elle en a informé le 21 septembre 2015 Assista Protection Juridique SA, s'étant constituée pour l'assurée.
12. À teneur d'un courrier du 6 octobre 2015 du Dr E_____ à l'OAI, l'assurée avait été opérée de la cataracte des deux côtés et portait des lentilles intraoculaires multifocales. Ledit médecin avait procédé à une capsulectomie au laser dans les deux yeux suite à une cataracte secondaire bilatérale et obtenu un très bon résultat avec une vision de 9/10 des deux côtés sans correction. Le status ophtalmologique était dans la norme, hormis quelques condensations vitréennes.
13. Répondant le 6 octobre 2015 à un questionnaire de l'OAI, l'employeur a indiqué qu'il avait résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 août 2015 pour cause d'absence de longue durée. Le dernier jour de travail effectif de l'assurée avait été le 3 mars 2015. L'assurée avait travaillé à raison de quarante heures par semaine.
14. Dans un rapport médical en vue d'une éventuelle « intégration professionnelle AI » qu'elle a retourné le 9 novembre 2015 à l'OAI, la Dre H_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était de 0 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il n'était pas possible de donner une date précise d'un début d'aptitude à la réadaptation. Au titre des limitations fonctionnelles, elle a mentionné que l'assurée, dans un contexte dépressif sévère et d'épuisement physique, était en perte de confiance dans ses capacités et en manque de projet soutenant d'avenir, qu'elle présentait une diminution inquiétante de la vision malgré les interventions chirurgicales, et que ses capacités d'attention, de concentration et de motivation étaient limitées. L'assurée souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'un trouble dépressif récurrent, épisode alors sévère sans syndrome psychotique (F33.2) depuis 2006, d'un syndrome d'apnée du sommeil en évaluation depuis 2014 et d'une cataracte bilatérale depuis 2008, ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, d'une personnalité dépendante, en évaluation, depuis l'adolescence et d'un status post embolie pulmonaire en 2003.

Au chapitre de l'anamnèse, la psychiatre traitante a relevé que l'anamnèse familiale personnelle de l'assurée était non contributive pour les pathologies psychiatriques. L'anamnèse professionnelle faisait ressortir que depuis le début de l'année 2015 – une dizaine d'années après un précédent important épisode dépressif –, une surcharge professionnelle ajoutée à une situation familiale complexe, à un mobbing ainsi qu'à un récent licenciement représentaient un facteur de vulnérabilité important, aggravant énormément son état de santé. L'évolution était fluctuante,

avec des périodes de péjoration, des aggravations de l'anxiété, de ralentissements psychiques, de manque de raisons de vivre et de réapparition d'idées de mourir, et, malgré une bonne collaboration aux soins et la participation active en thérapie, l'évolution psychique était instable, au point d'avoir nécessité une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana. L'assurée s'enfonçait dans un manque d'espoir en l'avenir et n'arrivait pas à croire à l'existence d'alternatives professionnelles ; sa crainte était que sa vue ne lui permette plus de travailler dans l'horlogerie et que la situation se péjore encore davantage avec les années. Elle présentait un manque de motivation dans la gestion du quotidien, une perte de courage dans ses capacités, un manque de plaisir d'être dans des situations sociales et une préférence à s'isoler et à rester chez elle. L'anxiété était présente chaque fois qu'elle pensait à son travail dans l'horlogerie, quand elle était seule et avant d'être confrontée à autrui, y compris de son cercle familial. Malgré son défaitisme et la présence transitoire d'idées suicidaires, il n'y avait pas d'évidence de comportement auto-dommageable ; l'assurée arrivait à demander de l'aide et du soutien dans sa détresse. Sa capacité d'introspection était faible, son discours concentré sur ses souffrances physiques, la perte de plaisir de travailler et la perte de ses loisirs. Il n'y avait pas de signe clinique de rupture de contact avec la réalité, ni de symptôme hallucinatoire. L'assurée n'abusait pas de toxiques ni de médicaments. Elle se montrait hypersensible émotionnellement, avait un sommeil superficiel, souvent entrecoupé et un endormissement difficile à cause de ses ruminations culpabilisantes, ce qui causait une fatigue chronique et de la somnolence dans la journée. Elle craignait de perdre son indépendance financière.

D'après la Dre H_____, le pronostic était défavorable ; la reprise d'une activité professionnelle était en l'état impossible, mais elle exprimait le souhait de retourner dans le monde du travail, et ladite psychiatre l'encourageait à accepter un accompagnement plus poussé dans l'évaluation de ses compétences professionnelles.

L'assurée bénéficiait d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, orienté sur l'évaluation et le renforcement de ses capacités émotionnelles, la stimulation à dépasser la période difficile qu'elle vivait pour regagner confiance dans une vie plus active et plus indépendante. Elle avait aussi besoin d'un traitement médicamenteux psychotrope, réactualisé à de multiples reprises suite au constat d'effets secondaires ou à un manque d'efficacité.

En conclusion, d'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible, et son rendement était réduit ; des mesures médicales étaient susceptibles de réduire ses limitations professionnelles, mais il apparaissait douteux qu'elle puisse, à court et moyen termes, retrouver le courage de se remettre en situation plus active ; il était impossible de définir avec certitude une date de reprise possible d'une activité professionnelle. Ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées.

À ce rapport de la Dre H_____ était jointe la lettre de sortie précitée de la clinique genevoise de Montana du 17 août 2015.

15. Le 9 novembre 2015, dans un avis de la cellule de tri de l'OAI, la Dre K_____, médecin auprès du SMR (ci-après : SMR), a relevé que l'assurée n'était plus sous contrat de travail, celui-ci ayant pris fin le 31 août 2015, et que son incapacité totale de travail remontait au 4 mars 2015, mais que sa capacité fonctionnelle exigible était de 100 % dès le 1^{er} août 2015, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles significatives, selon le rapport d'expertise psychiatrique du Dr F_____ du 3 juin 2015.
16. Le 15 novembre 2015, répondant à un questionnaire de l'OAI, la Dre C_____ a émis l'avis que la capacité de travail exigible de l'assurée était de 0 % dans son activité habituelle et d'environ 50 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} décembre 2015, et que ces limitations fonctionnelles consistaient en des troubles de l'attention et des difficultés de concentration. La cause de son incapacité de travail était un trouble dépressif majeur récurrent ; ledit médecin traitant notait, sans effet sur la capacité de travail, une obésité et des syndromes d'apnée du sommeil modérés. L'assurée ne devait pas exercer des activités professionnelles uniquement en position debout, ni en position accroupie et/ou à genou, ni soulever et porter des poids de plus de 5 kg, ni monter sur un échafaudage.
17. Par un projet de décision du 17 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui refuserait toute prestation de l'AI, pour le motif qu'elle avait été en incapacité de totale de travail du 4 mars 2015 au 31 juillet 2015, et avait retrouvé une capacité de travail entière dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2015, si bien que le délai d'attente d'une année n'était pas échu. Des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être. Des observations pouvaient être faites à l'endroit de ce projet de décision dans un délai de trente jours.
18. Le 19 novembre 2015, Allianz a informé l'OAI que l'assurée était toujours en arrêt de travail et que suite aux renseignements médicaux fournis par le médecin traitant, le médecin conseil d'Allianz avait justifié le prolongement de l'arrêt de travail dès le 1^{er} août 2015. Une nouvelle expertise médicale était prévue le 17 décembre 2015 auprès du Centre d'expertises médicales de Nyon (ci-après : CEMed). Allianz invitait l'OAI à revoir la position exprimée dans le projet de décision précité.
19. Selon une note de travail de l'OAI du 2 décembre 2015, l'assurée avait informé ce dernier qu'elle s'opposait au projet de décision précité, en faisant référence au courrier précité d'Allianz du 19 novembre 2015. Par un courriel du même jour, l'assurée a confirmé à l'OAI son opposition communiquée téléphoniquement.

Par courrier du 4 décembre 2015, Assista Protection Juridique SA a également fait part de l'opposition de l'assurée au projet de décision précité, également par référence au courrier précité d'Allianz du 19 novembre 2015 et en demandant à pouvoir compléter ses observations avoir pris connaissance du dossier.

20. Par courrier du 14 décembre 2015, l'OAI a informé Assista Protection Juridique SA qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier de l'assurée, et que le cas échéant après des mesures d'instruction complémentaires, il rendrait une décision sujette à recours.
21. Le 27 janvier 2016, en réponse à une demande d'Assista Protection Juridique SA faite par courrier du 25 janvier 2016, l'OAI a indiqué être dans l'attente du rapport d'expertise médical ayant été mise en œuvre par Allianz.
22. Le Dr L_____, psychiatre psychothérapeute FMH auprès du CEMed a rendu son rapport d'expertise psychiatrique concernant l'assurée le 8 février 2016 (rapport qui a été transmis en copie à l'OAI le 1^{er} mars 2016).

Ledit expert avait rencontré l'assurée le 17 décembre 2015, après avoir lu attentivement le dossier et son résumé établi par un médecin ne participant pas aux examens.

Ce rapport d'expertise comporte, sur une page, l'analyse du dossier, à savoir du rapport de la Dre H_____ du 20 avril 2015, du rapport d'expertise du Dr F_____ du 3 juin 2015 et du rapport de la Dre H_____ du 22 juillet 2015. Il relate ensuite, sur plus de trois pages, les données communiquées par l'assurée (données subjectives), à savoir son histoire médicale actuelle, ses plaintes actuelles, ses activités quotidiennes, ses habitudes, les médicaments qu'elle prenait et les médecins qu'elle consultait. Il se poursuit par l'indication, sur près de deux pages, des données personnelles, familiales et socio-professionnelles de l'assurée. Il relate ensuite sur une page les données objectives, à savoir le status psychique de l'assurée. Cette dernière, qui se déplaçait sans difficulté, n'avait pas de plainte algique particulière, mais des plaintes somatiques revenaient souvent, avec la description de vertiges responsables par le passé de chutes sur son lieu de travail et de difficultés au réveil le matin. Elle s'exprimait bien en français, avait une bonne compréhension des questions et donnait généralement des réponses informatives (moins cependant concernant la description des conflits au travail). Elle était orientée normalement dans les trois modes et ne présentait pas de trouble de la vigilance ; l'expert n'avait pas observé de trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, mais des capacités d'élaboration psychique assez faibles. L'assurée était surtout très plaintive, réitérant sa conviction qu'elle ne retrouverait pas de travail. Initialement très anxieuse, elle s'était montrée par la suite de l'entretien plus détendue, avec cependant des comportements « à la limite un peu passifs-agressifs ». Une émotivité marquée avait persisté quasiment durant tout l'entretien, essentiellement lors de l'évocation de sa situation actuelle, mais beaucoup moins lorsque l'entretien portait sur d'autres sujets, dont l'anamnèse. L'assurée ne présentait pas de fatigue particulièrement visible, ni de ralentissement psychomoteur. Son faciès exprimait le plus souvent de la tristesse, mais le dynamisme était conservé. Elle ne présentait pas d'élément maniaque ni d'élément psychotique, et elle n'avait pas d'attitude d'écoute ni de phénomène de barrage de

la pensée. Elle n'était pas projective, ni interprétative, ni défiante. Sa collaboration était relativement bonne.

Au titre de la synthèse et de la discussion, l'expert L_____ a rappelé l'histoire médicale de l'assurée, puis évoqué sa situation actuelle, avant de faire part de ses conclusions. Sur la base des éléments anamnestiques et de l'observation de l'assurée, les plaintes de cette dernière apparaissaient globalement plus importantes que les constatations objectives. Le monitoring thérapeutique montrait des taux infrathérapeutiques tant pour la duloxetine que pour l'escitalopram, ce qui paraissait pouvoir s'expliquer par la faiblesse des doses prescrites. L'expert retenait un trouble dépressif récurrent dont l'épisode était alors léger, sans symptôme somatique (F 33.00), trouble accompagné d'un trouble panique (F 41.0) dont la sévérité était moyenne, et n'empêchait pas les déplacements ni n'était associé à des cognitions agoraphobes. L'assurée avait probablement une structure de personnalité dépendante (F 60.7) avec des comportements passifs. Une augmentation de la dose d'un médicament (le Cymbalta) devait permettre d'obtenir un état de rémission du trouble dépressif récurrent. Les affections présentées n'avaient plus un degré de gravité susceptible de justifier une incapacité de travail. L'assurée était tout à fait apte en vue d'une inscription au chômage. Elle avait une appréhension à réintégrer le marché de l'emploi, alors qu'elle avait travaillé dans différents domaines, comme caissière, femme de ménage ou de chambre, dans le domaine de la petite enfance ou auprès de personnes âgées, et dans l'horlogerie. L'expert L_____ a encore noté que sa tentative de s'entretenir avec la psychiatre H_____ n'avait pas abouti, cette dernière ne l'ayant pas rappelé suite au message laissé sur son répondeur téléphonique.

23. Dans un avis médical du 17 mai 2016, le Dr M_____, médecin auprès du SMR, a fait un bref résumé du dossier et conclu qu'il y avait une cohérence entre les deux expertises psychiatriques réalisées, respectivement par le Dr F_____ et le Dr L_____, tant sur le diagnostic (épisode dépressif) que sur la capacité de travail totale de l'assurée. Aussi convenait-il de maintenir les conclusions de l'avis de la cellule de tri du 10 novembre 2015.
24. Par décision du 19 mai 2016, l'OAI a refusé à l'assurée toute prestation de l'AI. Selon ses constatations, l'assurée avait retrouvé une capacité de travail entière dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2015, si bien que le délai d'attente d'une année n'était pas échu. Les éléments médicaux produits à la suite de la contestation du projet de décision du 17 novembre 2015 n'avaient apporté aucun fait nouveau permettant de modifier la précédente appréciation faite par l'OAI. Recours pouvait être formé contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice dans un délai de trente jours.
25. Par acte du 20 juin 2016, désormais représentée par un avocat, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales contre la décision précitée de l'OAI du 19 mai 2016, en demandant l'octroi d'un délai pour compléter le recours, mais en concluant d'ores et déjà à l'annulation de ladite décision et au constat qu'elle

était invalide à raison d'un taux à déterminer, mais d'au moins 40 %. Elle contestait toute force probante aux deux expertises réalisées par Allianz, fonctionnant en qualité d'assureur perte de gain maladie ; il s'agissait d'expertises de parties et non d'expertises administratives réalisées par un assureur social. De plus, même l'assurance perte de gain maladie s'était écartée des conclusions de l'expertise du Dr F_____, puisqu'elle avait alloué des prestations durant plus de six mois après la date du 1^{er} août 2015 retenue par cet expert pour une reprise du travail. Quant au rapport d'expertise du Dr L_____, il était lacunaire, car il ne prenait pas en compte l'ensemble du tableau clinique ressortant des rapports de la Dre H_____. Son appréciation concernant l'absence d'incapacité de travail de l'assurée n'était pas motivée. La psychiatre traitante estimait que celle-ci souffrait d'une totale incapacité de travail, appréciation partagée par le médecin généraliste traitant de l'assurée.

À son recours, l'assurée a joint un rapport médical du 14 juin 2016 de la Dre H_____, s'y présentant comme la psychiatre traitante de l'assurée « depuis plusieurs années », et aux termes duquel, depuis son précédent rapport médical, l'assurée présentait une évolution psychique fluctuante et une péjoration dépressive marquée, possiblement à mettre en lien avec les efforts lui étant imposés par les démarches professionnelles qu'elle avait dû faire dernièrement. L'assurée vivait mal cette période, en anticipant d'une manière anxiogène le lendemain, se sentant délaissée, en incapacité d'assumer seule la situation, en ayant une nette perte de confiance dans ses capacités physiques et psychiques. L'échec et l'impossibilité d'un retour à son ancien travail avaient eu un impact négatif sur la représentation générale de l'assurée, induisant une aggravation des somatisations douloureuses, des troubles du sommeil, des tensions musculaires et des blocages articulaires. L'assurée était continuellement triste, se culpabilisait et se sentait diminuée, rabaissée à ses propres yeux et « inutile » devant sa famille. Le constat de l'état psychique de l'assurée était peu encourageant ; celle-ci était en réelle difficulté dans son quotidien, restait hypersensible émotionnellement, affaiblie et limitée dans ses actions et ses déplacements. Malgré un suivi régulier, bien investi et une constante compliance au traitement, le résultat était peu satisfaisant. La médication psychotrope avait été améliorée à plusieurs reprises, et la psychothérapie actuelle était de soutien. La Dre H_____ indiquait en conclusion appuyer pleinement la demande d'une réévaluation et d'une réorientation professionnelle faite par l'assurée.

26. L'assurée a complété son recours précité par mémoire du 27 juillet 2016.

Les appréciations de l'OAI et du SMR se fondaient uniquement sur les expertises sollicitées par l'assureur perte de gain maladie, soit sur des expertises de parties, dépourvues de valeur probante mais équivalentes à de simples rapports médicaux. Le diagnostic formulé, soit le trouble dépressif récurrent, était commun à tous les médecins intervenus dans ce dossier, et seule la sévérité de l'épisode actuel était discutée.

L'expert F_____ n'avait rencontré l'assurée qu'à une seule reprise, le 2 juin 2015, et il s'était écarté sans motivation des diagnostics ressortant des tests effectués, en retenant que les troubles de la concentration diagnostiqués par ces derniers tenaient à une exagération des plaintes cognitives de l'assurée, et il ne s'était penché que de manière succincte sur son trouble de la personnalité. La valeur probante du rapport d'expertise du Dr F_____ avait été relativisée par Allianz, de l'analyse duquel le médecin conseil s'était lui-même écarté en prolongeant l'incapacité de travail pleinement justifiée de l'assurée. Il n'y avait dès lors pas lieu de retenir que cette dernière était en pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2015. Les éléments médicaux produits ultérieurement à ladite expertise – notamment le rapport de la clinique genevoise de Montana et les rapports des Dres H_____ et C_____ – relevaient une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Le SMR avait rendu son avis du 9 novembre 2015 sans tenir compte de cette évolution, sur la base du seul rapport du Dr F_____.

Quant à l'expertise du Dr L_____, elle avait été établie sans contact avec la psychiatre traitante et la généraliste traitante de l'assurée et, quand bien même cette dernière avait un état psychique qualifié de fluctuant, seul un seul entretien était intervenu pour l'établissement de cette expertise. Le rapport d'expertise comportait des contradictions : des troubles mnésiques et la nécessité de prendre plus de temps pour comprendre étaient relevés, mais aucun trouble cognitif majeur ni de ralentissement psychomoteur n'était retenu ; une fatigue constante, des endormissements diurnes, une augmentation de la fatigabilité, une latence d'endormissement et des réveils toutes les nuits deux à trois fois étaient notés, mais l'expert évoquait un sommeil relativement réparateur et retenait que l'assurée pouvait se mobiliser le matin ; une fluctuation de l'état psychique, une absence d'envie, des idées suicidaires, un sentiment de dévalorisation, des ruminations, des épisodes d'anxiété paroxystiques, une grande émotivité, une fatigue et une tristesse constante, une capacité réduite à éprouver du plaisir, un sommeil perturbé étaient notés par l'expert, mais celui-ci retenait que l'assurée ne présentait pas d'affections suffisamment sévères pour impacter sa capacité de travail. L'expert L_____ n'avait pas non plus examiné les troubles de la concentration de l'assurée, ressortant pourtant des rapports des Dres C_____ et H_____.

27. Par mémoire du 29 août 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il avait suivi les conclusions des experts F_____ et L_____, dont les rapports d'expertise satisfaisaient aux exigences applicables pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Le SMR avait en outre pris en compte les éléments médicaux apportés postérieurement aux deux expertises, qui ne se trouvaient pas privées de valeur probante du fait de la production de ces éléments. Il n'était pas décisif que l'expert L_____ n'ait pas eu de contact avec la psychiatre traitante de l'assurée (quand bien même il avait essayé de prendre contact sans succès avec elle). La durée de l'entretien de l'expert avec l'assurée n'était pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante d'un rapport d'expertise, ni le fait de n'avoir rencontré l'assurée qu'une seule fois. Quant aux prétendues contradictions figurant dans le rapport

d'expertise du Dr L_____, il s'agissait en réalité d'une confrontation entre les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives de l'expert. Les diagnostics avaient été posés dans les règles de l'art. L'assurée n'avait, à l'appui de son recours, apporté aucun élément médical objectivement vérifiable susceptible de mettre en cause la validité des rapports d'expertise précités. Le SMR avait rendu un nouvel avis, le 23 août 2016, aux termes duquel les éléments apportés par le recours n'étaient pas susceptibles de modifier sa précédente appréciation.

À cette réponse au recours était joint l'avis médical du 23 août 2016 de la Dre N_____, médecin auprès du SMR. Dans son rapport du 14 juin 2016, la Dre H_____ indiquait à tort qu'elle était la psychiatre traitante de l'assurée « depuis plusieurs années » alors qu'elle suivait l'assurée depuis la fin mars 2015, et elle évoquait à nouveau une évolution fluctuante avec péjoration en lien avec les efforts imposés par les démarches professionnelles en cours au niveau du chômage, élément clinique déjà décrit dans son rapport médical de novembre 2015, sans indication démontrant une aggravation manifeste de l'état de santé, mais plutôt une persistance d'une situation similaire. Quant à elles, les informations transmises par Allianz les 21 septembre et 19 novembre 2015 avaient été prises en compte par l'expert L_____, qui n'avait toutefois pas objectivé l'aggravation alléguée par la psychiatre traitante, mais affirmé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail et relevé que des bénéficiaires secondaires sous-tendaient de façon prépondérante une poursuite d'incapacité totale de travail pourtant non justifiée sur le plan médical.

28. Dans une réplique du 22 septembre 2016, l'assurée a repris les motifs exposés dans son recours et son complément de recours, et persisté dans les termes et conclusions de ce dernier.
29. Par duplique du 13 octobre 2016, l'OAI a maintenu intégralement les termes et conclusions de sa précédent écriture. La jurisprudence citée par l'assurée n'était pas pertinente dans le cas d'espèce.
30. Le 7 novembre 2016, l'assurée a indiqué à la chambre des assurances sociales n'avoir pas d'observations complémentaires à formuler, la duplique de l'OAI n'apportant pas d'éléments nouveaux. Elle persistait dans les conclusions de son recours.
31. La chambre des assurances sociales a communiqué cette écriture à l'OAI le 8 novembre 2016.
32. Par courrier du 23 mars 2017, l'assurée a indiqué à la chambre des assurances sociales qu'elle persistait aussi dans ses conclusions préalables tendant à l'ouverture d'enquêtes et l'audition de la Dre H_____.

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), 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).

Déposé le 20 juin 2016 contre une décision du 19 mai 2016, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA).

c. Le recours sera donc déclaré recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss).

En matière d'AI, la législation prévoit notamment que les offices AI ont, au nombre de leurs attributions, celle de se prononcer sur le droit des assurés aux prestations de l'AI (art. 57 LAI), dont celle d'évaluer l'invalidité (art. 57 let. f LAI), et qu'il leur faut s'organiser de manière à remplir leurs tâches avec compétence et efficacité, dans le respect du droit (art. 59 al. 1 LAI), notamment en mettant en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (art. 59 al. 2 LAI), à leur

disposition pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 59 al. 2bis LAI). À propos de l'instruction des demandes, l'art. 69 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise notamment que les offices AI réunissent les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé des requérants, leur activité, leur capacité de travail et leur aptitude à être réadaptés ; ils peuvent exiger des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, convoquer les assurés à des entretiens.

De leur côté, les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

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 ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (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 ; 122 V 157 consid. 1d).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4c). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. 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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

S'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue en l'espèce le 23 septembre 2015, le droit applicable est en l'espèce le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision], entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss).

Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité.

b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss).

Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

c. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de

rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé.

c/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (dont l'anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait

personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

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).

c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. a. En l'espèce, la recourante dénie toute valeur probante aux rapports d'expertise psychiatrique établis respectivement le 3 juin 2015 par le Dr F_____ et le 8 février 2016 par le Dr L_____ pour le motif qu'ils avaient été établis à la demande d'une partie, en l'occurrence de l'assureur perte de gain maladie.

Dans le domaine de l'assurance perte de gain maladie régi par des contrats d'assurance soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1), et le contentieux y relatif au code de procédure civile du

19 décembre 2008 (CPC - RS 272), la jurisprudence retient qu'une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC mais doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 ; arrête du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1). Cette jurisprudence s'appuie sur des considérations de nature procédurale, propres à une matière et à un contentieux soumis respectivement à la LCA et au CPC. Elle ne sous-entend nullement que, par définition, toute expertise effectuée à la demande d'un assureur perte de gain maladie serait dépourvue de pertinence. Un assureur social, tel l'intimé, peut fort bien en tenir compte, de même que le juge, pour rendre respectivement une décision et un jugement dans leur domaine de compétence, étant précisé qu'il leur incombe de vérifier que, d'un point de vue formel et matériel, ils satisfont aux exigences posées de façon générale pour qu'une valeur probante puisse leur être attribuée, à savoir qu'ils reposent sur une étude fouillée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées, aient été établis en pleine connaissance du dossier (dont l'anamnèse), indiquent clairement les éventuelles interférences médicales et comportent des conclusions bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

L'intimé pouvait donc, à ces conditions, fonder sa décision sur les deux rapports d'expertise considérés.

b. Il est indéniable que ces derniers comportent tous deux, d'un point de vue formel, toutes les rubriques devant figurer dans des rapports d'expertise (en l'occurrence psychiatrique). Ils résument l'un et l'autre le dossier médical de la recourante, relatent son anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et médicale, indiquent ses plaintes subjectives, font mention des données objectives recueillies (constats résultant d'examens et de l'observation clinique par l'expert), posent des diagnostics et apprécient l'impact de ces derniers sur la capacité de travail de la recourante.

c. D'un point de vue matériel, le rapport d'expertise du Dr F_____ ne se trouve pas privé de force probante du fait qu'à la suite d'un nouveau rapport médical de la psychiatre traitante et sur préavis du médecin-conseil de l'assureur perte de gain maladie, ce dernier a poursuivi – plus précisément repris rétroactivement – le versement de prestations (soit des indemnités journalières) au-delà du 31 juillet 2015, alors que ledit expert avait conclu, dans son rapport du 3 juin 2015, à une pleine capacité de travail de la recourante dès le 1^{er} août 2015. En effet, ledit expert avait envisagé lui-même qu'une rechute dépressive ou une décompensation de ses traits de la personnalité émotionnellement labile puisse intervenir, auquel cas – avait-il précisé – une hospitalisation psychiatrique devrait être envisagée et « les arrêts maladie poursuivis ».

Après que l'expert F_____ avait rendu son rapport, la recourante avait été licenciée pour le 31 août 2015, et avait été hospitalisée à la clinique genevoise de Montana et sa psychiatre traitante avait émis, le 23 juillet 2015, un rapport médical

attestant d'une totale incapacité de travail alors pour les mois de juillet et août 2015. Dans ces conditions, il apparaissait compréhensible – ceci étant dit quand bien même tel n'est l'objet ni de la décision attaquée ni du recours – que l'assureur perte de gain maladie revienne sur sa décision de cesser le versement des indemnités journalières en faveur de la recourante, sans que cela n'affecte l'autorité de l'appréciation que l'expert avait faite, le 3 juin 2015, d'une reprise de capacité professionnelle progressive à 50 % en juillet 2015, puis à 100 % dès août 2015.

d. Il est en revanche surprenant que le SMR, dans son avis du 9 novembre 2015, et l'intimé, dans son projet de décision du 17 novembre 2015, aient simplement repris les conclusions dans l'intervalle dépassées de l'expert F_____, à savoir que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2015. Cela apparaît ne pouvoir s'expliquer, en l'absence de toute motivation tant de ce préavis que dudit projet de décision, que par le fait que le SMR puis l'intimé n'ont pas prêté attention au fait qu'à teneur du dossier – soit du rapport médical de la psychiatre traitante du 23 juillet 2015 (doc 7 - p. 9) et d'une lettre de l'assureur perte de gain maladie du 21 septembre 2015 (doc 7 - p. 8) – la recourante avait été hospitalisée à la clinique genevoise de Montana vu une péjoration de son évolution clinique, et que l'assureur perte de gain maladie, sur préavis de son médecin-conseil, avait repris le versement des indemnités journalières en sa faveur rétroactivement au 1^{er} août 2015. On comprend en revanche que le SMR ait émis son avis dans l'ignorance du rapport de la psychiatre traitante du 9 novembre 2015, jour même où il a émis son préavis, mais cette compréhension ne saurait s'étendre à l'intimé lui-même, qui ne pouvait, le 17 novembre 2015, ignorer et ne pas évoquer dans son projet de décision le nouveau rapport précité de la psychiatre traitante (enregistré le 12 novembre 2015 auprès de lui).

Sans doute n'était-il pas par principe exclu, en novembre 2015, que la capacité de travail de la recourante doive être tenue pour entière dans toute activité, mais, dans les conditions rappelées ci-dessus, non sans qu'une nouvelle appréciation médicale de sa situation ne soit faite, ce qu'à l'évidence l'avis de la cellule de tri du SMR du 9 novembre 2015 ne constituait pas.

e. L'expertise psychiatrique qu'a effectuée le Dr L_____ du CEMed était propre à répondre à cette question. Et le rapport d'expertise que ce second expert a établi le 8 février 2016 y répond implicitement. Comme l'a relevé le SMR dans son avis médical du 17 mai 2016, il y avait une cohérence entre les deux expertises psychiatriques réalisées, toutefois – doit-on ajouter – des points de vue, pour l'essentiel, des diagnostics posés et d'une pleine capacité de travail reconnue à la recourante, mais pas – faut-il souligner – s'agissant de la date à partir de laquelle cette pleine capacité de travail devait être admise.

L'expert F_____ avait posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen récurrent avec syndrome somatique (F33.11), alors en rémission partielle, donc d'épisode dépressif léger (F33.0), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, de traits de la personnalité émotionnellement

labile qui n'étaient alors pas décompensés (Z73.1), de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance de type utilisation continue (F17.25). De son côté, l'expert L_____ a retenu un trouble dépressif récurrent dont l'épisode était alors léger, sans symptôme somatique (F 33.00), trouble accompagné d'un trouble panique (F 41.0) dont la sévérité était moyenne et n'empêchait pas les déplacements ni n'était associé à des cognitions agoraphobes, ainsi qu'une probable structure de personnalité dépendante (F 60.7) avec des comportements passifs. Comme le relève la recourante elle-même, ces diagnostics sont convergents.

Par ailleurs, les deux experts ont estimé que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (qui était adaptée) et dans toute autre activité. L'expert L_____ n'a cependant pas dit – et son rapport d'expertise ne contient rien qui irait dans ce sens – qu'en réalité tel était le cas dès le 1^{er} août 2015, nonobstant l'avis contraire de la psychiatre traitante du 23 juillet 2015, des Dr I_____ et J_____ de la clinique genevoise de Montana du 17 août 2015 et du médecin-conseil de l'assureur perte de gain maladie. Il ne s'est pas prononcé – et n'avait pas à le faire – sur le point de savoir si le précédent expert avait des raisons suffisantes de fixer prospectivement une reprise d'une pleine capacité de travail au 1^{er} août 2015. Il s'est exprimé au présent lorsqu'il a conclu que les affections présentées par la recourante « n'avaient plus un degré de gravité susceptible de justifier une incapacité de travail ». Si donc – ainsi que cela va encore être examiné – ladite conclusion peut et doit en elle-même être tenue pour justifiée au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est à la date à laquelle l'expert L_____ a rencontré la recourante (soit le 17 décembre 2015) qu'il faut la rapporter, voire à celle à laquelle il a envoyé son rapport (soit le 8 février 2016).

Il n'est pas compréhensible (et peu sérieux) que tant le SMR, dans son avis médical du 17 mai 2016 (et aussi, quoique de façon moins affirmée, dans celui du 23 août 2016), que l'intimé, dans la décision attaquée et ses écritures, aient campé sur la position d'affirmer une reprise d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2015.

Il doit être retenu que la recourante est restée limitée dans sa capacité de travail au-delà du 31 juillet 2015, sans que – pour les motifs exposés plus loin – il y ait lieu de préciser si tel a pu rester encore partiellement et transitoirement le cas aussi au-delà du 17 décembre 2015.

f. Si elle atteste d'un trouble dépressif récurrent en épisode non léger voire sévère au 23 juin 2015, la lettre de sortie de la clinique genevoise de Montana établit une rapide et nette amélioration, en l'espace d'une quinzaine de jours seulement.

De son côté, la généraliste traitante de la recourante reconnaissait à cette dernière, à la mi-novembre 2015, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, au demeurant sans avancer d'éléments objectivables qui justifieraient que la capacité de travail dans l'activité habituelle était alors nulle.

Enfin, la psychiatre traitante de la recourante a certes évalué, le 9 novembre 2015, la capacité de travail de cette dernière à 0 % dans son activité tant habituelle qu'adaptée à des limitations. Force est cependant de relever que son évaluation n'est pas exempte d'une subjectivité, qu'explique peut-être sa qualité de médecin traitant, pris dans une relation thérapeutique rendant difficile de s'extraire des contraintes liées au rapport de confiance caractérisant un tel rapport. Un manque de distance et une tendance à plaider une cause plutôt qu'à établir objectivement des faits pertinents se traduisent notamment par l'affirmation, dans ledit rapport, au titre de limitations fonctionnelles (autrement dit d'un effet négatif sur la capacité de travail), d'une « diminution inquiétante de la vision malgré les interventions chirurgicales », alors qu'à teneur d'un rapport du 6 octobre 2015 l'ophtalmologue avait indiqué avoir procédé à une capsulectomie au laser dans les deux yeux suite à une cataracte secondaire bilatérale et obtenu un très bon résultat avec une vision de 9/10 des deux côtés sans correction, le status ophtalmologique étant dans la norme. On peut aussi citer que ledit médecin force le trait lorsque, dans son rapport du 14 juin 2016, il dit être ladite psychiatre traitante de la recourante « depuis plusieurs années », alors qu'il avait indiqué précédemment l'être depuis la fin mars 2015 (ce qui fait moins de quinze mois).

Il est patent que la psychiatre traitante se montre moins exigeante à l'endroit de la recourante que l'expert quant aux efforts susceptibles d'être attendus de cette dernière, comme cela résulte notamment de son appréciation de l'évolution psychique fluctuante et d'une péjoration dépressive marquée à mettre possiblement en lien avec les efforts imposés à la recourante pour effectuer les démarches professionnelles attendues de cette dernière. Son appréciation tient en un relais des plaintes – par essence subjectives – de la recourante et en une déclaration de soutien aux prétentions de cette dernière à l'endroit de l'AI.

Or, de par son analyse du dossier, l'examen clinique et l'observation de la recourante, l'expert L_____ a fait le constat – sans qu'aucun parti pris de sa part ne soit discernable – que celle-ci était surtout très plaintive, réitérant sa conviction de ne pas pouvoir retrouver du travail, à savoir des plaintes qui apparaissaient globalement plus importantes que les constatations objectives. Sur ce point également, il y a convergence avec les constats de l'expert F_____, qui a retenu une exagération des plaintes.

Ni la psychiatre traitante, ni la généraliste traitante, ni un autre médecin n'avancent en définitive d'éléments objectivement vérifiables que les experts (en particulier le second pour des motifs tenant à la chronologie des événements) auraient ignoré dans le cadre de leur expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en question leurs conclusions (excepté, s'agissant du premier expert, de la date d'une reprise d'une pleine capacité de travail).

g. Les deux experts n'ont rencontré la recourante qu'une seule fois pour établir leur expertise respective. On ne saurait en inférer que leurs constatations et conclusions ne seraient pas fiables. En effet, la qualité et la valeur probante d'un

rapport d'expertise ne dépend pas de façon proportionnelle du temps consacré à l'entretien et à l'observation du comportement de l'expertisé, l'expert devant se forger une opinion sur la base de l'ensemble du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). Il ressort des deux rapports d'expertise considérés en l'espèce que les deux experts ont pris le temps nécessaire pour étudier le dossier de la recourante et rencontrer et observer dûment cette dernière.

h. Les deux rapports d'expertise en question sont exempts de contradictions. Celles que la recourante croit pouvoir discerner dans lesdits rapports – en particulier celui du Dr L_____ – n'en sont pas, car il s'agit en réalité d'une mise en relation de la narration de ses plaintes et de l'indication des constatations objectives faites par les experts.

i. Par appréciation anticipée des preuves, il ne se justifie pas d'effectuer d'autres actes instruction, en particulier d'entendre la psychiatre traitante de la recourante.

j. En conclusion, la chambre de céans retient une pleine force probante aux deux rapports d'expertise, avec la restriction expliquée plus haut que la date de reprise d'une pleine capacité de travail n'est pas le 1^{er} août 2015.

6. La critique qu'il y a lieu de faire à la décision attaquée sur ce dernier point n'affecte cependant pas le bien-fondé de cette dernière. En effet, que l'on retienne la date du 17 décembre 2015 ou celle du 8 février 2016 comme date à laquelle la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (qui est une activité adaptée), il appert qu'elle n'a pas eu d'incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, ainsi que l'exige l'art. 28 al. 1 LAI pour qu'il y ait invalidité et, partant, possiblement droit à une rente d'invalidité (selon le degré d'invalidité postérieur à cette échéance d'une année), puisque l'incapacité de travail (ici à 100 %) n'a été attestée que depuis le 4 mars 2015. Il n'est par ailleurs pas contestable qu'ayant alors pas même encore 50 ans révolus, ni n'ayant perçu de rente d'invalidité depuis au moins quinze ans, et devant être reconnue disposer à nouveau d'une pleine capacité de travail, la recourante ne peut prétendre à des mesures professionnelles (arrêts du Tribunal fédéral 9C_283/2016 du 5 décembre 2016 ; 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1.2) : à tout le moins n'a-t-elle en l'espèce fourni aucun élément susceptible de fonder un tel droit.

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

7. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} phr. 2 in fine LAI).

Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé, en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A_____.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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