

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) née B_____ le _____ 1966 en Irak, vit à Genève depuis 1991. Durant son premier mariage, de 1994 à 1998, elle a porté le patronyme de son mari, C_____. Suite à son divorce, elle a repris son nom de jeune fille, avant de changer de nom en 2002 et porter celui de D_____, jusqu'à son second mariage en 2015 avec Monsieur A_____.
2. Au niveau professionnel, l'assurée a alterné des périodes de chômage avec différents emplois, notamment en tant que réceptionniste. Elle a été engagée à partir du 3 août 2009 par la société E_____ SA au titre de « Office manager » à 100 % et a perçu en dernier lieu un salaire mensuel de CHF 6'550.- versé treize fois l'an. Le 2 février 2010, elle a été licenciée pour le 31 mars 2010.
3. Le 28 juillet 2010, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après : l'OAI), mentionnant être en incapacité de travail depuis le mois de février 2010 en raison d'une atteinte d'ordre psychique.
4. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a reçu plusieurs documents, dont :
 - un rapport du 4 mars 2010 du Centre de psychologie clinique (ci-après : CPC) retenant le diagnostic d'état de stress post-traumatique, associé à une somatisation ;
 - un rapport du 15 juillet 2010 du CPC mentionnant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques ; l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 12 février 2010 et de 50 % depuis le 1^{er} mai 2010 ;
 - un rapport du 2 septembre 2010 de la Clinique la Métairie suite à un séjour du 12 au 27 août 2010 ; était diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques ; l'assurée présentait un trouble dépressif réactionnel qu'elle liait à un harcèlement moral et sexuel dans le cadre professionnel ; elle avait démissionné et engagé une bataille juridique sans obtenir gain de cause ; elle avait développé des sentiments de désespoir et de crainte concernant son avenir professionnel et personnel ; l'importante dépression avec des pensées suicidaires avait nécessité cette première hospitalisation en psychiatrie ;
 - un rapport non daté du CPC et reçu par l'OAI le 24 septembre 2010, relevant que le traitement ambulatoire avait débuté le 9 février 2010, que les restrictions se manifestaient en termes subdélirants et obsessionnels ;
 - un rapport du 6 octobre 2010 du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et expert auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), mandaté par l'assureur perte de gain de l'assurée ; l'expert a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère et considéré que la symptomatologie apparaissait en grande partie réactionnelle à un conflit

professionnel ; l'assurée affirmait ne pas avoir souffert dans l'enfance de maladie ou de traumatisme susceptibles d'avoir entravé son développement psychomoteur et insistait sur un enfance heureuse ; elle avait suivi les écoles primaires et secondaires en Irak, y avait obtenu une licence en littérature anglaise en 1989, travaillant parallèlement comme journaliste, et avait écrit deux livres ; persécutée par le régime politique, elle avait trouvé refuge en Suisse en 1990 ; l'incapacité totale de travail était justifiée et une date de reprise ne pouvait être fixée, en l'absence de signes de rémission ;

- un rapport du 19 octobre 2010 du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine générale, faisant état d'un état dépressif sévère lié à un harcèlement moral dans le cadre professionnel, avec une thymie triste, des insomnies, une anxiété, des troubles de la mémoire et de la concentration, des idées suicidaires ; la capacité de travail était nulle ;
- un rapport du 27 janvier 2011 de la Clinique la Métairie suite à une hospitalisation volontaire du 29 décembre 2010 au 22 janvier 2011 ; le diagnostic était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques ; après la sortie de la Clinique en août 2010, l'assurée avait dû continuer sa bataille juridique contre son ancien employeur, ce qui l'avait épuisée ; l'isolement et la difficulté à s'affranchir et à revendiquer ses droits représentaient les facteurs de ce deuxième épisode dépressif ; l'assurée avait quitté la clinique, contre l'avis médical, car elle ne pouvait accepter l'impossibilité d'être transférée dans une chambre individuelle ;
- un rapport d'expertise du 17 mars 2011 du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rendu à la demande de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin auprès de la société suisse des médecins-conseils ; le Dr H_____ a relevé que l'anamnèse était bien résumée dans le rapport du Dr F_____, à laquelle il n'apportait pas d'élément nouveau ; il a confirmé le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques et y a ajouté ceux de troubles anxieux et de séquelles d'un état de stress post-traumatique car l'assurée présentait des flash-backs, des rêves et cauchemars traumatiques mettant en scène ses anciens employeurs, un émoussement émotionnel, un détachement marqué par rapport aux autres, un évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le traumatisme, une hyper vigilance, un état de qui-vive avec des insomnies, une dépression et des idées suicidaires ; la cause de l'état psycho-pathologique consistait en le vécu personnel de la situation conflictuelle avec l'employeur qui la conditionnait à vivre un état de perte d'honneur, de perte totale de son sens de la vie avec un état de détresse ; l'incapacité de travail était totale ;
- un rapport du 25 mars 2011 du CPC attestant d'une totale incapacité de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, d'un trouble anxieux sans précision et d'un état de stress post-traumatique ;

- un rapport du 29 avril 2011 de la clinique Bon Port suite à l'hospitalisation de l'assurée du 1^{er} mars au 4 avril 2011 ; étaient retenus les diagnostics d'état anxio-dépressif sévère, de syndrome post-traumatique, de status après un accident de la circulation ; le rappel anamnestique se référait au conflit professionnel qui avait provoqué un sentiment de dévalorisation et d'humiliation, des angoisses de mort très fortes qui s'exprimaient durant le sommeil par des cauchemars ; l'assurée présentait des troubles du sommeil qui s'aggravaient avec une mauvaise gestion de l'agressivité qu'elle avait tendance à retourner contre elle-même ; elle avait fait une tentative de suicide lors de son séjour en essayant d'enjamber la barrière du balcon de sa chambre, ce qui avait nécessité un suivi rapproché et intensif ;
- deux rapports des 12 juillet et 16 août 2011 de la Dresse I_____ faisant état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, de troubles anxieux et d'un état de stress post-traumatique, existant depuis le mois de février 2010 ; la Dresse I_____ a signalé une amélioration de la thymie et une répression des symptômes anxieux ; le traitement comprenait la prise d'antidépresseur, d'anxiolytique et le suivi d'une psychothérapie ; le pronostic étant bon à moyen terme et une reprise du travail pouvait être envisagée dans six mois ;
- un rapport du 23 février 2012 du docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'assureur perte de gain ; l'expert a posé les diagnostics d'état dépressif majeur, actuellement de gravité légère (dépression narcissique) et de personnalité histrionique sub-décompensée ; il a relaté que l'assurée décrivait une enfance heureuse, même privilégiée, sans notions de carence affective ou de maltraitance ; elle avait déclaré avoir eu une consommation relativement importante d'alcool jusqu'en 2011 ; l'assurée frappait par l'hyper-expressivité des émotions, son comportement en général, son exagération et ses excès permanents ; sa mimique, sa gestuelle, l'emploi des mots, les superlatifs et intonations, ainsi que l'usage de formules imagées concouraient à réaliser un jeu théâtral ; le dramatisme, l'emphase et l'excès étaient contrebalancés par une forte agressivité, souvent verbale, qui se manifestait à la moindre frustration ou déplaisir, dès qu'elle avait le sentiment que l'expert n'adhérait pas à 100 % à son point de vue ; l'égoïsme, l'immaturité, la labilité affective et la superficialité des liens frappaient aussi au premier plan ; la rigidité des défenses allait de pair avec l'absence de culpabilité, la bonne conscience, la bonne image d'elle-même à laquelle elle ne supportait aucune atteinte ; les tendances à la mythomanie lui permettaient d'arranger et d'exalter sa vie passée ; si l'assurée avait probablement présenté un état dépressif majeur sévère, l'évolution était grandement favorable ; persistait surtout une forme de régression pathologique de revendication par laquelle l'assurée manipulait tout son entourage ; au début de la prise en charge, l'incapacité de travail était évidente, mais ce n'était plus le cas ; les symptômes

dépressifs étaient légers, tout au plus modérés, sans répercussions majeures sur ses activités quotidiennes ; il s'agissait de fixer à l'assurée, encore jeune, des limites à ses attentes de dispense de ses obligations professionnelles ; le Dr J_____ a conclu à une capacité de travail médico-théorique entière dès le 1^{er} février 2012 au plus tard.

5. Depuis le 1^{er} mars 2012, l'assurée reçoit des prestations de la part de l'Hospice général.
6. Par décision du 22 juin 2012, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} février 2011 au 30 avril 2012. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.
7. En août 2013, l'assurée a débuté une formation à l'IFAGE afin d'obtenir un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) d'employée de commerce.
8. Le 23 janvier 2014, le docteur K_____, médecin généraliste, a écrit à l'OAI que l'état anxieux-dépressif de l'assurée s'était aggravé depuis 2011, avec plusieurs séjours en clinique et qu'une rente de 50 % était justifiée.
9. Le même jour, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle sollicitait la réouverture de son dossier.
10. L'OAI a reçu un rapport de la Clinique la Lignière du 30 décembre 2013 mentionnant que l'assurée avait séjourné dans son unité psychiatrique du 11 au 14 décembre 2013 ; étaient retenus les diagnostics de trouble anxio-dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, de côlon irritable et d'asthme ; l'assurée avait signalé un harcèlement dans le cadre de ses études et des confrontations avec les autres étudiants, et rappelé le harcèlement moral et sexuel dont elle avait été victime lors de son dernier emploi. L'humeur était triste avec des angoisses et l'assurée semblait très fragile, avec des crises de larmes, était parfois très émue avec un clair besoin de se sentir soutenue et rassurée.
11. Par rapport du 3 mars 2014, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame M_____, psychothérapeute, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes psychotiques (F33.1), un trouble anxieux (F41.9), des séquelles d'état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Ils ont également mentionné, à titre d'antécédents, un état de stress post-traumatique (F43.1) et des épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotiques (F32.2). L'assurée avait repris un suivi médical et un traitement médicamenteux, en parallèle à des séances hebdomadaires de psychothérapie individuelle avec Mme M_____, depuis le 14 novembre 2012. Durant l'année 2012, elle avait été suivie par le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et une psychologue. En dépit d'un suivi médical régulier, l'assurée avait été hospitalisée du 4 février au 1^{er} mars 2013 et en décembre 2013. Les spécialistes ont notamment mentionné que l'assurée avait obtenu un Bachelor à l'Université de Bagdad, avait exercé la profession de journaliste dans son pays

d'origine où elle avait été victime de persécutions et de tortures sous le régime de Saddam Hussein. Elle avait été acheminée en Suisse par un convoi humanitaire du CICR en 1990 et avait obtenu le statut de réfugiée politique. Elle avait alors bénéficié d'une courte formation d'assistante à l'école hôtelière de Lausanne, alors qu'elle souhaitait poursuivre sa formation de journaliste anglophone. À cette époque, elle avait été adressée par le CICR pour la première fois à Mme M_____ et avait entrepris une psychothérapie régulière, en parallèle à un traitement médical et médicamenteux, plus spécifique pour le traitement des séquelles psycho-traumatiques qu'elle présentait. Par la suite, elle avait consulté à plusieurs reprises, notamment entre 1994 et 1998 lors d'épisodes dépressifs moyens en lien avec des séquelles de trouble d'état de stress post-traumatique et de conflits conjugaux, en 1999 lors d'un séjour à Belle-Idée, en 2001 suite à un accident de la chaussée, en 2002 et 2003 en présence d'une résurgence d'un état post-traumatique consécutif à un viol conjugal perpétré par son ancien fiancé, en 2003 lors d'une hospitalisation aux HUG due à une intoxication volontaire ; en 2004 et 2005. En 2013, elle avait entrepris une formation et la situation d'apprentissage avait mis en évidence une vulnérabilité au stress professionnel et des difficultés dans les relations interpersonnelles et des réactions contre le cadre institutionnel étaient apparues. Les spécialistes avaient pu observer une souffrance cliniquement significative, nécessitant la suspension des cours par un arrêt maladie, et ont signalé des idéations suicidaires réitérées. L'assurée souffrant de difficultés respiratoires, certaines mesures avaient été aménagées, ce qui l'avait placée dans une situation d'exception et avait conduit à son rejet de la part des autres étudiants, se traduisant par des insultes, des agressions verbales quotidiennes et parfois de la violence physique. Elle était actuellement en arrêt maladie à 100 % suite à une quatrième intervention chirurgicale réparatrice et reconstructive du nez pour recouvrer la fonction respiratoire. En l'état, sa capacité de travail fluctuait entre 0 et 20 %. Avec des mesures de réadaptation adéquate, une capacité de travail de 40 à 50 % au maximum pouvait être espérée.

12. Par rapport du 8 avril 2014, le Dr K_____ a diagnostiqué un état dépressif sévère et un tentamen le 26 janvier 2014. L'assurée, qu'il suivait depuis le 21 octobre 2011, présentait un état dépressif chronique depuis 2010 avec plusieurs rechutes graves. L'incapacité de travail était totale dès le 18 janvier 2013. L'activité exercée était encore exigible à 50 % « dans une activité adaptée ».
13. Le même jour, le Dr L_____ a rempli un rapport à l'attention de l'OAI. Il a diagnostiqué, dès 1991, un état de stress post-traumatique (F43.1), une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), un trouble dépressif récurrent (F33.3), un trouble anxieux (F41.9) et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Il suivait l'assurée depuis le 11 décembre 2013 et avait constaté une symptomatologie dépressive récurrente et des séquelles post-traumatiques, des risques d'auto-agression et suicidaires élevés, une insomnie non organique, des cauchemars et une personnalité émotionnellement

labile. L'assurée bénéficiait d'un traitement médical psychiatrique et médicamenteux ainsi que d'un suivi en psychothérapie déléguée individuelle avec Mme M_____. L'incapacité de travail était totale depuis février 2010 en raison d'une fatigabilité physique, émotionnelle et psychique, d'une détresse psychique, de difficultés de concentration, d'une distractivité et d'un déficit de l'attention. Ces restrictions se manifestaient par de l'anxiété, des bouffées d'angoisse, une irritabilité, des accès de colère, des relations conflictuelles avec la hiérarchie et les collatéraux. Une amélioration de la capacité de travail de l'ordre de 40 % à 50 %, pouvait être attendue suite à des meures de réadaptation professionnelle.

14. En date du 22 août 2014, l'OAI a reçu un résumé de séjour des HUG daté du 16 juillet 2003, faisant état d'un séjour du 14 au 16 juillet 2003. L'assurée avait fait un abus médicamenteux à but suicidaire en raison du rejet de sa famille à son égard car elle avait déposé plainte contre un homme qu'elle aurait dû épouser et qui avait exercé des violences physiques contre elle, ce qui avait entraîné de la prison ferme et une expulsion. Elle avait subi des tortures en Irak, alors qu'elle était journaliste. Les entretiens avaient mis en exergue des difficultés dans la relation avec l'autre.
15. Par rapport du 29 août 2014, le Dr L_____ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport, lesquels influençaient la capacité de travail depuis 1991. Il a relevé l'intensification des manifestations anxieuses, des apnées du sommeil et de l'asthme, et précisé que l'assurée suivait une psychothérapie avec Mme M_____ à raison d'une séance hebdomadaire de cinquante minutes.
16. Le 10 octobre 2014, l'assurée a adressé à l'OAI son plan de formation en vue de l'obtention d'un CFC de commerce auprès de l'IFAGE pour des cours prévus entre septembre 2014 et mai 2015 à raison de quelques heures par semaine.
17. Par rapport du 21 octobre 2014, le docteur O_____, médecin praticien, a indiqué à l'OAI qu'il avait suivi l'assurée du 28 juillet au 5 septembre 2014 pour un syndrome d'apnées du sommeil sans effet sur la capacité de travail. L'évolution avait été favorable avec une thérapie par CPAP (pour « continuous Positive Airway Pressure »), mais l'assurée n'avait pas continué le traitement.
18. Dans un avis du 5 février 2015, les doctoresses P_____ et Q_____, médecins auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), ont considéré que l'assurée ne présentait pas d'atteinte somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Au niveau psychiatrique, une expertise était requise pour déterminer si l'état de santé s'était notablement aggravé depuis la décision initiale.
19. Par rapport du 21 mai 2015, le docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), une personnalité émotionnellement labile (F60.31), un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble anxieux sans précision (F41.9), existant depuis 2010 et ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée, qu'il suivait depuis le 30 mars 2015. Le psychiatre a constaté une tristesse, des pleurs (parfois interminables), une forte labilité émotionnelle, une irritabilité et agressivité, des

propos peu courtois. Il a fait état d'une patiente persécutée et plaintive, et suggéré l'augmentation du traitement, lequel consistait en le suivi psychiatrique une à deux fois par semaine et la prise quotidienne de Risperdal (0.5mg une à deux fois par jour) et de Cymbalta (30mg par jour). L'incapacité de travail était totale depuis le début de sa prise en charge en raison d'une absence totale de résistance et d'adaptabilité, de capacités limitées à 20 % en termes de concentration et de compréhension, d'une forte inadéquation interpersonnelle, d'une fatigue extrême et de l'état cognitif. Il a conclu que l'assurée était « psychiquement détruite ».

20. Le 3 septembre 2015, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise et lui a accordé un délai de dix jours pour faire valoir un éventuel motif de récusation à l'encontre de l'expert et se prononcer sur la liste de questions.
21. En date du 2 janvier 2016, le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise, lequel est basé sur l'étude du dossier de l'assurée et un entretien de 2h45 avec cette dernière le 30 décembre 2015. L'expert a retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, histrionique, émotionnellement labile de type borderline (F61.0), existant depuis le début de l'âge adulte et ayant des effets sur la capacité de travail. Il a également mentionné, à titre de diagnostic sans répercussion sur ladite capacité, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndromes somatiques (F33.00), présent depuis 2003. L'expert a résumé les pièces du dossier et présenté des anamnèses professionnelle, familiale, psycho-sociale et psychiatrique, puis a énuméré le traitement médicamenteux quotidien, lequel comprenait du lorazépam, de la diphénhydramine, de la quétiapine, de l'oméprazole, du Formoérol et de la budésonide. L'assurée relatait des problèmes de sommeil (troubles de l'endormissement et réveils nocturnes à cause des cauchemars portant sur la période d'emprisonnement en Irak), l'absence d'avenir, des douleurs partout, un sentiment de nervosité et une sensibilité avec des pleurs. Elle était toujours triste et aucune activité n'était source de plaisir, alors qu'auparavant, la peinture, la natation, la marche et la poésie étaient des activités agréables. Elle n'avait pas d'énergie ou d'entrain ni aucune confiance en elle. Elle faisait état d'idées suicidaires comportant des scénarii (se jeter d'un pont ou devant une voiture), d'un appétit diminué, d'une perte de libido, de troubles de la concentration et de la mémoire. Elle était presque toujours angoissée et tendue, s'énervait contre elle-même. Au status psychique, l'expert a signalé que le contact émotionnel était caractérisé par une hyper-expressivité des émotions, une « démonstrativité » et théâtralité marquées. Il n'a pas relevé de signes de fatigue, de comportements algiques ou d'imprégnations par des substances psychoactives, ni de stigmates alcooliques. Le fonctionnement intellectuel était dans la norme s'agissant de la rapidité, de la compréhension, de la faculté d'abstraction, des capacités de raisonnement, des nuances des descriptions et de l'esprit de synthèse. Les capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration étaient inexistantes. Il a constaté la présence d'une labilité émotionnelle avec la manifestation récurrente de pleurs,

alors qu'à d'autres moments l'assurée était normothymique. Globalement, l'humeur était modérément déprimée, avec un découragement, un discours négatif, mais il n'y avait pas de tristesse permanente, de perte de l'élan vital ni d'abattement. La mimique, la gestuelle et la modulation de la voix étaient conservées. L'expert a noté l'absence d'anxiété, d'irritabilité, de ralentissement idéomoteur et la présence d'une légère tension. La vigilance, l'attention, la concentration et la mémoire étaient sans particularité, le discours spontané abondant, mal structuré, de type plaintif et projectif, les plaintes majorées, le discours digressif et circonlocutoire, peu fiable. La capacité de projection dans l'avenir n'était pas évaluable. La conscience était claire et il n'y avait aucun élément psychotique, maniaque ou hypomaniaque. Dans la partie « discussion » de son rapport, l'expert a souligné l'exagération des plaintes de l'assurée et relevé de nombreuses contradictions dans les déclarations de celle-ci, notamment quant au métier exercé par son premier mari, aux causes de son divorce et du décès de son père ainsi qu'aux raisons de son licenciement en 2010. L'expert a également émis des doutes quant à la véracité de certains faits, notamment la publication d'un livre de poésie à 14 ans, l'existence d'un séjour aux USA de 1998 à 2000 alors qu'elle avait été hospitalisée au début de l'année 1999. Dans ces conditions, le discours de l'assurée était moyennement fiable et devait être pris avec circonspection, de sorte qu'il convenait avant tout de s'attacher à ce qui était objectivement observé. Il existait des indices d'une souffrance psychique durable ou constamment récurrente avec la notion d'une prise en soins dès 1991, à l'âge de 21 ans, et la plupart des critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité était vérifiée, de sorte que ce diagnostic était posé. Tout comme le Dr J_____, il retenait une personnalité histrionique, compte tenu de l'hyperexpressivité émotionnelle, l'exagération des plaintes, la dramatisation et la théâtralisation constatées. En outre, il existait une quête d'attention permanente, une attitude égocentrique, une indulgence excessive vis-à-vis de sa propre personne, un manque de considération pour autrui et une tendance à être facilement blessée. Concernant la personnalité émotionnellement labile, type borderline, l'expert confirmait ce diagnostic retenu par le Dr L_____, dès lors que plusieurs critères étaient vérifiés, à l'instar d'une impulsivité, d'une difficulté à mener un projet à terme, d'une humeur instable et capricieuse ou encore de tentatives de gestes auto-agressifs tels que des abus médicamenteux. Il coexistait donc deux troubles spécifiques de la personnalité et les limitations fonctionnelles, modérées, consistaient en l'impulsivité, les difficultés relationnelles, l'inconstance et les crises émotionnelles. L'expert a ensuite discuté le diagnostic d'état de stress post-traumatique mentionné dans différents rapports. Il a exposé à cet égard que l'assurée lui avait déclaré avoir été emprisonnée pendant un mois en novembre 1990, accusée d'espionnage par le gouvernement irakien au profit du Qatar. Elle disait avoir été violée à plusieurs reprises, battue, injuriée, que des objets avaient été introduits dans son rectum, que les gardiens crachaient dans son assiette. Ces aspects, tout comme les cauchemars rapportés par l'assurée, étaient invérifiables. Cela étant, l'expert n'avait pas constaté de symptômes persistants traduisant un

niveau de vigilance accru, des réactions de sursaut, des difficultés de concentration, une irritabilité ou des accès de colère. Partant, le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu. Il n'y avait pas non plus d'arguments déterminants en faveur d'un changement manifeste et persistant de l'assurée dans ses modes de perception, de relation, de pensée relative à l'environnement et de soi-même suite aux événements qui se seraient déroulés en novembre 1990, de sorte que le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe n'était pas posé. Concernant le trouble dépressif récurrent, l'expert a relevé que l'assurée ne prenait plus de traitement antidépresseur. Certains critères de la dépression n'étaient pas vérifiables, tel que l'anhédonie, l'idéation suicidaire et les conduites instinctuelles. Quant aux critères effectivement observables, l'humeur était globalement modérément déprimée. L'assurée se montrait plutôt tonique, son quotidien n'était pas vérifiable et son discours manquait de fiabilité. Si la confiance en soi pouvait être diminuée, cet aspect était limité dans son intensité. Il n'y avait pas de sentiment de culpabilité excessif ou inapproprié et le discours était plutôt projectif, à savoir que l'assurée attribuait des torts à autrui. Il n'y avait pas de troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. L'assurée avait été à même de restituer des dates exactes et de faire la description précise d'évènements se rapportant au passé proche ou lointain, elle avait compris les questions et avait toujours répondu sans hésitation ou temps de latence anormalement accru. L'état clinique actuel était compatible avec un épisode dépressif léger, lequel n'entraînait actuellement aucune limitation fonctionnelle. L'anxiété que l'assurée pouvait être amenée à présenter constituait un symptôme accompagnateur de la dépression. En raison de son ampleur réduite en ce moment, cet aspect ne trouvait pas de justification pour un diagnostic séparé. Globalement, en tenant compte de la dramatisation, de la théâtralisation et de la majoration des plaintes, la capacité de travail devait être déterminée à 70 %, soit 6 heures par jour. Cette incapacité de travail de 30 % existait depuis mars 2013, moment de l'hospitalisation à la Clinique la Métairie, étant rappelé que le Dr T_____ avait déclaré l'assurée entièrement apte au travail dès le 1^{er} février 2012. L'expert a en outre relevé que la thérapie était inconstante et que l'assurée n'avait plus de médicament antidépresseur, alors qu'il existait une indication formelle pour la prise d'un tel traitement et pour une psychothérapie régulière à long terme du trouble de la personnalité.

22. Dans un avis du 4 mars 2016, la Dresse P_____ a proposé de suivre les conclusions du Dr S_____, dont le rapport convaincant était conforme aux exigences de qualité.
23. Le 8 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser toutes prestations. En effet, depuis février 2013, elle présentait une capacité de travail résiduelle de 70 % dans toute activité lucrative adaptée à ses atteintes à la santé ainsi qu'à ses limitations fonctionnelles. Compte tenu du fait qu'il était difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité, au vu de l'absence d'activité

professionnelle depuis de nombreuses années, il convenait de se baser sur les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; TA1_tirage_sill_level, ligne « total » pour une femme exerçant une activité à 100 % niveau 1, activité légère et sans qualification). Concernant le revenu avec invalidité, référence était faite aux mêmes données dans la mesure où l'assurée avait une capacité de travail résiduelle de 70 % dans toute activité. L'OAI a relevé à cet égard que ce revenu était largement supérieur à tous les revenus qu'elle avait perçus pendant sa carrière professionnelle, Le degré d'invalidité se confondait donc avec l'incapacité de travail, soit 30 %.

24. Le 15 mars 2016, l'assurée a contesté la position de l'OAI.
25. Dans une attestation du 15 mars 2016, le Dr K_____ a diagnostiqué un état dépressif grave qui nécessitait une rente, ainsi qu'un trouble de la personnalité avec une labilité psychique.
26. Par rapport du 23 mars 2016, la doctoresse U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de trouble anxieux sévère, d'état de stress post-traumatique à évolution chronique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile gravissime. Ces pathologies étaient en grande partie liées aux lourds antécédents de traumatismes à répétition. Le trouble de la personnalité était tellement grave qu'il justifiait une incapacité totale de travail. Parmi les symptômes de stress post-traumatique, la psychiatre traitante a relevé une hyper-vigilance et des cauchemars perturbant le quotidien l'assurée. Si cette dernière avait réussi à faire des formations et à travailler pendant plusieurs années, avec l'âge elle perdait ses moyens et ne parvenait plus à faire face. Depuis quelque temps, elle s'effondrait, se sentait à bout, réduite, perdue, finie et détruite. Elle présentait des crises avec des angoisses massives et envahissantes, avait une vision obscure du monde et de l'avenir, un sentiment de frustration, d'impuissance et de désespoir.
27. En date du 13 avril 2016, l'assurée a maintenu sa contestation et précisé avoir dû être hospitalisée le 15 mars 2016. Elle a souligné que ses trois psychiatres traitants avaient diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, un trouble dépressif, épisode actuel moyen voire sévère, sans symptômes psychotiques, un état de stress post-traumatique et un trouble anxieux. En outre, ils arrivaient à des conclusions similaires, à savoir que l'incapacité de travail variait entre 80 % et 100 %. Elle a produit des articles en langue arabe, accompagnés d'une traduction libre, attestant selon elle de la publication de livre de poésie, ainsi qu'un document du Centre d'information sur les questions de reconnaissance mandaté par l'Office fédéral de l'éducation et de la science, mentionnant qu'elle pouvait se prévaloir d'avoir obtenu un « Bachelor of Arts » à l'Université de Bagdad, faits au sujet desquels l'expert avait émis des doutes. S'agissant de son emprisonnement en Irak, il aurait suffi à l'expert d'examiner ses bras pour constater plusieurs cicatrices prouvant ses dires. D'ailleurs, elle avait

obtenu le statut de réfugiée à son arrivée à Genève, ce qui attestait également de la situation difficile vécue en Irak et Mme M_____ était à même de témoigner sur les événements subis. En 2002, elle avait vécu de nouveaux traumatismes infligés par son ancien fiancé. Suite à ces événements de « 2012 » (recte 2002), par peur de représailles, elle avait été contrainte de changer de nom. Les faits survenus dans le cadre professionnel en 2010 avaient déclenché tous les traumatismes vécus par le passé. S'agissant des circonstances de l'expertise auprès du Dr S_____, elle a reproché à ce dernier d'avoir haussé violemment le ton à plusieurs reprises, la sommant de répondre à ses questions ou lorsqu'elle pleurait. Elle estimait qu'un psychotraumatologue serait plus à même de se prononcer sur une partie des diagnostics, notamment sur le syndrome de stress post-traumatique et le trouble anxieux. Le rapport du Dr S_____ devait être écarté et la décision devait se fonder sur les rapports de ses médecins traitants, lesquels avaient conclu à une incapacité de travail de 80 % à 100 %. S'agissant du calcul de la perte de gain, elle a relevé qu'elle avait toujours été active professionnellement et qu'elle touchait en 2010 un revenu de CHF 6'500.- versé 13 fois l'an. Selon ses calculs, le taux d'invalidité était de 45.45 %, ce qui lui donnait droit à un quart de rente.

La recourante a notamment transmis à l'OAI une attestation des HUG du 16 mars 2016 relatif à son hospitalisation depuis la veille.

28. En date du 12 mai 2016, la Dresse P_____ a estimé que le rapport de la Dresse U_____ du 23 mars 2016 constituait une interprétation différente d'une même situation, laquelle s'expliquait par la nature même du lien thérapeutique, fondé sur le postulat de la sincérité qui lie le médecin à son patient. Or, le Dr S_____ avait clairement observé une dimension d'exagération des plaintes, dont la psychiatre traitant ne tenait pas compte.
29. Par décision du 17 mai 2016, notifiée le 20 mai 2016, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision et rejeté la demande de l'assurée au motif que son degré d'invalidité était insuffisant pour lui ouvrir le droit à des prestations. Les documents produits dans le cadre de la procédure d'audition ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation de l'OAI.
30. En date du 23 mai 2016, le Dr K_____ a attesté d'une aggravation de l'état psychique de sa patiente, avec plusieurs hospitalisations et des difficultés de concentration et de mémorisation qui l'empêchaient d'avoir une activité soutenue et régulière.
31. Par acte du 20 juin 2016, l'assurée, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition de Mme M_____ et de la Dresse U_____, et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, elle a considéré que l'expertise était lacunaire et non motivée, reprochant

notamment à l'expert de s'être écarté sans raison des diagnostics et conclusions des autres médecins, d'avoir basé son appréciation sur le dossier de l'intimé et un seul entretien avec elle, de ne pas avoir pris contact avec ses médecins dont certains n'étaient plus ses médecins traitants et n'étaient donc plus dans un rapport de confiance particulier avec elle, de ne pas avoir tenu compte des traumatismes subis dans son pays d'origine. Elle a rappelé qu'elle avait fait un tentamen quelques mois plus tard et avait été hospitalisée à deux reprises au vu de ses idées suicidaires. Tous ses médecins traitants considéraient qu'elle était totalement incapable de travailler dès 2014.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes :

- Une lettre de sortie des HUG du 21 mars 2016, suite à son hospitalisation du 15 au 21 mars 2016. Le diagnostic principal était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31). Selon les éléments anamnestiques, le père de la recourante était décédé lorsqu'elle avait 6 ans, elle avait été emprisonnée et violée par des officiels sous le régime de Saddam Hussein. À son arrivée en Suisse, elle avait habité chez son frère, qui la maltraitait, puis, les autorités l'avaient mise en sécurité. La veille de son hospitalisation, la recourante avait reçu le projet de décision de l'intimé et après en avoir pris connaissance, avait saisi une grande quantité de médicaments dans un but suicidaire. L'amie avec qui elle se trouvait l'avait empêchée de passer à l'acte. Lors de son admission, la recourante était en détresse et en pleurs à plusieurs reprises. Elle projetait son mal-être sur les médecins qui l'avaient prise en charge toutes ces années sans rien comprendre à son histoire et sans parvenir à la soulager. Le traitement consistait alors en la prise de Zoloft (1/2 comprimé 1x par jour), de Seroquel (1/2 comprimé de 25 mg 1x par jour), de Somnium (1 comprimé par jour) et de Temesta (1mg, 2 à 3 comprimés par jour). Durant le séjour, le traitement de Sertraline (Zoloft) avait été augmenté à 50mg puis 75mg par jour en raison de la symptomatologie dépressive, en gardant le traitement de Seroquel inchangé et celui de Temesta en réserve. Au status à la sortie, l'attention et la concentration étaient préservées, la thymie triste et les affects congruents à l'humeur, mobilisables. L'estime de soi était conservée, il n'y avait pas d'idées de dévalorisation et la recourante n'ait toute idée suicidaire. Son discours était fluide, cohérent, sans troubles du cours ni du contenu de la pensée.
- Un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 7 juin 2016 rendu suite à un séjour du 19 au 25 avril 2016 et faisant état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques à titre de diagnostic principal. L'hospitalisation était motivée par un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress. La recourante présentait une péjoration dépressive depuis le mois de mars en raison de difficultés socioprofessionnelles. Elle démontrait une labilité émotionnelle importante et décrivait un sentiment quasi constant d'incompréhension. Durant son séjour, le traitement de Seroquel

avait été augmenté à 50mg afin de permettre une meilleure anxiolyse. Un soutien médico-infirmier et un suivi psychologique spécialisé lui avaient été proposés, mais les problématiques de fond n'avaient pas pu être abordées car l'élaboration s'était uniquement faite autour des insatisfactions liées à l'hospitalisation. La recourante avait demandé à écourter son séjour, ce qui avait été accepté en l'absence de critère de dangerosité immédiate.

- Un rapport du 9 juin 2016 de la Dresse U_____, laquelle contestait les conclusions du Dr S_____. La psychiatre traitante a considéré que l'expertise manquait de donner le poids réel au trouble de la personnalité, lequel était très grave et engendrait une incapacité totale de travail. En outre, elle semblait donner plus d'importance au subjectif (vérification pointilleuse de détails de l'anamnèse) au lieu de l'objectif, ce qui finalement comptait le plus en psychiatrie. Elle a souligné qu'un trouble de la personnalité comprenait des attitudes et des comportements profondément enracinés et durables, nettement disharmonieux et clairement inadaptés, avec des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales très variées. Il était associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. Le trouble dépressif et le trouble anxieux étaient des comorbidités qui accompagnaient les troubles de la personnalité grave. Ils pouvaient varier en gravité dans le temps et les rechutes étaient possibles à tout moment. Ainsi, le calcul d'une capacité de travail se basant sur l'amélioration de l'état dépressif dans un moment donné pouvait être biaisé. Dans le cas de la recourante, la symptomatologie au premier plan était parfois celle d'un état dépressif, d'un trouble anxieux, d'un stress post-traumatique ou des traits de la personnalité.
- Un rapport signé le 17 juin 2016 par le Dr L_____ et Mme M_____, lesquels ont mentionné que la recourante présentait une extrême vulnérabilité au stress, des limitations cognitives entraînant de graves difficultés de compréhension des enseignements et d'acquisition des connaissances. Concernant le passé de la recourante, ces spécialistes ont relevé l'exécution d'un cousin maternel qui avait déserté la guerre Iran-Irak, la disparition d'un cousin paternel suite à un emprisonnement, l'atteinte de l'école de la recourante par des fusées lorsqu'elle avait 15 ans, ce qui avait entraîné chez elle une blessure au bras droit nécessitant une hospitalisation, l'explosion d'une bombe dans le jardin familial rendant l'un de ses frères sourd-muet. Ces événements avaient pu accroître chez la recourante un sentiment d'insécurité et l'obliger à faire le deuil de l'invulnérabilité. Le cumul des chocs successifs avaient pu conduire à la constitution du trouble de la personnalité borderline émotionnellement labile et au syndrome de stress post-traumatique. Le refuge dans l'écriture d'un recueil de poésie à l'âge de 14 ans pouvait apparaître comme une ressource créative face à un environnement hostile rendant difficile l'accomplissement d'une crise émotionnelle à l'adolescence. Suite à l'acquisition d'un Bachelor en littérature anglaise, la recourante avait réussi le début de sa vie socioprofessionnelle en

tant que journaliste, mais de courte durée puisque cette activité avait été brusquement interrompue par l'expulsion des ressortissants irakiens suite à l'invasion du Koweït, en 1990. La requérante avait été emprisonnée durant un mois et avait subi, à l'évidence, les pires tortures. En 1991, elle avait été adressée à Mme M_____ pour un suivi en psychothérapie. Elle présentait alors de graves séquelles de torture, soit des brûlures sur les deux jambes par électrocution, des brûlures au niveau du cuir chevelu, des séquelles traumatiques consécutives à des viols collectifs par quatorze soldats selon son témoignage. En séance, la requérante ne supportait pas la pénombre à la tombée du jour, ce qui entraînait une reviviscence traumatique de son emprisonnement. La requérante indiquait avoir été témoin d'exécutions par électrocution dans de l'acide, entraînant la disparition pure et simple du corps du prisonnier, durant 21 jours, avec la menace permanente de subir un traitement similaire. De l'automne 1991 à janvier 1993, elle avait suivi une psychothérapie, en collaboration avec le docteur V_____. Elle présentait alors le tableau complet de la symptomatologie d'un état de stress post-traumatique décompensé en trouble dépressif réactionnel versus psychotique, par intermittence versus névrotique. Plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique avaient été nécessaires compte tenu d'un risque accru suicidaire. La situation d'expertise avait été ressentie par la requérante comme particulièrement stressante et avait suscité le recours à des fonctionnements défensifs que les signataires du rapport avaient pu constater antérieurement dans des situations vécues subjectivement comme étant à risque. L'observation clinique limitée aux circonstances de l'expertise ne permettait pas à elle seule d'étayer les motifs du refus de l'intimé. Compte tenu des dernières évaluations cliniques des psychiatres traitants qui estimaient que la capacité de travail était nulle, le taux de cette capacité qu'ils avaient eux-mêmes fixée de 40 % à 50 % n'étaient plus d'actualité.

32. Dans sa réponse du 13 juillet 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a rappelé la différence de mandat entre expert et médecin traitant et soutenu que le rapport d'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

À l'appui de sa réponse, l'intimé a produit un nouvel avis de la Dresse P_____ du 6 juillet 2016. Celle-ci a relevé que le résumé de séjour du 21 mars 2016 suggérait une amélioration après six jours d'hospitalisation, que celui de la Clinique de Montana du 7 juin 2016, qui mentionnait l'élévation des transaminases et une importante anxiété, permettait de s'interroger sur la reprise d'une consommation d'alcool, que le rapport de la Dresse U_____ du 9 juin 2016 n'apportait pas d'élément nouveau, mais constituait une discussion quant à la capacité de travail de la requérante, et que celui du Dr L_____ et de Mme M_____ du 17 juin 2016, lesquels revenaient sur leur précédente estimation de la capacité de travail, ne permettait pas de conclure à une aggravation de l'état de santé puisqu'ils n'avaient pas revu la requérante depuis plus d'un an. Enfin, l'attestation du Dr K_____ du

23 mai 2016 était trop succincte pour permettre au SMR de revoir sa position. Partant, rien n'indiquait que l'aggravation de santé fût durable.

33. Par réplique du 31 août 2016, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a soutenu qu'une maladie psychique pouvait être soumise à d'importantes fluctuations et qu'il était impossible pour un médecin d'évaluer l'atteinte sur la base d'un seul entretien. En outre, dans le cadre d'un trouble psychiatrique et d'un syndrome de stress post-traumatique, l'assuré n'était pas à même de se dévoiler lors d'un seul entretien. L'expert n'avait pas pris contact avec les autres médecins, de sorte que son examen ne respectait pas les conditions d'une expertise psychiatrique. S'agissant du contenu du rapport, la recourante a relevé que certains éléments ne ressortaient pas du dossier de l'intimé, à l'instar de la présence de cicatrices attestant des tortures subies. L'expert n'avait donc pas rendu son rapport en pleine connaissance de cause. Ses conclusions divergentes quant aux diagnostics retenus et à la capacité de travail n'étaient pas justifiées.
34. Le 13 septembre 2016, l'intimé a répliqué et également persisté dans ses conclusions. S'agissant des renseignements pris auprès des médecins traitants, il s'est référé aux lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques publiées par la société suisse de psychiatrie et psychothérapie, selon lesquelles, en règle générale, les informations recherchées auprès des médecins traitants, de même qu'auprès des employeurs ou des autorités, font l'objet d'une demande écrite de la part du mandant ou d'une instance à laquelle ce dernier délègue cette tâche.
35. Par courriers du 7 avril 2017, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique au docteur W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a communiqué la liste des questions. Elle leur a imparti un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
36. En date des 18 avril et 27 avril 2017, l'intimé, respectivement la recourante, ont indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer, ni de questions complémentaires à formuler.
37. Par ordonnance du 3 mai 2017, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr W_____ en considérant ce qui suit :

- a. La recourante nie toute valeur probante au rapport du Dr S_____ et se réfère à ceux établis par les spécialistes qui l'ont suivie et dont les conclusions divergent de celles de l'expert, tant du point de vue des diagnostics que de leurs répercussions sur la capacité de travail.

En effet, le Dr L_____, consulté par la recourante dès décembre 2013, et Mme M_____, laquelle a suivi la recourante pour la première fois en 1991, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes psychotiques (F33.1), un trouble anxieux (F41.9), des séquelles d'état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Ils ont en outre mentionné, à titre d'antécédents, un

état de stress post-traumatique (F43.1) et des épisodes dépressifs sévères, sans symptômes psychotiques (F32.2). La capacité de travail était évaluée entre 0 % et 20 % (rapport du 3 mars 2014). Les spécialistes ont par la suite ajouté le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et précisé que les atteintes dont souffrait la recourante depuis 1991 avaient des répercussions sur sa capacité de travail, alors nulle (rapport du 8 avril 2014).

Le Dr R_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), une personnalité émotionnellement labile (F60.31), un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble anxieux sans précision (F41.9), existant depuis 2010. L'incapacité de travail était totale depuis le début de sa prise en charge le 30 mars 2015 (rapport du 21 mai 2015).

La Dresse U_____ a quant à elle retenu les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de trouble anxieux sévère, d'état de stress post-traumatique à évolution chronique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile. Ce dernier était si grave qu'il justifiait une incapacité totale de travail à lui tout seul (rapport du 23 mars 2016).

b. Concernant la valeur probante du rapport d'expertise, il est rappelé que le Dr S_____ a considéré que les déclarations de la recourante ne pouvaient être vérifiées et étaient peu fiables, de sorte qu'il s'est attaché « avant tout » à ses observations objectives (expertise p. 9). La chambre de céans considère toutefois que ses arguments pour dénier toute crédibilité à la recourante ne sont pas justifiés, pour les motifs exposés ci-après.

L'expert a tout d'abord indiqué que l'attitude de la recourante était marquée par la « démonstrativité » et la théâtralité, et donc par l'exagération des plaintes, précisant que cet aspect était relevé et décrit dans l'expertise de 23 février 2012 (expertise p. 18). Or, les pièces produites dans le cadre de la première demande de prestations, dont le rapport du Dr J_____ de février 2012, se sont avérées lacunaires puisque l'intégralité des troubles psychiques était mise en relation avec le conflit professionnel, sans aucune connaissance des éléments anamnestiques antérieurs à 2010, en particulier du suivi médical mis en place dès 1991, des plaintes de la recourante à cette époque, des symptômes alors observés, des atteintes diagnostiquées ou encore des périodes d'hospitalisation. Dans ces conditions, l'avis du Dr J_____ n'apparaît pas pertinent pour apprécier la crédibilité des déclarations de la recourante. Le Dr S_____ a également remis en cause les plaintes de la recourante, aux motifs qu'elle répondait systématiquement par l'affirmative, sans discernement, « alors que cela ne correspondait pas forcément à l'état clinique (troubles de la concentration et de la mémoire, notamment) », qu'elle faisait part de douleurs « partout » alors qu'aucun indice ne parlait en ce sens (pas de grimaces, de soupirs, de changement de position, de déambulation dans la pièce ou de prise d'appui sur le bureau) et qu'elle se plaignait d'être « gravement malade », de ne pas pouvoir répondre aux questions, alors que lorsqu'elle y était « enjointe fermement », les pleurs cessaient et son discours devenait précis (expertise p.18). Ces

considérations sont toutefois insuffisantes pour ôter tout crédit aux affirmations de la recourante. Il est en particulier rappelé que plusieurs psychiatres ont signalé des troubles de la concentration ou de l'attention (cf. rapports du Dr L_____ du 8 avril 2014 et du Dr R_____ du 21 mai 2015), de sorte que les doléances de la recourante à cet égard n'apparaissent pas insolites, ce d'autant plus qu'elle est sous traitement médicamenteux quotidien depuis plusieurs années. Le Dr S_____ ne pouvait donc pas se limiter à ses propres observations selon lesquelles la recourante parvenait à restituer des dates exactes, à comprendre les questions et à répondre sans hésitation ou temps de latence anormalement long, pour en conclure qu'elle n'était pas fiable en relatant de tels troubles. En outre, l'absence de signe de douleurs durant l'entretien de 2h45 semble plutôt parler en défaveur d'une exagération des plaintes et la remarque de l'expert concernant ses injonctions « fermes » alors que la recourante pleurait permet de douter du bon déroulement de l'expertise, étant rappelé que la recourante avait notamment à se confier sur des éléments particulièrement traumatiques et intimes.

L'expert a ensuite relevé des contradictions entre les déclarations de la recourante et des éléments du dossier (expertise p. 18 et 19). Ainsi, l'expertisée lui avait affirmé ne jamais avoir eu de problèmes d'alcool, alors que le rapport du Dr J_____ mentionnait une consommation importante jusqu'en octobre 2011. De plus, elle lui avait dit que son premier mari travaillait comme technicien de laboratoire alors que l'expertise de 2012 indiquait le métier d'enseignant, d'aide-enseignant ou de préparateur de cours de chimie. Les raisons de la fin de cette relation variaient selon les rapports (relation extraconjugale ou manque d'ambition du mari) tout comme la date du décès du père de la recourante (1977 ou 1978 selon les explications de la recourante, alors qu'un rapport de la Métairie mentionnait qu'il était décédé durant la guerre contre l'Iran [1980-1988]). Concernant les faits à l'origine du prétendu harcèlement professionnel, l'expert a également relevé différentes versions (main sur les fesses, tentative de viol ou encore confrontation verbale). La chambre de céans constate que non seulement ces dissonances et imprécisions ne sauraient être imputées avec certitude à la recourante, dès lors qu'elles peuvent également résulter d'une mauvaise retranscription de ses propos par les médecins, mais qu'elles portent en outre sur des faits relativement anodins en regard avec l'anamnèse du cas.

Enfin, l'expert a indiqué qu'il était « difficile d'adhérer au fait que la recourante ait publié un livre de poésie en Irak à l'âge de 14 ans et qu'elle soit devenue célèbre suite à cela » (expertise p. 18). De même, il s'est montré incrédule quant aux études que la recourante prétend avoir achevées en Irak et à l'existence d'un séjour aux Etats-Unis de 1998 à 2000 car elle avait été hospitalisée à Genève en 1999 (expertise p. 19). Il a également relevé qu'il n'y avait aucune certitude que la recourante avait réellement obtenu un Bachelor en littérature anglaise (expertise p. 19). Le scepticisme de l'expert à l'égard de toute parole émanant de la recourante n'est pas justifié, comme l'attestent les articles de presse qu'elle a produits et le fait

qu'elle peut se prévaloir d'avoir obtenu un « Bachelor of Arts ». Enfin, un séjour de deux ans à l'étranger n'est pas incompatible avec des retours à Genève où la recourante a de la famille.

c. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que l'expert ne pouvait pas, sur la base des éléments précités, faire fi des plaintes et antécédents relatés par la recourante.

d. Concernant en particulier les diagnostics, l'expert a souligné que les actes de tortures dont la recourante disait avoir été victime en Irak, tout comme les cauchemars qu'elle rapportait, étaient invérifiables (expertise p. 21). Il a ainsi exclu l'existence d'un état de stress post-traumatique car il n'avait pas constaté, au cours de son entretien, des symptômes persistants traduisant une hyper vigilance accrue avec des réactions de sursaut exagérées, des difficultés de concentration, une irritabilité ou des accès de colère.

Cette argumentation est pour le moins étonnante puisque les rapports qu'il avait à disposition attestent d'une prise en charge dès l'arrivée de la recourante en Suisse en 1991 auprès de Mme M_____ pour le traitement de séquelles psycho-traumatiques, ainsi que d'un suivi régulier entre 1994 et 1998 en lien avec des séquelles psycho-traumatiques (rapports du Dr L_____ des 3 mars, 8 avril et 29 août 2014). Dans ces circonstances, il est difficilement compréhensible que l'expert n'ait pas jugé utile de s'entretenir avec la psychothérapeute qui connaît la recourante depuis plus de 25 ans. Cette spécialiste aurait en particulier pu lui fournir de précieux renseignements sur les traitements suivis, notamment en raison des séquelles psycho-traumatiques, et lui faire part de ses propres observations et constats dès 1991, à l'instar de brûlures sur les jambes et le cuir chevelu, ou encore d'une reviviscence traumatique de l'emprisonnement en séance.

Il sied également de relever que l'expert n'a pas pris en considération les affirmations de la recourante selon lesquelles elle avait subi un viol conjugal en 2002. Ce fait ne pouvait être tout simplement ignoré par l'expert, étant rappelé que cette agression a été mentionnée par le Dr L_____ et Mme M_____, et ressort également du rapport des HUG du 16 juillet 2003, lequel indique que la recourante avait commis un abus médicamenteux à but suicidaire en raison du rejet de sa famille car elle avait déposé plainte contre un homme qu'elle aurait dû épouser et qui avait exercé des violences physiques contre elle, ce qui avait entraîné de la prison ferme et une expulsion. De plus, la recourante a effectivement changé de nom de famille en 2002, ce qui tend à étayer ses déclarations.

Par conséquent, la chambre de céans considère que les conclusions de l'expert quant à l'inexistence d'un état de stress post-traumatique sont insuffisamment motivées et qu'il ne pouvait en l'état écarter une telle situation constatée à maintes reprises et à différentes périodes par plusieurs spécialistes.

e. De même, l'expert n'a pas retenu le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe au motif qu'il n'y avait « pas

d'argument en faveur d'un changement manifeste et persistant » de la recourante dans ses modes de perception, de relation et de pensée relative à l'environnement et de soi-même suite aux événements qui se seraient déroulés en 1990 (expertise p. 21). De surcroît, la recourante présentait un trouble mixte de la personnalité présent depuis le début de l'âge adulte, soit antérieurement aux événements allégués.

Ces explications sont déficientes puisque le Dr S_____ n'a pas tenu compte, sans que cela soit en l'état justifié, de tous les éléments anamnestiques qui ressortent du dossier.

f. Concernant le trouble dépressif, le Dr S_____ a relevé que la recourante ne prenait plus d'antidépresseur, sans toutefois livrer d'explication quant aux causes ayant justifié un changement de traitement. Il est rappelé que selon le dernier rapport au dossier à cette époque, la recourante prenait quotidiennement du Risperdal et du Cymbalta (cf. rapport du 21 mai 2015 du Dr R_____). Le second médicament est notamment indiqué pour le traitement des dépressions, alors que la première substance peut être prescrite comme traitement supplémentaire à des stabilisateurs d'humeur (cf. <https://compendium.ch/mpro/mnr/4860/html/fr>). Or, les pièces produites ne permettent pas de savoir si l'abandon de ce traitement médicamenteux résulte d'une amélioration de l'état dépressif ou s'il a été motivé par d'autres raisons, tels que des effets secondaires, une inefficacité ou encore un changement de psychiatre traitant. En outre, le rapport du Dr S_____ ne permet pas de savoir à quelles fins étaient prescrites les différentes substances prises par la recourante au moment de son expertise, notamment pour des diagnostics non retenus par l'expert, et quelles pouvaient être leurs répercussions sur le comportement de la recourante en entretien. Ceci est d'autant plus regrettable que le Seroquel est notamment indiqué pour le traitement des épisodes dépressifs lors de troubles bipolaires (<https://compendium.ch/mpro/mnr/9188/html/fr>).

À nouveau, l'expert a refusé de prendre en compte les déclarations de la recourante, notant par exemple : « Nous ne pouvons pas nous référer au descriptif du déroulement quotidien car cet aspect est entièrement subjectif et nous avons vu que le discours de l'assurée manquait de fiabilité » (expertise p. 22). Le Dr S_____ n'a donc pas tenu compte des symptômes décrits qui n'étaient selon lui pas vérifiables, telles que l'anhédonie, l'idéation suicidaire et les conduites instinctuelles. Pourtant, il a relevé que la recourante avait fait plusieurs tentatives de suicides qui avaient justifié des hospitalisations, ce qui est clairement documenté. Qui plus est, il a retenu le critère de « tentatives de gestes auto-agressifs » à l'appui de son diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline (expertise p. 20). Il apparaît donc que cet élément aurait dû être pris en considération.

L'expert a également relevé qu'il existait une indication formelle pour la prise d'un traitement antidépresseur (expertise p. 26), ce qui est assez surprenant compte tenu du fait qu'il a estimé que le trouble dépressif récurrent était d'intensité légère, et ce sans traitement.

Enfin, l'appréciation de l'expert quant à ce diagnostic est mise à mal par les faits survenus postérieurement à son rapport du 2 janvier 2016, en particulier l'hospitalisation de la recourante du 15 au 21 mars 2016 aux HUG où un trouble dépressif récurrent moyen a été observé, puis du 19 au 25 avril 2016 à la Clinique genevoise de Montana où le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, a été posé.

g. Enfin, le Dr S_____ a considéré que l'anxiété présentée par la recourante ne justifiait pas de diagnostic séparé et constituait un symptôme de la dépression, compte tenu de son ampleur réduite. L'expert aurait dû motiver davantage son appréciation, ce d'autant plus que le diagnostic de trouble anxieux a été régulièrement retenu par les psychiatres traitants (cf. rapport du Dr L_____ des 3 mars, 8 avril et 29 août 2014, ainsi que celui du Dr R_____ du 21 mai 2015) et qu'il a observé que des anxiolytiques de lorazépam et de bromazépam avaient été prescrits (expertise p. 23). Or, il n'a pas précisé si l'ampleur réduite de l'anxiété était le résultat d'un traitement adéquat.

h. L'expert ne pouvait donc pas, sur la base de ses seules observations lors d'un unique entretien de 2h45, exclure des diagnostics qui avaient été retenus et maintes fois confirmés par des spécialistes, dont certains ont suivi la recourante régulièrement et durant une période prolongée.

S'agissant de la capacité de travail, l'appréciation du Dr S_____ ne peut pas non plus être suivie, étant donné qu'il a tenu compte d'une majoration des plaintes qui n'est pas établie et écarté sans motivation valable plusieurs diagnostics.

Partant, les conclusions du rapport d'expertise du 2 janvier 2016 n'emportent pas la conviction de la chambre de céans et aucune valeur probante ne peut lui être reconnue.

Enfin, s'agissant des autres rapports médicaux, ils ne permettent pas non plus de statuer sur l'état de santé de la recourante et sur sa capacité de travail.

En particulier, le Dr L_____ semble ne plus avoir revu la recourante depuis le mois d'août 2014, de sorte que sa dernière appréciation de la capacité de travail n'est pas basée sur un examen récent de la recourante, mais sur sa lecture des rapports des médecins traitants actuels, ce qui n'est pas suffisant.

Les rapports de la Dresse U_____ ne contiennent pas d'anamnèse détaillée et complète, et celui du Dr R_____ contient des informations erronées puisqu'il fait remonter l'existence des troubles à 2010.

Quant au Dr K_____, il n'est pas spécialiste en psychiatrie.

Enfin, les résumés de séjour en milieu psychiatrique ne sont pas non plus probants, faute de contenir une anamnèse complète et de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de statuer, de sorte qu'il convient d'ordonner une expertise judiciaire.

38. Le 30 juin 2017, le Dr W_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur des entretiens avec l'assurée les 30 mai et 14 juin 2017, un entretien avec l'assurée et son époux le 21 juin 2017, ainsi que des entretiens téléphoniques avec les Drs X_____, Y_____ et K_____.

L'assurée séjournait à la maternité depuis fin mai 2017 et était enceinte. L'assurée avait de multiples plaintes dans le registre de l'affectivité et des émotions : souffrance morale intense, tristesse, désespoir, colère (notamment envers sa famille), insomnies, cauchemars, sentiment de détachement par rapport à son mari et à sa grossesse. Ces problèmes étaient décrits comme présents de façon continue. Il a posé le diagnostic de stress post-traumatique en relevant que plusieurs indices concordants plaidaient en faveur de la sincérité de l'assurée, notamment à propos des événements survenus en Irak.

L'assurée présentait une forme sévère du trouble, avec un évolution chronique ; elle avait subi une série d'événement traumatiques différents, s'étalant sur de nombreuses années, ce qui était un facteur de mauvais pronostic ; un seul diagnostic du trouble de stress traumatique suffisait à rendre compte de la labilité émotionnelle, des affects à prédominance dépressive et du changement durable de la personnalité ; l'assurée avait sûrement présenté à certaine période tous les critères pour un diagnostic additionnel de dépression majeure.

Jusqu'en 2010, elle avait pu mobiliser ses capacités de résilience, inopérantes depuis. Le bon pronostic et la récupération totale de la capacité de travail annoncée par le Dr T_____ en 2012 ne s'étaient pas concrétisés. De même, depuis l'expertise du Dr S_____ en 2016, l'assurée n'avait pas retravaillé. Au contraire, son état psychique s'était plutôt détérioré et elle avait été hospitalisée à plusieurs reprises. En raison de son trouble, l'assurée était limitée dans sa flexibilité, ses capacités d'adaptation, de prise de décision, d'endurance et dans son aptitude à évoluer au sein d'un groupe. Le trouble avait des répercussions sur sa capacité de travail. Il était impossible de déterminer la chronologie exacte de l'incapacité de travail entre 2012 et 2016, en raison des fluctuations du trouble. Cependant on pouvait estimer que la capacité de travail avait oscillé entre 0 % et 60 % (moyenne 30 %) sur cette période, si l'on se fiait aux différents avis rendus pendant ce laps de temps. Il y avait suffisamment d'éléments, notamment l'observation de la Dresse Y_____, pour affirmer que, depuis janvier 2016, l'incapacité de travail était totale et la capacité nulle dans toute activité (souffrance psychique constante, hospitalisations). Elle n'était pas capable, en raison de ses troubles, de s'adapter à un environnement professionnel actuellement.

39. Le 7 août 2017, la recourante a observé que l'expert évaluait sa capacité de travail à 30 % entre 2012 et 2016 et à 0 % depuis janvier 2016, de sorte qu'elle avait droit à une rente d'invalidité entière dès le 20 janvier 2014.

40. Le 7 septembre 2017, le Dr Z_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel si la description des signes objectifs restait très rassurante, seuls les éléments subjectifs étaient majeurs. Les conséquences des plaintes de l'assurée n'étaient pas explicitées, par exemple, il n'était pas décrit de somnolence en lien avec les troubles du sommeil, de signe d'anxiété ou de ralentissement psychomoteur. Enfin, l'expert ne se prononçait pas sur les contradictions relevées par le Dr S_____, en particulier en ce qui concernait son licenciement d'avril 2010. En conclusion, si le diagnostic d'état de stress post-traumatique pouvait être retenu, on ne pouvait suivre l'expert sur les conséquences actuelles de celui-ci (incapacité de travail totale pour toute activité). Le rapport d'expertise ne relevait pas de signe de sévérité empêchant toute activité.
41. Le 14 septembre 2017, l'OAI a observé qu'il se ralliait à l'avis du SMR et a relevé que l'expert n'avait pas évalué les critères de jurisprudence relatifs au trouble somatoforme douloureux ; l'expert ne motivait pas ses conclusions par rapport à celles divergentes des autres médecins ou experts. Il n'était pas possible de se prononcer sur l'adéquation / le succès du traitement pendant la durée de la grossesse. Le rapport d'expertise du Dr W_____ étant incomplet, celui-ci ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante.
42. A la demande de la chambre de céans, le Dr W_____ a rendu un complément d'expertise le 27 octobre 2017 ; il lui était demandé d'analyser les indicateurs déterminés par l'ATF 141 V 281.

Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique se référait au DSM-5, lequel était plus récent que la classification de l'OMS ; l'assurée présentait une forme sévère du trouble et répondait aux critères de celui-ci : l'altération du fonctionnement s'observait dans le domaine social, interpersonnel, développemental, éducatif, physique et professionnel ; l'assurée s'était globalement conformée aux traitements prescrits. Ceux-ci avaient été appropriés et adaptés aux connaissances médicales actuelles, même si tous les traitements reconnus dans la littérature médicale pour le trouble de stress post-traumatique n'avaient pas été tentés ; notamment, les thérapies cognitivo-comportementales spécifiques d'exposition et l'EMDR (désensibilisation et retraitement des informations avec l'aide de mouvements oculaires) n'avaient pas été entrepris ; il s'agissait d'approches spécialisées pratiquées par un petit nombre de thérapeutes. Au moment de l'expertise, la grossesse de l'assurée imposait la prudence quant à la pharmacothérapie et, pour cette raison, celle-ci avait été sous-optimale.

D'après l'anamnèse, l'assurée n'avait pas présenté de troubles de la structuration de la personnalité dans l'enfance, l'adolescence ou comme jeune adulte. Il semblait que sa personnalité se soit modifiée alors qu'elle avait déjà atteint la trentaine, suite à des traumatismes et des difficultés professionnelles, quand ses capacités de résilience furent épuisées. On retrouvait chez elle des altérations négatives de l'humeur qui avaient débuté après exposition aux événements traumatiques, comportant de l'irritabilité, de la colère et des troubles du sommeil incluant des

cauchemars. Ce tableau de personnalité était compatible avec le trouble de stress post-traumatique, aussi bien pour les symptômes que par rapport à leur chronologie et l'âge d'apparition.

Le contexte social actuel de l'assurée comportait un certain nombre d'atouts : elle avait obtenu la nationalité suisse, son statut de migrante était donc tout à fait stabilisé ; son mari paraissait très soutenant ; le niveau d'éducation du couple était bon ; leurs ressources financières étaient suffisantes pour permettre à l'assurée d'avoir une assurance maladie complémentaire et ainsi d'être soignée en clinique privée.

Le degré de cohérence entre les différentes anamnèses était élevé : l'assurée, son mari et sa psychiatre rapportaient les mêmes troubles.

Le tableau clinique observé était compatible avec le diagnostic retenu, à savoir un trouble de stress post-traumatique sans épisode dépressif majeur associé actuellement.

Les limitations touchaient certains domaines de manière relativement uniforme : son mari assumerait toutes les charges domestiques et administratives ; aucun loisir n'était décrit ; on relevait une baisse globale de l'activité psychomotrice, l'assurée ayant de la peine à se mobiliser, ce qui était vérifié dans le cadre de l'hospitalisation. Ces limitations contrastaient avec l'état pré-morbide : l'anamnèse et les premiers certificats de travail faisaient état d'une jeune femme dynamique, enthousiaste et motivée.

D'autres domaines de la vie n'étaient que peu ou pas touchés : l'assurée prenait soin d'elle-même et de son apparence, sa présentation et son hygiène étaient soignés ; elle entretenait des contacts avec certains membres de sa famille ; elle avait conservé jusqu'à récemment une vie intime avec son mari et elle était enceinte au moment de l'expertise.

L'assurée acceptait volontiers les traitements recommandés. Elle était demandeuse de soins afin de soulager sa souffrance, comme en attestait entre autres son hospitalisation volontaire à la clinique de La Métairie au moment de l'expertise.

S'agissant de l'avis du Dr Z_____, l'expert relevait ce qui suit : Il ne retenait pas le diagnostic d'un trouble dépressif au moment de l'expertise et ainsi mettait la souffrance constatée sur le compte du trouble de stress post-traumatique, tel que défini dans le DSM-5. Ceci était compatible avec l'absence de signes d'allure mélancolique en entretien. La thymie était en effet labile pendant l'examen, avec une alternance de désespoir exprimé avec faciès triste et pleurs, de propos exprimant de la colère envers sa famille et son vécu, ainsi que de nombreuses plaintes. L'assurée avait exprimé des idées suicidaires.

Le tableau clinique était à considérer dans le contexte de l'hospitalisation : hormis le premier entretien, les rencontres s'étaient déroulées au sein de la clinique La

Métairie. L'assurée était alors très entourée (mari, infirmiers, médecins), ce qui semblait avoir eu une fonction de réassurance importante.

Considérant le licenciement de 2010, il semblait qu'il ait fait suite à une relation conflictuelle avec son employeur. L'hypothèse était qu'à cette période la personnalité de l'assurée s'était modifiée en lien avec le trouble de stress post-traumatique. En attestait de bons certificats de travail antérieurs à cette date, notamment en ce qui concernait ses qualités personnelles et relationnelles.

43. Le 28 novembre 2017, la recourante a constaté que le complément d'expertise du Dr W_____ ne changeait pas les conclusions de son expertise.

44. Le 28 novembre 2017, le Dr Z_____ du SMR a observé que l'expert confirmait dans son complément d'expertise, le diagnostic de trouble de stress post-traumatique mais ne fournissait pas plus d'éléments permettant de retenir une forme sévère. En particulier, il ne faisait mention d'aucun signe objectif de la ligne dépressive (pas d'idée suicidaire, pas de pleur, pas de signe de tristesse visible...) ou anxieuse (pas de signe de tension, pas de tremblement ou de sudation...). De même, il ne signalait aucun signe de trouble dans la relation interpersonnelle au cours de l'examen (pas d'irritabilité, pas de refus de réponse, pas de prostration...). L'expert écrivait que la thymie était labile, mais en relation avec « une alternance de plainte, de désespoir exprimé et de colère » et non avec des éléments objectifs.

La description clinique des signes objectifs restait très rassurante, seuls les éléments subjectifs étaient majeurs. Les conséquences des plaintes de l'assurée n'étaient pas explicitées, par exemple, il n'était pas décrit de somnolence en lien avec les troubles du sommeil, de signe d'anxiété ou de ralentissement psychomoteur.

Enfin, l'expert ne se prononçait pas sur les contradictions relevées par le Dr S_____.

45. Le 30 novembre 2017, l'OAI a rappelé la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281. En ce qui concernait l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes, il apparaissait que la recourante s'était retrouvée en incapacité de travail suite à son licenciement, ce qui correspondait à un problème psycho-social et non du ressort de l'OAI. S'agissant des traitements suivis, le Dr W_____ expliquait que, outre que les traitements étaient appropriés et adaptés aux connaissances médicales actuelles, la recourante y avait été compliant. Il y avait ainsi lieu de considérer qu'il n'y avait pas d'échec des traitements.

En ce qui concernait la comorbidité psychiatrique, si elle n'était plus prioritaire, elle devait être prise en considération pour juger si elle privait la recourante de ressources. A cet égard, le Dr W_____ ne retenait aucun autre diagnostic additionnel au syndrome de stress post-traumatique. Il convenait ainsi de constater qu'il n'existait aucune comorbidité qui interférait défavorablement sur les ressources psychiques de la recourante.

S'agissant du complexe de la personnalité, le Dr W_____ avait relevé que la recourante ne présentait pas de trouble de la personnalité avant la trentaine, « dans des difficultés professionnelles ». Les facteurs étrangers à l'invalidité (difficultés professionnelles) n'étant pas du ressort de l'AI, ce constat ne pouvait être un facteur reconnu comme agissant négativement sur les ressources de la recourante.

Le contexte social de la recourante était plutôt mis en avant de façon positive par l'expert.

Au vu de ce qui précédait, et en application des critères jurisprudentiels, la recourante présentait un trouble qui ne pouvait être considéré comme totalement incapacitant. En effet, plusieurs critères permettaient de confirmer que le trouble n'était pas d'une intensité telle qu'il empêchait entièrement la recourante de travailler.

46. Le Dr S_____ avait « averti d'emblée que le discours se situait dans le registre de la majoration avec une attitude parquée (sic) par la démonstrativité, la théâtralité et l'exagération des plaintes. Il soulignait que les nombreuses incohérences et un manque de fiabilité dans les dires de l'assurée notamment au vu de la variabilité dans les informations transmises, vérifiées par recoupement avec l'expertise de 2012 ou avec d'autres documents médicaux. » (avis SMR du 4 mars 2016).

Or, malgré l'importance juridique des motifs reconnus par la jurisprudence, le Dr W_____ ne se prononçait pas de façon motivée sur ce sujet. Par ailleurs, comme mentionné dans notre précédente écriture, il ne se prononçait pas non plus clairement ni sur l'expertise du Dr S_____, ni sur les autres rapports médicaux au dossier (Drs AA_____, R_____, U_____), ce qui permettait de remettre en cause la valeur probante de son rapport d'expertise.

Au vu de ce qui précédait, il convenait de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire psychiatrique, d'une part car sa valeur probante ne saurait être reconnue. Si par impossible la Cour de céans devait conclure à la valeur probante du rapport d'expertise du Dr W_____, alors il convenait d'interpréter ses considérations au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour retenir que le syndrome de stress post-traumatique n'était pas d'une sévérité telle qu'il empêchait la recourante de travailler.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, étant rappelé que par décision du 22 juin 2012, entrée en force, une rente entière d'invalidité lui a été octroyée, pour une durée limitée du 1^{er} février 2011 au 30 avril 2012.
5. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

6. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

7. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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).

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).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. a. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont notamment applicables en cas de trouble de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2).

b. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants 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).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic 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 douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

c. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. 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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit 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 (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique 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 (consid. 4.4.2).

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 (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 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).

c. L'évaluation psychiatrique comporte une importante marge d'appréciation pour l'exercice de laquelle les impressions directes que se fait l'expert de la personne soumise à l'examen psychiatrique est essentielle, de sorte que ce dernier doit en principe être effectué sur la base d'une consultation médicale et qu'aucun psychiatre ne peut valider l'avis d'un collègue sans avoir examiné lui-même l'assuré. Quant au temps consacré pour l'entretien, il y a lieu de rappeler que la durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Au demeurant, dans le cadre d'examen psychiatrique, les procédés d'évaluation schématiques n'ont qu'une fonction complémentaire et ne peuvent se substituer à l'examen clinique, avec anamnèse, description des symptômes et observation du comportement de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1 et 4.2, ainsi que les références).

11. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les

expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

13. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
14. a. En l'espèce, après avoir dénié toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr S_____ du 2 janvier 2016 et constaté que les autres rapports médicaux au dossier ne permettaient pas non plus de statuer sur l'état de santé de la recourante et sur la capacité de travail de celle-ci, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire.
 - b. Le rapport d'expertise du 30 juin 2017, comprenant son complément du 27 octobre 2017, en tant qu'il est fondé sur l'entier du dossier et plusieurs entrevues avec la recourante, dont un auquel a participé l'époux de celle-ci, ainsi que des entretiens téléphoniques avec les Drs X_____, U_____ et K_____, qu'il comprend une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et médico-psychiatrique, une description des plaintes de la recourante, un status clinique, un diagnostic motivé de façon précise ainsi qu'une appréciation du cas avec la description des limitations fonctionnelles et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante, répond à tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a conclu à la présence d'un trouble stress post-traumatique entraînant des limitations fonctionnelles importantes, à hauteur de 70 %, de 2012 à 2015 et de 100 % dès le 1^{er} janvier 2016, soit une limitation de la flexibilité, des capacités d'adaptation, de prise de décisions, d'endurance, de l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe par la présence d'une asthénie, des troubles de la concentration, d'irritabilité, de douleur morale persistante, de souffrance psychique constante avec des hospitalisations et de la chronicisation de la situation.

Le trouble stress post-traumatique était de forme sévère et chronique (sur presque trois décennies), d'un mauvais pronostic, en particulier parce que la recourante avait été victime de plusieurs évènements traumatiques différents, qui étaient

crédibles (torture, viols, situation de guerre, accident de la voie publique, traumatisme de son frère, incarcération, disparitions de proches), s'étalant sur de nombreuses années, dont certains étaient des traumatismes intentionnels, dont le pronostic était plus mauvais que des traumatismes non-intentionnels.

Des capacités de résilience avaient été mobilisées par la recourante jusqu'en 2010, puis étaient en grande partie inopérantes depuis ; le bon pronostic et la récupération totale de la capacité de travail annoncée par le Dr T_____ ne s'étaient pas produits, l'état psychique s'étant détérioré avec plusieurs hospitalisations.

S'agissant de l'analyse des indicateurs fixés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en présence d'un trouble somatoforme douloureux, applicables au trouble stress post-traumatique, il convient de relever que l'expert a, d'emblée, mentionné que le trouble stress post-traumatique, qui n'est plus contesté par l'intimé (avis du Dr Z_____ du 7 septembre 2017), dont la recourante présente une forme sévère, est, en lui-même, associé à un haut niveau de handicap physique, social et professionnel et que l'altération du fonctionnement s'observait dans le domaine social, interpersonnel, développemental, éducatif, physique et professionnel (complément d'expertise, p. 2).

En particulier, l'expert a relevé que la recourante s'était globalement conformée aux traitements prescrits, relationnels et médicamenteux, qu'elle acceptait volontiers ; elle était demanderesse de soins afin de soulager sa souffrance. La personnalité de la recourante s'était modifiée quand ses capacités de résilience avaient été épuisées avec la présence d'altérations négatives de l'humeur. Le degré de cohérence était élevé ; les limitations touchaient certains domaines de manière relativement uniforme (tâches ménagères et administratives assurées par l'époux, absence de loisirs, baisse de l'activité psychomotrice).

c. La recourante conclut à la prise en compte du rapport d'expertise judiciaire et à la reconnaissance d'une capacité de travail de 30 % entre 2012 et 2015 et nulle dès janvier 2016. L'intimé conteste en revanche la valeur probante de l'expertise judiciaire et conclut à l'absence de caractère incapacitant du syndrome de stress post-traumatique.

15. La chambre de céans constate que les critiques émises tant par le SMR que l'intimé ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

a. Le SMR estime que l'existence d'un trouble stress post-traumatique est convaincante mais que les conséquences retenues par l'expert sur l'état de santé de la recourante ne le sont pas, au motif que l'expert ne relève aucun signe objectif de la ligne dépressive (pas d'idées suicidaires, pas de pleurs, pas de signe de tristesse visible...) ou anxieuse (pas de signe de tension, pas de tremblement ou de sudation) ni de signe de trouble dans la relation interpersonnelle au cours de l'examen (pas d'irritabilité, pas de refus de réponse, pas de prostration...) et qu'il décrit une

thymie labile en relation avec une alternance de plainte, de désespoir exprimé et de colère et non avec des éléments objectifs.

La chambre de céans constate que l'expert a, au contraire, précisé, dans son complément d'expertise, que la souffrance constatée était reliée au trouble stress post-traumatique et au diagnostic de trouble dépressif et que la thymie était labile avec une alternance de désespoir exprimé avec faciès triste et pleurs, de propos de la recourante exprimant de la colère envers sa famille et son père, de nombreuses plaintes et l'expression d'idées suicidaires ; le status clinique résumé dans l'expertise révélait déjà que les émotions étaient dominées par la tristesse, le pessimisme, avec l'expression d'une souffrance morale, d'un mal être généralisé et d'idées suicidaires ; les questions sur le vécu traumatique entraînaient l'expression de symptômes de dissociation et de la peur de rester en tête à tête avec l'expert ; les troubles du sommeil étaient confirmés par l'époux (expertise, pp. 8 et 9). Il existait de la colère et des affects négatifs qui étaient prédominants, une réduction très marquée des activités, un sentiment de détachement, des émotions uniquement négatives, une irritabilité et sensibilité exacerbées dans les relations interpersonnelles, des problèmes de concentration et une perturbation chronique du sommeil qui entraînait une souffrance cliniquement significative (expertise, pp. 12-14). L'expert a aussi insisté sur le fait que la recourante avait dû séjourner à l'hôpital ou en clinique en psychiatrie, à plusieurs reprises (en 2007 aux HUG suite à une réaction suicidaire, plusieurs hospitalisations depuis 2010 à la Métairie, la Lignière, la clinique Biotom et plus récemment en mars 2016 aux HUG, en avril 2016 à la clinique générale de Montana et en octobre 2016 et dès mai 2017 à la Métairie).

L'expert a indiqué que le trouble stress post-traumatique selon le DSM-5 était défini de manière plus détaillée et exhaustive que l'état de stress post-traumatique selon la CIM-10, de sorte que ce seul diagnostic suffisait à rendre compte de la labilité émotionnelle, des affects à prédominance dépressive et des changements durables de la personnalité (expertise, p. 16) ; il existait un chevauchement des symptômes entre ceux liés au trouble dépressif et ceux de trouble stress post-traumatique (tels que l'insomnie ou des difficultés de concentration) (expertise, p. 16).

Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, l'expert a bien relevé des signes objectifs de la lignée dépressive (thymie labile, expression de désespoir, faciès triste, pleurs, nombreuses plaintes, idées suicidaires, pessimisme, mal être généralisé, trouble du sommeil, affects négatifs, émotions uniquement négatives, problèmes de concentration), anxieuse (colère), ou des signes de troubles de la relation interpersonnelle (peur de rester en tête à tête avec l'expert, irritabilité, sensibilité exacerbée dans les relations interpersonnelles). Enfin, la thymie était labile en lien avec son vécu (complément d'expertise, p. 3), de sorte qu'on ne saurait retenir, comme le fait le SMR, que la thymie est labile sans relation avec des éléments objectifs ou que les éléments subjectifs sont majeurs (avis du SMR du 7 septembre 2017).

b. Le SMR estime que l'expert ne se prononce pas sur les contradictions relevées par le Dr S_____ concernant, en particulier, le licenciement de la recourante d'août 2010.

A cet égard, la chambre de céans constate que le Dr S_____ a mentionné que la recourante avait donné plusieurs versions différentes de son licenciement (harcèlement avec une vive réaction de sa part à l'encontre du harceleur, confrontation verbale avec un supérieur hiérarchique et arrêt maladie non accepté ou encore contexte de tentative de viol).

Or, les explications de la recourante, résumées par le Dr S_____, ne varient pas dans une mesure aussi importante que celui-ci entend démontrer. En effet, il s'agit à chaque fois du récit d'un conflit professionnel dans un contexte de harcèlement. Par ailleurs, et comme déjà relevé dans l'ordonnance d'expertise par la chambre de céans, il a été démontré que le Dr S_____ s'est employé à décrédibiliser les propos de la recourante, tout au long de son rapport d'expertise, qu'en particulier s'agissant du licenciement de la recourante, les dissonances et imprécisions ne pouvaient être imputées avec certitude à la recourante dès lors qu'elles pouvaient également résulter d'une mauvaise retranscription de ses propos par les médecins et qu'elles portaient en outre sur des faits relativement anodins en regard avec l'anamnèse du cas. Enfin, l'expert a indiqué que des contradictions dans le récit de la recourante, d'une fois à l'autre sur les circonstances péri-traumatiques ne devaient pas être interprétées comme preuve de non-crédibilité mais étaient expliquées par la dissociation péri-traumatique (expertise p. 15).

c. L'intimé reproche à l'expert son absence de détermination à l'égard des rapports des Drs S_____, AA_____, R_____ et U_____.

A cet égard la chambre de céans constate que l'expert a contesté le rapport du Dr S_____ sur deux aspects. Le premier en motivant les raisons qui permettaient de considérer que les évènements traumatiques étaient bien réels, en relevant que plusieurs indices concordants plaidaient en faveur de la sincérité de la recourante (expertise p. 15 – 16) et que la dissociation péri-traumatique pouvait expliquer certaines contradictions dans le récit (expertise p. 15). Cet avis remet en effet sérieusement en question l'expertise du Dr S_____, laquelle s'attachait principalement à démontrer que la recourante était démonstrative, théâtrale, exagérait ses plaintes, que son discours était moyennement fiable, que ses dires devaient être pris avec circonspection, que les évènements traumatiques étaient invérifiables et que les symptômes l'étaient également (expertise S_____ p. 20 – 21).

S'agissant du second aspect, l'expert a relevé la présence chez la recourante d'altérations négatives de l'humeur, comportant des attentes exagérément négatives quant à elle-même, à d'autres personnes et à l'avenir, ainsi que de l'irritabilité avec une sensibilité exacerbée dans les relations interpersonnelles, de la colère et des troubles du sommeil incluant des cauchemars, des souvenirs répétitifs involontaires

et envahissants des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse, des problèmes de concentration, des émotions uniquement négatives, un sentiment de détachement d'autrui et des réactions dissociatives (expertise p. 10 à 14 et complément d'expertise p. 2 – 3). Or, ces constats vont à l'encontre de l'expertise du Dr S_____, lequel a estimé que la recourante ne présentait aucun symptôme persistant traduisant une hypervigilance (difficultés de concentration, niveau de vigilance accru, irritabilité, accès de colère).

En développant ces deux aspects, l'expert s'est distancé de façon majeure de l'appréciation du cas effectué par le Dr S_____ et, en conséquence, des conclusions prises par celui-ci, de sorte qu'il convient d'admettre qu'il a, de cette manière, bien pris position par rapport à l'expertise du Dr S_____.

Quant aux médecins traitants, l'expert s'est référé à leurs observations (expertise p. 15 à 17), en particulier à l'observation de la Dre U_____ (expertise p. 17) et a précisé que le fait de ne pas retenir de diagnostic additionnel à celui de trouble stress post-traumatique ne signifiait pas qu'il était en désaccord avec les médecins traitant (expertise p. 16).

En conséquence, la critique de l'intimé sur le caractère incomplet de l'expertise judiciaire, en rapport avec la détermination de l'expert sur les autres avis médicaux au dossier, ne peut être suivie.

d. L'intimé estime que, selon les indicateurs jurisprudentiels pertinents, le trouble de la recourante n'est pas totalement incapacitant, ce d'autant que des motifs d'exclusion sont présents puisque le Dr S_____ a souligné la majoration, par la recourante, de ses symptômes ainsi que son attitude marquée par la démonstrativité, la théâtralité, l'exagération des plaintes et le manque de fiabilité. En particulier, le SMR, dans sa détermination transmise après le complément d'expertise, relève que l'expert confirme que les limitations liées à la modification durable de la personnalité ne touchent pas uniformément tous les domaines de la vie de la recourante (la recourante entretient par exemple de bons contacts avec des membres de sa famille). L'intimé met en avant le fait que l'incapacité de travail de la recourante serait survenue à la suite de son licenciement, problème psychosocial non du ressort de l'AI, qu'il n'y a pas, selon l'expert, de comorbidité psychiatrique interférant défavorablement sur les ressources psychiques de la recourante, que le trouble de la personnalité en lien avec des difficultés professionnelles n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité et que le contexte social de la recourante est plutôt mis en avant de façon positive par l'expert.

d.a. S'agissant de l'analyse des indicateurs jurisprudentiels (ATF 141 V 281), l'expert l'a effectuée de façon précise dans son complément d'expertise.

Il en ressort que l'atteinte à la santé est sévère, ce que l'expert a motivé en mettant en évidence la chronicité du trouble, la présence de traumatismes intentionnels et différents vécu par la recourante s'étalant sur plusieurs années, soit deux facteurs de mauvais pronostic et une symptomatologie floride ayant donné lieu à plusieurs

hospitalisations en psychiatrie. En particulier, l'incapacité de travail qui a suivi le licenciement en 2010 est motivée par l'expert par des raisons médicales, la personnalité de la recourante s'étant modifiée avec le temps, en lien avec le trouble stress post traumatique et les capacités de résiliences étant devenues, depuis 2010, inopérantes (expertise p. 17 et complément d'expertise p. 3). A cet égard, et contrairement à l'avis de l'intimé, l'incapacité de travail postérieure au licenciement de la recourante n'est pas un problème psycho-social non du ressort de l'assurance-invalidité, puisque l'intimé a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2011 au 30 avril 2012, laquelle prenait justement en compte l'incapacité de travail totale de la recourante depuis le 12 février 2010, soit postérieure au licenciement du 2 février 2010, sur la base d'une expertise du Dr T_____ du 23 février 2012 selon laquelle l'incapacité de travail dès février 2010 était justifiée par la dépression sévère et un état d'angoisse important de la recourante (expertise T_____ p. 23 – 24) ainsi que les rapports du SMR des 12 et 19 mars 2012 constatant, depuis février 2010, la présence chez l'assurée d'une dépression narcissique totalement incapacitante et cela jusqu'à février 2012. L'intimé ne saurait, dans ces conditions, revenir sur une décision antérieure d'octroi de rente d'invalidité en estimant que l'incapacité de travail totale présentée par la recourante depuis février 2010 n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité.

d.b. L'expert a aussi exposé que le pronostic était négatif en raison de l'échec de nombreux traitements, malgré l'adéquation de ceux-ci et la compliance de la recourante ; il a proposé une thérapie cognitivo-comportementale, approche spécialisée pratiquée par un petit nombre de thérapeutes ; à cet égard, on ne saurait reprocher à la recourante de ne pas avoir suivi cette thérapie, proposée seulement au stade du rapport d'expertise (expertise p. 18 et complément d'expertise p. 2) ; l'échec des traitements permet en l'occurrence de conclure à un pronostic négatif et l'on peine à comprendre la remarque de l'intimé selon laquelle le fait que la recourante a été compliant aux traitements constituerait la preuve de l'absence d'échec desdits traitements.

d.c. L'expert a encore expliqué que le diagnostic de stress post-traumatique comprenait des symptômes que l'on retrouvait en présence de troubles dépressifs, et de changement de personnalité (expertise p. 16 et complément d'expertise p. 2), de sorte que l'affirmation de l'intimé selon laquelle il n'existe aucune comorbidité interférant défavorablement sur les ressources psychiques de la recourante doit être fortement nuancée.

d.d. L'expert a relevé que le changement durable de la personnalité faisait partie du trouble stress post-traumatique (expertise p. 16) et que la personnalité de la recourante s'était modifiée après la trentaine, suite à des traumatismes et à des difficultés professionnelles, quand ses capacités de résilience avaient été épuisées (complément d'expertise p. 2). La remarque de l'intimé selon laquelle le trouble de la personnalité serait survenu dans des difficultés professionnelles est ainsi par trop réducteur, celles-ci étant un élément parmi d'autres, dont la présence de divers

traumatismes et d'un processus d'épuisement des ressources de la recourante, étant rappelé que l'intimé a admis que l'incapacité de travail de la recourante présente entre 2010 et 2012, relevait de l'invalidité.

d.e. S'agissant du contexte social, l'expert a relevé que la recourante était très attachée et dépendante de son époux (expertise p. 4), que ce contexte comprenait certains atouts, comme la stabilisation du statut de la recourante qui était devenue suisse, le mari qui était soutenant, le bon niveau d'éducation du couple et des ressources financières permettant de financer une assurance maladie complémentaire, permettant à la recourante d'être soignée en Clinique privée (complément d'expertise p. 2).

Selon l'intimé, le contexte social était mis en avant de façon positive par l'expert. A cet égard, les éléments positifs relevés par l'expert permettent d'exclure la présence de difficultés sociales ayant directement des conséquences fonctionnelles négatives et qui ne seraient pas à la charge de l'assurance-invalidité. En revanche, les atouts soulignés par l'expert ne permettent pas de conclure, comme le fait l'intimé, à la présence de ressources mobilisables, hormis la présence soutenant de l'époux de la recourante.

d.f. Par ailleurs, il est à constater que l'intimé ne remet pas en question le caractère uniforme du niveau des activités de la recourante ; l'expert a en effet mentionné un degré de cohérence élevé entre les différentes anamnèses, la recourante n'assumant aucune tâche domestique, administrative, n'ayant aucun loisir et présentant une baisse globale de l'activité psychomotrice, avec une peine à se mobiliser, même si elle était capable de se prendre en charge elle-même (du point de vue des soins et de l'hygiène) et avait pu maintenir des contacts avec certains membres de la famille (complément d'expertise p. 3). L'intimé ne remet pas non plus en cause le poids important de la souffrance, révélé par l'investissement conséquent de la recourante dans le suivi des traitements proposés (expertise p. 18 et complément d'expertise p. 3).

d.g. Enfin, contrairement à l'avis de l'intimé, on ne saurait admettre que des motifs d'exclusion sont réalisés, au sens de la jurisprudence précitée ; en effet, l'intimé s'est borné à renvoyer à l'expertise du Dr S_____ pour affirmer que la recourante majorait ses plaintes, était démonstrative, théâtrale, incohérente et peu fiable dans son discours ; or ces propos ont été dûment écartés par la chambre de céans dans son ordonnance d'expertise du 3 mai 2017. A cet égard, il est constaté que malgré l'argumentation déniait toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr S_____, l'intimé et le SMR persistent à s'y référer, sans pour autant répondre aux griefs, pourtant nombreux, qui ont été énoncés et qui ont ensuite en grande partie été confirmés par le rapport d'expertise judiciaire.

e. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que les critiques émises par l'intimé à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas fondées et que les

conclusions de celle-ci doivent être suivies, soit la constatation d'une capacité de travail de la recourante de 30 % entre 2012 et 2015 et nulle depuis janvier 2016.

16. La nouvelle demande de prestation ayant été déposée le 23 janvier 2014, le droit à la rente naît le 1^{er} juillet 2014. A cette date, la recourante présentait un degré d'incapacité de travail de 70 %, lequel se confond avec le degré d'invalidité, l'activité antérieure étant exigible, de sorte qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014.

L'incapacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2016 a comme conséquence un degré d'invalidité de 100 % depuis le 1^{er} janvier 2017, soit postérieurement à la date de la décision litigieuse ; toutefois, ce constat ne modifie pas le droit de la recourante, celle-ci devant déjà être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2014.

17. a. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2014.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFGA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

b. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase

d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

c. En l'occurrence, une expertise judiciaire psychiatrique a été nécessaire compte tenu de l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr S_____ effectuée à la demande de l'intimé, comme cela a été exposé dans l'ordonnance d'expertise du 3 mai 2017 (ATAS/347/2017). Dans ces conditions, il se justifie de mettre les frais d'expertise de CHF 3'488.45 à la charge de l'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 17 mai 2016.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2014.
5. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- à la recourante, à charge de l'intimé.
6. Met les frais d'expertise de CHF 3'488.45 à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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