

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2795/2011

ATAS/546/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 avril 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Nils DE DARDEL

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1967, de nationalité suisse, a travaillé comme femme de chambre à 100% à l'hôtel X_____ du 20 juin 1994 au 5 septembre 1998.
2. Suite à un problème cardiaque survenu en septembre 2008, elle a subi une valvuloplastie mitrale le 6 septembre 2008 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Par la suite, elle a présenté un état de décompensation psychique ayant nécessité un suivi psychiatrique dès l'automne 2008. Depuis lors, elle est en incapacité de travail à 100%.
3. Du 1^{er} au 11 novembre 2009, l'assurée a été hospitalisée à la clinique de Belle-Idée en raison d'une crise particulièrement aiguë de dépression en relation avec un conflit conjugal.
4. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 17 mars 2010, visant à l'octroi d'une rente.
5. Le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne cardiologie, a communiqué un rapport à l'OAI en date du 26 mars 2010. Il en résulte que la patiente a présenté le 5 septembre 2008, une décompensation cardiaque gauche sur insuffisance mitrale sévère avec rupture de cordage dans le contexte d'une maladie de Barlow pour laquelle elle a été opérée en date du 6 septembre 2008, par plastie mitrale. Les suites ont été marquées par une incapacité fonctionnelle, ainsi qu'un état anxio-dépressif lié à l'opération, pour laquelle elle est en traitement psychiatrique auprès du Dr B_____. Sur le plan cardiologique, elle a passé en rythme sinusal avec plusieurs épisodes de fibrillation auriculaire. Dans son rapport du 7 septembre 2009 adressé au Dr C_____, médecin traitant, le Dr A_____ a indiqué que l'échodoppler actuel avait mis en évidence un bon résultat de la valvulopathie mitrale, mais qu'une échographie transoesophagienne serait nécessaire dans l'avenir si la symptomatologie des dyspnées persistait malgré le traitement psychiatrique optimal. La patiente était toujours en congé maladie à cause tant de son incapacité de travailler clairement décrite que de la dyspnée à l'effort, d'origine mixte, proprement psychogène.
6. Dans son rapport du 7 juin 2010 à l'attention de l'OAI, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a exposé que l'assurée est en traitement depuis le 2 décembre 2008. La patiente lui avait été adressée pour un suivi psychologique en raison de réactions anxieuses exagérées par rapport au seul traumatisme de l'intervention cardiaque. Ce médecin a diagnostiqué un état de stress post-traumatique suite à une intervention cardiaque, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de septembre 2008 à mi-2009. A

plus de quatre mois de l'intervention et du traumatisme, le status s'était aggravé. En janvier 2009, le Dr B_____ a révisé les diagnostics et posé ceux d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques avec syndrome somatique, de trouble somatoforme indifférencié et d'état de stress post-traumatique suite à une intervention cardiaque le 3 septembre 2008. Licenciée par son employeur au 31 mai 2009, séparée de son mari pour la seconde fois, en juin 2009, l'assurée avait été hospitalisée en date du 1^{er} novembre 2009 en urgence et en entrée non volontaire à la clinique psychiatrique de Belle-Idée jusqu'au 16 novembre 2009. Les procédures de séparation et de divorce prévisibles ne permettaient pas d'escompter une amélioration rapide, quel que soit le traitement administré, tant les ajustements qui lui seraient imposés étaient massifs. Sur le plan fonctionnel et professionnel, elle n'était pas capable, du point de vue psychique, d'affronter maintenant le stress d'une tentative de réinsertion sur le marché du travail. Il était par ailleurs douteux qu'elle pût reprendre sans autre un travail physique lourd de femme de ménage, en tous cas dans les six à douze mois à venir, voire définitivement. Des mesures de réorientation professionnelle seraient plus qu'indiquées, peut-être dans le secteur tertiaire. La patiente s'exprimait très bien en français et avait fait montre d'une excellente intégration avant les troubles actuels ce qui constituait autant d'atouts. Le Dr B_____ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 1^{er} septembre 2008, pour une durée indéterminée.

7. La clinique de Belle-Idée lui a adressé en date du 9 juillet 2010 la lettre de sortie du séjour hospitalier. L'assurée a été hospitalisée du 1^{er} novembre au 16 novembre 2009 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Ce premier séjour en entrée non volontaire avait été provoqué par un risque hétéro-agressif et auto-agressif, dans un contexte de crise clastique à domicile et d'état dépressif sous-jacent.
8. Par communication du 16 août 2010, l'OAI a informé l'assurée que selon les éléments en leur possession, des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
9. Afin de déterminer la capacité de travail exigible ainsi que les limitations fonctionnelles, le Service médical régional AI (SMR) a préconisé d'organiser une expertise psychiatrique.
10. L'OAI a mandaté à cet effet le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a examiné l'assurée en date des 28 février 2011 et 4 mars 2011. Dans son rapport du 14 mars 2011, il a indiqué n'avoir pas objectivé de signes importants de fatigue ni de manque d'énergie ***durant l'examen d'une durée de 180 minutes***. L'humeur était déprimée à la base avec des baisses d'humeur et des moments de larmes. L'expertisée décrivait des idées noires, voire suicidaires par moments dans le passé, dont elle prenait une claire distance par responsabilité pour

son fils. Sur le plan anxieux, elle ne présentait pas d'attente craintive en faveur d'une anxiété généralisée, il n'y avait pas d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Elle ne souffrait pas d'agoraphobie de phobie sociale ni de claustrophobie. Les quelques traits anxieux présents lorsque l'assurée était confrontée à son bilan existentiel restaient relativement discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. L'examen avait eu lieu avec l'aide d'une interprète dans la langue maternelle de l'assurée. Cette dernière s'exprimait avec un discours digressif et évasif en évitant de répondre directement aux questions de l'examineur, surtout dans la première partie de l'examen, tout en restant toujours cohérente. L'expert n'a pas objectivé de symptômes manifestes de la lignée psychotique, notamment délire, attitude d'écoute, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. En l'absence d'une plainte essentielle concernant les douleurs corporelles, l'assurée ne présentait pas de signes suffisants pour retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'expert n'a pas mis en évidence de troubles de la personnalité morbide. Il n'a ainsi retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique avec répercussions sur la capacité de travail. En revanche, l'assurée souffrait d'une dysthymie et d'une dépression anxieuse persistante (F 34.1) existant depuis septembre 2010, sans répercussion sur la capacité de travail.

Dans la discussion du cas, l'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de troubles de la personnalité morbide. Par ailleurs, en dehors de ses cauchemars variables, l'assurée ne souffrait pas non plus d'un événement traumatique constamment remémoré ou revécu sous forme d'une reviviscence envahissante, de sorte que les éléments en faveur d'un état de stress post-traumatique restaient insuffisants pour retenir un tel diagnostic selon les critères de définition de la CIM-10. Par ailleurs, s'agissant de l'abaissement chronique de l'humeur, une perte de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une diminution importante de l'énergie avec une fatigue quasi permanente, l'expert a relevé qu'au vu des incohérences entre la description subjective de l'assurée et des éléments objectivables, ni l'examen psychiatrique actuel ni l'anamnèse de l'assurée ne permettaient de retenir la persistance de symptômes dépressifs moyens ou sévères. L'anamnèse de l'assurée était compatible avec un trouble de l'adaptation déclenché par l'opération au cœur, vécue comme un événement existentiel important. Comme c'est souvent le cas pour des troubles de l'adaptation, l'assurée présentait une amélioration de son état au cours de quelques mois décrite par le psychiatre B _____ le 19 juin 2009. Cette amélioration avait permis à l'assurée de partir en vacances un mois plus tard. En parallèle, la situation de l'assurée était cependant hypothéquée par le conflit conjugal dont elle avait parlé pour la première fois à son thérapeute en mars 2009. En réaction à l'escalade de cette situation, l'assurée souffrait finalement d'une crise clastique avec des menaces auto et hétéro-agressives le 1^{er} novembre 2009 suivie

par une hospitalisation à Belle-Idée. Malgré le conflit avec son mari demandant la séparation, elle avait démontré des ressources d'adaptation suivies par une stabilisation de son état comme en témoignait le rapport du Dr B_____ du 14 janvier 2010 décrivant que l'assurée trouvait un équilibre dans la combattivité en effectuant de multiples démarches. Puis elle avait souffert d'une crise transitoire en mai 2010 après avoir appris que son mari avait loué un appartement avec sa maîtresse enceinte de 6 mois. En résumé, l'assurée présentait la chronicisation d'un trouble de l'adaptation dans le contexte d'une accumulation d'événements stressants avec une opération au cœur, suivie par la confrontation avec des infidélités de son mari déclenchant des crises ponctuelles. Comme le diagnostic d'un trouble de l'adaptation ne pouvait pas être retenu au-delà de deux ans chez une assurée qui continuait de souffrir de symptômes dépressifs chroniques d'une sévérité relativement légère, l'expert a retenu le diagnostic de dysthymie. En l'absence d'une phase sans aucun symptôme dépressif entre deux épisodes dépressifs, il n'a cependant pas pu confirmer le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent. L'assurée s'était installée dans un rôle de victime dont elle refusait actuellement de sortir en mettant en avant la description subjective de symptômes anxieux et dépressifs qui présentaient cependant des incohérences avec les éléments objectivables au vu de l'examen psychiatrique actuel ainsi que de son anamnèse.

En conclusion, l'effort à surmonter les symptômes dus à sa dysthymie afin de reprendre une activité principalement manuelle par exemple en tant que femme de chambre restait raisonnablement exigible au plan psychique. En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y avait pas de limitation au plan psychique, mental ou social. La capacité de travail était de 100% au plan psychique. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à 100%, sans diminution de rendement. L'expert a indiqué qu'on pouvait admettre une incapacité de travail de 100% de septembre à décembre 2008 suivie par trois mois d'incapacité de travail de 50%. Le diagnostic d'un épisode dépressif sévère retenu par le Dr B_____ en janvier 2009 ne pouvait pas être confirmé par les éléments objectivables documentés dans le dossier de l'assurée. Au contraire, cette dernière continuait à faire face aux exigences de la vie quotidienne, ce qui n'était pas compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère posé selon le rapport du Dr B_____, principalement sur la base des déclarations subjectives de l'assurée. Suite à l'hospitalisation de Belle-Idée le 1^{er} novembre 2009, on pouvait admettre un épisode dépressif pendant 2 semaines avec en conséquence une incapacité de travail de 100% pendant 3 mois au maximum à partir du jour de l'hospitalisation. En conséquence, il n'y avait plus d'incapacité de travail à 6 mois de la crise clastique, donc le 1^{er} avril 2010. L'aggravation en mai 2010 était transitoire et l'assurée faisait preuve de ressources d'adaptation, entreprenant un voyage qui n'était pas compatible avec une crise psychique justifiant une incapacité de travail. Il n'y avait dès lors plus d'incapacité de travail au plan psychiatrique depuis avril 2010.

11. Par avis du 19 avril 2011 basé sur le rapport d'expertise du Dr D_____, le SMR a retenu une incapacité de travail de 100% du 1^{er} septembre au 31 décembre 2008, de 50% du 1^{er} janvier au 31 mars 2009, de 0% du 1^{er} avril au 31 octobre 2009, de 100% du 1^{er} novembre 2009 au 31 janvier 2010, de 50% du 1^{er} février au 31 mars 2010 et de 0% dès le 1^{er} avril 2010.
12. Par projet de décision du 12 mai 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'au vu des incapacités de travail retenues, la condition relative à l'octroi d'une rente ainsi que des mesures d'ordre professionnel n'apparaissent pas remplies de sorte que sa demande serait rejetée.
13. L'assurée s'y est opposée et a produit en date du 14 juin 2011 un récapitulatif des arrêts de travail délivrés par son psychiatre traitant. Elle a considéré que l'expertise menée par le Dr D_____ était très lacunaire sur l'état de santé physique et que s'agissant de l'état de santé psychique, il s'éloignait complètement des rapports médicaux des Drs B_____ et E_____ qui retiennent une incapacité de travail de 100%. Elle a produit copie d'une lettre de sortie des HUG du 2 décembre 2010, dont il résulte qu'elle a été hospitalisée du 26 novembre 2010 au 1^{er} décembre 2010 dans le département de médecine interne générale en raison d'un malaise. Le diagnostic principal est une anémie sur spoliation d'origine indéterminée et les diagnostics secondaires sont malaise sans perte de connaissance, d'origine orthostatique et lymphangiectasies massives du bulbe et du duodénum proximal. Il est mentionné que la recourante ne présente aucune incapacité.
14. Dans un rapport adressé en date du 17 juin 2011 à l'OAI, le Dr A_____ a indiqué que depuis sa sortie de l'hôpital pour une plastie de la valve mitrale la patiente avait présenté de multiples problèmes médicaux, notamment une anémie sur spoliation d'origine indéterminée et des malaises d'origine orthostatique. Depuis sa sortie de l'hôpital le 2 décembre 2010, l'anémie était contrôlée par des injections de fer par le Dr F_____ et sur le plan cardiologique il existait une stabilité malgré la fibrillation auriculaire intermittente toujours présente et traitée. Le rapport du Dr A_____ du 17 juin 2011 ne fait pas état d'une incapacité de travail de la recourante.
15. Par avis du 13 juillet 2011, le SMR a estimé que le courrier de la recourante du 14 juin 2011 ne mentionnait pas de modification notable de l'état de santé de l'assurée et que les éléments contenus dans les annexes fournies ne modifiaient pas les conclusions de son rapport du 19 avril 2011.
16. Par décision du 20 juillet 2011, l'OAI a relevé que le rapport d'expertise psychiatrique du 14 mars 2011 montrait un monitoring en faveur de l'absence de prise médicamenteuse et que l'expert ne retenait pas le diagnostic d'épisode dépressif sévère émis par le Dr B_____, dès lors que l'assurée faisait preuve de copying et d'adaptation. L'expertise du Dr D_____ était fouillée

documentée et convaincante. Quant à l'anémie, la situation était stable et le Dr G_____, chef de clinique des HUG ne mentionnait aucune incapacité de travail. En outre, selon le SMR, il n'y avait pas d'éléments nouveaux permettant de remettre en question la capacité de travail raisonnablement exigible dans l'activité de femme de chambre. Le degré d'invalidité était nul et n'ouvrait par conséquent pas droit à des mesures d'ordre professionnel ni à une rente.

17. L'assurée interjette recours en date du 14 septembre 2011. Elle conteste les assertions de l'OAI selon lesquelles l'expertise aurait démontré une absence de prise médicamenteuse alors que précisément le Dr D_____ indique que le taux sérique du médicament antidépresseur, la Sertraline, démontre une prise de médicaments régulière. Par ailleurs, s'agissant de l'Alprazolam, le psychiatre traitant a expliqué les raisons d'une prise irrégulière de cette substance: ce médicament provoque des effets secondaires, de sorte qu'il a recommandé à la patiente de ne prendre les doses prescrites que dans des situations de crises d'anxiété majeures. Elle soutient aussi que le Dr D_____ transforme le diagnostic de trouble dépressif majeur sévère en une dysthymie, sans aucune base médicale documentée. Le fait qu'elle ait conservé des amis, qu'elle ait pris des vacances et qu'elle ait supporté un entretien d'expertise de 180 minutes ne constituent pas des éléments permettant de nier une dépression grave, sévère et récurrente. Cela étant, des éléments très objectifs permettent d'établir qu'elle présente bien une maladie majeure conduisant à une totale incapacité de travail. Tout d'abord le traitement antidépresseur est particulièrement important et il ne conduit nullement à une rémission permettant de retrouver une capacité de travail. Comme l'explique le médecin traitant, le médicament antidépresseur ne l'aide que très partiellement. Au surplus, l'expert n'a pas pris en considération le diagnostic posé dans la lettre de sortie des HUG qui évoque un trouble dépressif récurrent. Elle considère que des éléments objectifs permettent de démontrer que les appréciations de l'expert sont erronées; en effet, il indique dans son rapport qu'en janvier 2009 le Dr B_____ décrivait une dégradation de l'état de santé et retenait les diagnostics d'épisode dépressif sévère, ainsi que de trouble somatoforme indifférencié d'état de stress post-traumatique. Or, en réalité, le Dr B_____ n'a jamais varié quant à son diagnostic, à savoir, celui d'un état dépressif sévère. Par ailleurs, elle souffre de troubles physiques qu'apparemment les médecins attribuent en l'état à sa dépression récurrente, tels que l'anémie, la fatigue constante, des douleurs diffuses, une fibrillation cardiaque intermittente, voire un manque de fer. Par ailleurs, l'hospitalisation à la clinique de Belle-Idée durant deux semaines en novembre 2009 doit être considérée comme un élément objectif d'un état dépressif sévère récurrent précédant cette hospitalisation. La requérante demande à ce que l'expertise du Dr D_____ soit écartée, dès lors que ce dernier est manifestement un expert usuel de l'AI qui, en pratique, vit professionnellement des rétributions qui lui sont versées par cette institution. Dans ces conditions, et conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la

recourante conclut à ce que la Cour de céans ordonne une expertise indépendante concernant son état de santé et l'incapacité de travail.

18. Dans sa réponse du 10 octobre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours, relevant que selon le SMR, le courrier du Dr B _____ ne permet pas de jeter le doute sur la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr D _____.
19. Après communication de cette écriture à la recourante, 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 9 octobre 2009 (LOJ; RS 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. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à la loi sur l'assurance-invalidité, à moins que celle-ci n'y déroge expressément (cf. art. 1 LAI). 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 345 consid. 3).

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date de la décision litigieuse (ATF 130 V 335 consid. 1.2; 130 V 230 consid. 1.1; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 20 juillet 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI).

Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI, en sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

6. 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 malade, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 s. et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50 s.). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie; ATF non publié 9C_711/2010 du 18 mai 2011, consid. 5.1).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let c. 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c).

c) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67; ATFA non publié I 39/03 consid. 3.2). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

d) Lorsque, 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'investigation 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 252 consid 3b/bb).

8. En l'espèce, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport, ce dernier relève que la recourante présente la chronicisation d'un trouble de l'adaptation dans le contexte d'une accumulation d'événements stressants avec une opération au cœur suivie par la confrontation avec des infidélités de son mari déclenchant des crises ponctuelles. Comme le diagnostic d'un trouble de l'adaptation ne peut pas être retenu au-delà de deux ans chez une assurée qui continue de souffrir de symptômes dépressifs chroniques d'une sévérité relativement légère, l'expert a retenu le diagnostic de dysthymie. Cette affection ne constitue pas une maladie psychiatrique invalidante, de sorte que la capacité de travail de la recourante est de 100% au plan psychique. Le Dr D_____ conclut son expertise en considérant que l'effort de l'assurée à surmonter les symptômes dus à sa dysthymie afin de reprendre une activité manuelle par exemple en tant que femme de chambre reste raisonnablement exigible sur le plan psychique.

S'agissant de l'expertise du Dr D_____, la Cour de céans constate qu'après un résumé médical complet du dossier depuis la première demande de prestation AI le 17 mars 2010, il est fait mention d'une anamnèse détaillée du cas, notamment sur le plan familial, social, professionnel et systémique ainsi que des antécédents personnels. L'expert fait état des plaintes actuelles de l'expertisée sur le plan psychique et décrit le status psychiatrique. Dans le cadre de l'examen des atteintes à la santé dont souffre la recourante, l'expert pose des diagnostics clairs et répond de façon précise ainsi que motivée aux questions posées, aussi bien sur les limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés que sur l'influence des troubles sur l'activité exercés jusqu'ici. Il en conclut que la recourante bénéficie d'une capacité de travail complète au plan psychique, sans diminution de rendement.

9. La recourante conteste toute valeur probante à l'expertise précitée, lui reprochant notamment une mauvaise appréciation du cas. De plus, elle conteste le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert et conclut, à l'instar de son médecin psychiatre traitant, le Dr B_____, à un état récurrent de dépression ayant pour conséquence une incapacité de travail complète.

Ces critiques ne résistent pas à l'examen du rapport du Dr B_____ du 7 juin 2010. Il ressort de ce document que le diagnostic d' "épisode dépressif sévère" posé en janvier 2009 se fonde principalement sur les déclarations de la recourante, alors que l'expertise du Dr D_____, plus fouillée, pondère les déclarations recueillies à la lumière d'éléments "objectivables", comme la capacité de cette dernière à faire face aux exigences de la vie quotidienne, de s'occuper de son ménage, de s'engager pour son fils, de rencontrer des amis et des membres de sa famille, de se rendre régulièrement en Bosnie, de passer des vacances avec son fils,

etc. Pour réfuter le diagnostic d'épisode dépressif sévère posé par le Dr B_____, l'expert met en exergue les incohérences entre les éléments "objectivables" précités et la description subjective de symptômes anxieux et dépressifs par la recourante. Au vu de ces incohérences, l'expert considère de manière convaincante que ni l'examen psychiatrique, ni l'anamnèse de la recourante ne permettent de retenir la persistance de symptômes dépressifs moyens ou sévères.

La recourante reproche en outre à l'intimé d'avoir retenu à tort que le Dr D_____ aurait démontré une absence de prise médicamenteuse. Il est vrai que dans sa décision du 20 juillet 2011, l'OAI indique que le rapport d'expertise psychiatrique du 14 mars montrait un monitoring en faveur de l'absence de prise médicamenteuse alors même que ledit rapport mentionne en page 15 "une prise régulière de Sertraline [...]" tout en ajoutant que "le résultat de l'Alprazolam est largement en dessous du taux compatible avec le dosage prescrit." Dans son courrier du 9 août 2011, le psychiatre traitant critique la décision de l'intimé du 20 juillet 2011 en déclarant que celle-ci "procède d'une mauvaise lecture du rapport de l'expert" sur la question de la prise de médicaments et de leur dosage.

Sur ce dernier point, la Cour de céans considère que l'expert n'a pas mis en évidence de trouble psychique incapacitant et c'est là l'élément primordial de cette expertise, qu'il y ait ou non prise de médicaments, que le traitement soit efficace ou non, ou qu'il y ait une bonne compliance ou non.

La recourante reproche également à l'expert de n'avoir pas pris en considération le diagnostic posé par les HUG dans leur lettre de sortie, à savoir celui de "troubles dépressifs récurrents". Ce grief ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expertise. Celle-ci a beau ne pas faire mention de la lettre de sortie des HUG du 2 décembre 2010, il n'en demeure pas moins que cette lettre ne motive d'aucune manière les "troubles dépressifs récurrents" qui figurent dans la rubrique des "comorbidités actives". Par ailleurs, ce document mentionne expressément que la recourante ne présente aucune incapacité de travail. Quant à la lettre de sortie des HUG du 20 novembre 2009, force est de constater que le diagnostic principal de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen" n'est pas motivé non plus.

La recourante entend également tirer argument du courrier du Dr A_____ du 17 juin 2011 à l'OAI. Or, ce dernier ne se prononce pas quant à la capacité de travail de la recourante.

En définitive, la recourante ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui permettraient de douter du bien fondé des conclusions de l'expert. La Cour de céans ne s'écartera donc pas de celles-ci.

10. La recourante se réfère enfin à un arrêt du Tribunal fédéral du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), dans lequel notre Haute Cour s'est penchée sur les principes

régissant les missions d'expertises confiées aux centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Elle prie en conséquence la Cour de céans d'ordonner une expertise concernant son état de santé et son incapacité de travail. Cet argument tombe cependant à faux. L'arrêt 137 V 210 a certes amené des modifications en matière d'examens médicaux, mais il y a lieu de souligner que les changements ne concernent pas tant les expertises en tant que telles que les modalités de leur mise en œuvre afin de garantir l'égalité des armes entre autorités et assurés. Le Tribunal fédéral a ainsi modifié sa jurisprudence en ce sens qu'une expertise ordonnée par l'administration doit faire l'objet d'une décision incidente susceptible de recours, et que les droits de participation de l'assuré sont renforcés (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 de l'arrêt précité). En revanche, il a expressément relevé que l'application aux cas en cours d'instruction des nouveaux principes jurisprudentiels n'implique pas que les expertises ordonnées selon l'ancienne procédure ne puissent se voir reconnaître de valeur probante. Au contraire, il convient, en fonction des spécificités du cas et des griefs soulevés, de déterminer s'il est conforme au droit de se fonder sur les moyens de preuve à disposition (consid. 6 de l'arrêt précité). Tel est le cas en l'espèce, comme cela ressort des considérants qui précèdent.

Au surplus, la jurisprudence fédérale évoquée ne justifie nullement d'annuler la décision de l'OAI, ne serait-ce que parce que l'arrêt en question (ATF 137 V 210 du 28 juin 2011) est postérieur à l'expertise.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

11. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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