

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3000/2013

ATAS/1064/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2014

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître AELLEN Cyril

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1952 est d'origine équatorienne, divorcée et mère deux enfants adultes. Après une formation universitaire en science économique et sociale en Equateur, elle est arrivée en Suisse en 1983 où elle a travaillé comme employée de production, en dernier lieu chez B_____ SA (horlogerie) depuis 1990. A partir de 2002, elle était assistante au Service presse et communication dans cette société. Celle-ci a résilié son contrat de travail, dans le cadre d'un licenciement collectif, par courrier du 10 février 2009 pour le 31 mai 2009.
2. Depuis le 13 février 2009, une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques est attestée par le Dr C_____, psychiatre.
3. Après avoir été annoncée par l'assureur perte de gain de son dernier employeur pour la détection précoce de l'invalidité, l'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité en janvier 2010. Du rapport d'évaluation du 13 avril 2010 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) résulte notamment que l'assurée n'arrivait plus à se concentrer. Même la lecture était devenue très difficile. Elle ne sortait que lorsqu'elle y était obligée pour faire les courses et les rendez-vous médicaux. Son travail avait été tout pour elle et elle avait été très fière de travailler pour le service de presse de B_____ SA. Ayant toujours été très perfectionniste, elle voulait toujours rendre un travail au-dessus de toute critique. Le licenciement après presque 20 ans de services l'avait détruite.
4. Dans son rapport du 8 juin 2010, le Dr D_____ du Centre Psychologie Clinique (CPC) a mentionné un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, une anxiété généralisée et un trouble important de l'adaptation. L'incapacité de travail perdurait. Dans les limitations étaient citées une attention flottante, un sentiment d'être stressée et abandonnée, un sentiment d'être isolée et la gestion difficile du stress. Le traitement consistait en psychothérapie et un antidépresseur (Efexor 37,5 mg). Il était également mentionné dans ce rapport que la patiente avait subi une blessure narcissique, liée et déclenchée par le départ de son mari et aggravée par le licenciement économique. Elle décompensait par des pleurs, l'agitation et par une forme de somatisation à bas bruit, rampante, car elle se plaignait d'avoir mal au cœur et des fourmillements aux bras et main gauches.
5. En juin 2010, l'intéressée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique à la Clinique Corela, fonctionnant en tant que Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (COMAI). L'expert, le Dr E_____, psychiatre et psychothérapeute, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail était totale dès le jour de l'expertise. Concernant les comorbidités, l'expert a mentionné l'âge qui démotivait l'expertisée, dans la mesure où il était difficile de trouver du travail à son âge. Une inscription au chômage serait souhaitable. Dans les plaintes, l'expert a rapporté que l'assurée manquait d'énergie, ressentait une petite douleur à

l'épaule gauche, se plaignait d'un dégoût de la situation, ainsi que d'un sentiment d'échec et d'injustice après tant d'années de travail. L'expert a écarté les critères majeurs de la dépression, estimant en ce qui concerne la tristesse, que l'expertisée se disait uniquement être plus triste le soir et n'être pas abattue. Concernant le critère d'intérêt et de plaisir, selon l'expert, l'expertisée faisait certaines activités, qui n'étaient toutefois pas précisées dans l'expertise, avec un plaisir non négligeable. Quant à l'énergie, elle n'était réduite que de façon modérée, l'assurée étant très en forme le matin. Elle avait par ailleurs une certaine confiance et estime en elle-même, même si elle se trouvait partiellement ébranlée par le cours des événements, ressentant un rejet en raison du licenciement. Il n'y avait pas de culpabilité et la concentration restait relativement correcte. Il y avait un petit ralentissement discret, mais pas de troubles cognitifs ni d'anxiété. Quant au sommeil, il était variable et fluctuant. L'appétit avait un peu augmenté. Sur l'échelle Hamilton, le score était à la limite supérieure d'absence de dépression. Le traitement médicamenteux consistait en Efexor à 37,5 mg, de phytothérapie anxiolytique et d'Amitriptyline. L'expert a considéré ce traitement insuffisant et a recommandé à l'expertisée de sortir davantage et d'être un peu moins passive face aux événements. Son état pourrait s'améliorer si elle se prenait davantage en charge et ruminait moins un sentiment d'échec. Elle devrait aussi faire plus les choses par elle-même et sortir ainsi de sa dépendance vis-à-vis de sa fille.

6. Dans son rapport du 26 août 2010 à l'attention de l'assureur perte de gain, la Dresse F_____ du CPC a confirmé les diagnostics émis par le Dr D_____ et a attesté une aggravation de l'état suite à l'expertise. Le pronostic était très réservé quant à la capacité de travail et on ne pouvait pas envisager une reprise de travail.
7. Dans son rapport du 7 octobre 2010, la Dresse F_____ a confirmé la péjoration des troubles psychiques avec un manque de concentration, une très grande fatigabilité, un ralentissement psychomoteur marqué et une importante perte de motivation empêchant la mobilisation des ressources. La chronicité de la pathologie constituait un élément défavorable pour envisager la reprise à moyen ou long terme.
8. Dans son rapport du 16 décembre 2010, la Dresse F_____ a attesté une aggravation sur le plan psychologique et physique. L'arrêt des prestations de l'assureur perte de gain avait provoqué un choc psychologique. Elle n'avait plus aucun intérêt ni un désir quelconque et n'arrivait plus du tout à assumer son ménage, ses repas et l'administration. Elle ne pouvait sortir qu'accompagnée. Les symptômes étaient une tristesse et des idées noires, une perte de tout élan vital, de plaisir et de l'intérêt, un sentiment de dévalorisation très important et de culpabilité, un pessimisme face à l'avenir, un isolement social et une grande dépendance de sa sœur et de ses deux enfants. Les plaintes étaient une tête vide, la perte de tout plaisir, la peur de sortir seule, et une perte de concentration.
9. Selon le rapport du 18 avril 2011 du Dr G_____, psychiatre FMH, il suit l'assurée depuis le 28 octobre 2010. Il a émis les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Elle suivait une psychothérapie à raison d'une séance par

semaine avec une bonne adhésion au traitement. Le traitement médicamenteux consistait en Citalopram 20mg par jour et de Trittico 50mg le soir. L'incapacité de travail était toujours totale, mais on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % probablement en automne 2011. Il y avait une légère amélioration depuis janvier 2011. Dans le status clinique, le Dr G_____ a notamment mentionné que l'assurée était soignée de sa personne, au contact poli voire obséquieux, ralentie dans le discours et dans les mouvements, avec perte d'élan vital, au discours cohérent mais assez monocorde, évitant le regard de l'interlocuteur en s'occultant les yeux de la main comme craignant la lumière. Ses propos, d'une grande banalité, alternaient entre ses difficultés à « remonter la pente, à voir le jour » et des propos de nature mélancolique d'humiliation, de perte définitive de l'honneur aux yeux d'autrui et de la dignité, ainsi que d'une grande culpabilité. Elle avait un vif sentiment d'injustice et décrivait son licenciement comme un effondrement de sa vie antérieure. Enfin, à ses troubles psychiques, s'ajoutaient des troubles auditifs en voie d'investigation.

10. Le 13 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il lui octroyait deux appareils acoustiques.
11. En juillet 2011, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) par la Dresse H_____, psychiatre FMH. Dans son rapport du 27 juillet 2011, celle-ci a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère en rémission. Les diagnostics de dysthymie et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Il y avait une amélioration du trouble dépressif qui devait être située en janvier 2011, comme cela avait été attesté par le Dr G_____. L'assurée présentait des périodes où elle se sentait mieux ou même bien et des périodes où elle se sentait moins bien. La plupart du temps elle se sentait fatiguée et déprimée. Tout lui coûtait et rien ne lui était agréable. Elle déclarait en outre ne plus être capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, soit à son ménage qui était assumé par ses proches. Elle n'aimait plus sortir non plus. Toutefois, selon la Dresse H_____, la pathologie psychiatrique ne donnait aucune explication à ce sujet. Par ailleurs, le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ne représentait pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. La capacité de travail était ainsi complète depuis janvier 2011.
12. Le 26 août 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui refuser les prestations.
13. Par courrier du 28 septembre 2011, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a souligné que le Dr G_____ avait envisagé la reprise d'une activité lucrative à compter de l'automne 2011 et non pas en janvier 2011. Par ailleurs, l'amélioration de son état était contestée par ce médecin, selon lequel elle était toujours en incapacité totale de travailler et que ce n'était qu'à partir du 1^{er} octobre 2011, qu'une reprise de l'activité professionnelle à

50 % pouvait être envisagée. Elle a également relevé souffrir d'hernies dorsales. En définitive, elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010 et d'une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2011.

14. A l'appui de ses observations, l'assurée a notamment annexé l'attestation médicale sur 27 septembre 2011 du Dr G_____
15. , attestant une capacité de travail à 50 % à partir du 1^{er} octobre 2011, tout en relevant qu'il demeurait prématuré d'évaluer actuellement le degré d'incapacité de travail futur, dans la mesure où il n'y avait pour l'heure pas d'expérience concrète sur son adaptation potentielle dans un poste proposé. L'amélioration lente de la pathologie dépressive restait fragile et l'évolution incertaine.
16. Le 1^{er} octobre 2011, l'assurée s'est inscrite à l'assurance-chômage.
17. Le 5 octobre 2011, l'assurée a transmis à l'OAI un certificat médical du 5 octobre 2011 du Dr I_____, généraliste, ainsi que les rapports relatifs à une IRM cervicale du 2 décembre 2010 et à des radiographies de la colonne cervicale et lombo-pelvienne. L'IRM cervicale a mis en évidence une discopathie dégénérative débutante C4-C5 et C6-C7 associée à des minimes hernies discales postéro-médianes, sans empreinte sur le fourreau dural et sans toucher le cordon médullaire qui ne présentait pas de lésion. Il n'y avait pas de canal cervical étroit ni sténose foraminale. La radiographie de la colonne lombo-pelvienne a notamment montré une spondylose discrète de la colonne lombaire basse et une arthrose facettaire débutante au niveau de la jonction lombo-sacrée pouvant signifier la présence d'un syndrome facettaire. Dans son certificat médical, le Dr I_____ a repris les conclusions des examens radiologiques.
18. Le 5 octobre 2012, le Dr G_____ a attesté que l'assurée était en arrêt de travail à 50 % pour une durée indéterminée.
19. Selon le rapport du 15 octobre 2012 de l'entreprise Intégration pour tous (IPT), l'assurée a participé à des stages dès juin 2012, lesquels ont été interrompus le 13 août 2012 pour raison de maladie. La collaboration avec l'assurée avait débuté avec le module "PIE". Elle s'était montrée discrète durant le module, mais tout de même preneuse de l'outil. Puis elle avait continué avec le module « Gestion du changement » avec comme objectif l'acquisition des outils pour pouvoir faire le deuil de son ancienne activité professionnelle et apprendre à mieux gérer émotionnellement la situation actuelle. Là aussi, elle s'était montrée respectueuse du cadre et ponctuelle. Elle avait cependant des difficultés pour s'affirmer et gérer ses pensées. Malgré l'évolution positive de la situation de santé, elle n'avait pas encore réussi à faire le deuil de son ancienne activité professionnelle, ce qui l'empêchait actuellement d'avancer dans ses démarches de façon constructive. A l'issue du module, un stage d'observation en tant qu'employée de tri de petites pièces mécaniques légères lui avait été proposé. Toutefois, elle avait interrompu le stage en raison d'un nouveau problème de santé. Pour l'instant, ce problème ne lui permettait pas de poursuivre la mesure IPT.

20. En mars 2013, l'assurée a fait l'objet d'une expertise rhumatologique par le Dr J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne, ainsi que médecine manuelle. L'assurée souffrait d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), avec influence sur la capacité de travail. Les autres diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir les lombalgies chroniques récurrentes, sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires et avec une minime arthrose facettaire postérieure L5-S1, les cervicalgies chroniques récurrentes sans signes radiculaires irritatifs et déficitaires, le status post cure de canal carpien en 2011 et le status post surdité et transmission appareillée depuis 1998, ainsi que le status post opération de l'oreille gauche en 2006. Elle se plaignait de lombopyalgies, de cervico-brachialgies, de polyarthralgies, de gonalgies et d'omalgies à droite. A l'examen clinique, elle pouvait rester assise pendant les deux heures de l'entretien. Elle était très démonstrative (gémissements et grimaces aux moindres effleurements cutanés). Elle s'était également levée sans signaler de douleur et suivait l'expert dans le cabinet sans boiterie, mais très lentement. Le dévêtement et le rhabillage se faisaient de manière laborieuse et lente. Elle s'était couchée et relevée de manière fluide, en exprimant la douleur de manière très intense avec grimacement. L'examen frappait par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de tolérance à la douleur. Il y avait 5/5 signes de non organicité selon Waddell. L'expert a proposé la poursuite de physiothérapie, une médication antalgique avec une médication tricyclique dans le but de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur. Dans son activité antérieure d'employée de bureau, sa capacité de travail était de 100 %.
21. Dans son avis médical du 12 juillet 2013, la Dresse K_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la suisse romande (SMR), a constaté que l'assurée souffrait d'un syndrome polyinsertionnel de type fibromyalgie et que les autres atteintes ostéo-articulaires étaient sans répercussion sur la capacité de travail. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave, d'une absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et d'une maladie grave sans rémission durable, il convenait de considérer que l'assurée était capable de surmonter ses douleurs et de retrouver sa capacité de travail entière.
22. Par décision du 17 juillet 2013, l'OAI a confirmé son projet précité.
23. Le 16 septembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière de février 2010 à septembre 2011, d'une demi-rente d'octobre 2011 à juillet 2012 et d'une rente entière dès août 2012, sous suite de dépens. Elle a répété qu'elle présentait une incapacité de travail depuis février 2009 et non pas depuis février 2010 comme retenu à tort par la Dresse H_____. Par ailleurs, son état de santé ne s'était amélioré qu'à partir d'octobre 2011 et elle était donc toujours nulle au début de l'année 2011. Il était par ailleurs étonnant que la Dresse H_____ eût nié la présence de critères pour la présence d'un épisode dépressif,

ayant elle-même relevé un léger ralentissement psychomoteur, une thymie légèrement triste et une dépression chronique de l'humeur. Ce médecin avait aussi mentionné que l'assurée se sentait fatiguée et déprimée la plupart du temps, elle n'était plus capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, son ménage et ses repas étant assumés par ses proches, et elle avait renoncé aux sorties. Par ailleurs, elle était en incapacité totale de travailler dès le 13 août 2012, en raison d'une fibromyalgie. Il convenait de considérer que cette affection était accompagnée d'une comorbidité psychiatrique importante sous forme d'une dépression, d'une anxiété généralisée et d'un important trouble d'adaptation, selon ses médecins traitants. Le fait qu'elle n'avait plus de vitalité physique et psychologique, ni intérêt ou désir quelconque, n'arrivait plus à sortir seule et devait être accompagnée, n'était plus capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, à savoir son ménage et ses repas qui étaient assumés par ses proches, attestait d'une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. A cela s'ajoutaient des problèmes d'audition et des problèmes dorsaux.

24. Dans le rapport médical, non daté et non signé, du Dr G_____ produit par la recourante, celui-ci a attesté que l'assurée souffrait d'un état dépressif majeur devenu désormais chronique malgré la mise en place d'une médication au long cours et l'essai de divers changements médicamenteux. Une stabilisation sur le plan de la thymie avait été obtenue, mais demeurait discrètement fluctuante, notamment par l'expression surtout anxieuse. L'assurée souffrait actuellement également d'un état de dépendance très important et de la perte de ses capacités d'autonomie due à son manque manifeste d'adaptation à la plupart des tâches exigées par la vie quotidienne. Elle était ainsi épaulée quasi en permanence par une personne de son entourage proche ou de sa famille pour exécuter la plupart de ses activités ménagères. On lui préparait les repas, l'accompagnait pour sa toilette et pour ses sorties à l'extérieur. Souvent elle gardait le lit ou le fauteuil et supportait très mal les changements de température, surtout les stimuli de lumière qu'elle ressentait comme une agression. Ainsi, son comportement était d'une passivité extrême en lien avec son anhédonie qui était l'expression principale de sa dépression. Elle avait ainsi perdu goût à la vie pour la plupart des activités et adoptait un comportement d'évitement massif. Son manque manifeste d'adaptation aux moindres changements de repères d'existence rendait toute tentative de réinsertion professionnelle vouée à l'échec, l'assurée étant très vite déstabilisée par exemple par un retard de bus, une contrariété dans son emploi du temps ou une frustration quelconque. Il est vrai qu'elle avait pu accepter un bénévolat a minima par le biais d'IPT sous forme d'un espace de dialogue, à raison de deux heures par semaine en compagnie d'un petit groupe de dames en recherche d'insertion sociale et originaires d'autres cultures. Cependant, cette activité, suivie de façon pas toujours régulière, l'épuisait sur le plan physique et psychique et elle n'envisageait ni la possibilité d'augmenter le taux d'activité ni une autre activité. Ainsi, il fallait également tenir compte dans le tableau clinique d'une importante pathologie de la personnalité à forte composante

de dépendance et évitante qui aggravait et maintenait en échec toute tentative de réinsertion professionnelle ou sociale.

25. Le 3 octobre 2013, la Dresse K_____ du SMR s'est déterminée sur le rapport du Dr G_____ et a constaté que l'assurée arrivait à surmonter ses douleurs pour travailler à titre bénévole deux heures par semaine. Son attitude passive et plaintive, voire démonstrative vis-à-vis de l'entourage était en lien avec son syndrome polyinsertionnel. Cependant, en l'absence de maladie psychique grave et d'autres critères de gravité, il était exigible que la recourante surmonte ses douleurs et travaille. Le dernier rapport du Dr G_____ constituait ainsi uniquement une appréciation différente d'un même état de fait, reposant sur une analyse bio-psycho-social qui sortait du champ de l'assurance-invalidité.
26. Dans son avis médical du 30 octobre 2013, la Dresse H_____ a notamment relevé que selon le Dr E_____, expert de la clinique Corela, il n'existait en juin 2010 aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Partant, l'aggravation de l'état de santé attestée par la Dresse F_____ en juin 2010 n'était pas crédible. Certes, le Dr G_____ avait attesté par la suite un épisode dépressif sévère en août 2010 avec une légère amélioration depuis janvier 2011 et une récupération de la capacité de travail à 50 % probablement dès l'automne 2011. Toutefois, cette aggravation objectivée en août 2010 ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée. A cela s'ajoutait que le traitement médicamenteux antidépresseur n'était pas adapté à une telle pathologie aiguë. Partant, il n'y avait qu'une incapacité de travail totale d'octobre 2010 à fin janvier 2011. Le médecin du SMR a ainsi maintenu que la reprise de travail était exigible à 100 % dès janvier 2011.
27. Dans sa réponse du 12 novembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours sur la base des expertises des Drs J_____ et E_____, auxquelles il a reconnu une pleine valeur probante, ainsi que les avis médicaux du SMR.
28. Par ordonnance du 28 janvier 2014, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au Docteur L_____, psychiatre FMH.
29. Dans son rapport du 16 avril 2014, l'expert a émis les diagnostics de troubles dépressifs récurrents atypiques, épisode actuel sévère, et de fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles consistaient en une forte diminution des capacités à assimiler les courses quotidiennes, les tâches ménagères et à s'occuper des affaires administratives. La recourante avait besoin d'être accompagnée et soutenue pour réaliser certaines de ces tâches. Ses capacités à établir et à maintenir des relations sociales, à participer à des loisirs ou avoir des activités associatives étaient quasiment nulles. Elle n'était pas en mesure de faire son ménage, à la fois pour des raisons psychiques et rhumatologiques (fibromyalgie). Sa capacité de travail était nulle dans toutes activités dès le 13 février 2009. L'appréciation du Dr G_____, selon laquelle la recourante avait une capacité de travail de 50% à partir du 1^{er} octobre 2011, était crédible. Cependant, depuis 1^{er} novembre 2012, elle ne disposait

plus d'une capacité de travail à ce taux. L'atteinte psychiatrique constituait une comorbidité grave à la fibromyalgie. Par ailleurs, la plupart des autres critères de la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie était également réalisés. Il ressort par ailleurs de cette expertise que les facultés cognitives de la recourante apparaissent perturbées dans le sens d'un ralentissement du cours de la pensée, d'une difficulté à maintenir le focus d'attention et d'une pauvreté de la production verbale. Toutefois, la mémoire semblait conservée dans les différentes modalités. L'humeur était également abaissée avec une mimique attristée, une attitude de fatigue et de lassitude, un manque notoire de dynamisme et de combattivité. Les propos de la recourante étaient pessimistes et le contenu du discours appauvri. Elle paraissait légèrement anxieuse, sans instabilité émotionnelle et pleurs pendant l'entretien, mais tendue et contrariée par la situation d'examen. Dans les plaintes, il était mentionné que la recourante se sentait blessée par la lumière et les sons. Elle était fatiguée de façon constante et souffrait de vertiges, lorsqu'elle passait de la position assise à la position debout. Elle ne supportait plus le contact avec autrui et passait beaucoup de temps repliée sur elle-même sans aucun contact avec son entourage. Elle se plaignait par ailleurs de nombreuses douleurs et décrivait des troubles de la concentration provoquant des oublis dans la vie quotidienne. Elle avait beaucoup de mal à lire ou à regarder la télévision. Son moral était continuellement abaissé avec fréquemment des idées noires et des idées de suicide. La plupart du temps, elle écoutait la radio et se rendait aux différents rendez-vous auprès de ses médecins, physiothérapeutes et psychiatre. Interrogée sur son sommeil, elle disait pouvoir dormir uniquement sous traitement médicamenteux. Ses enfants lui préparaient ses repas. Selon l'expert judiciaire, la pathologie dépressive était sujette à des fluctuations d'intensité, sans qu'un épisode de rémission totale ne pût être constaté. Il fallait dès lors poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent atypique, l'épisode actuel étant sévère, sans syndrome psychotique.

30. Dans un avis médical du 5 mai 2014, la Dresse K_____ du SMR a considéré que l'évaluation de l'état psychique cristallisé n'avait pas été correctement faite, dans la mesure où l'expert judiciaire n'avait pas examiné s'il y avait un conflit intrapsychique non résolu. Par ailleurs, il n'expliquait pas en quoi le trouble dépressif était atypique. Compte tenu du ralentissement important, le médecin du SMR s'étonnait qu'un dosage médicamenteux et psychotrope n'eût pas été fait par l'expert. Le tableau pouvait aussi évoquer des effets indésirables ou un surdosage du traitement médicamenteux. Cela étant, une incapacité de travail totale ne pouvait être retenue. Il serait souhaitable que la recourante fût revue par l'expert et que le dosage médicamenteux fût contrôlé. En outre, l'expert devrait expliquer son diagnostic.
31. Dans ses écritures du 13 mai 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis médical de la Dresse K_____.

32. Par écriture du 16 mai 2014, la recourante a maintenu ses conclusions, en se fondant sur l'expertise judiciaire. Elle a par ailleurs relevé que divers médecins du centre médical de Meyrin l'avait déclarée incapable de travailler dès le 13 août 2012. Elle souffrait également de problèmes d'audition et d'une hernie dorsale influant sur sa capacité de travail. La recourante a joint à ses écritures, les derniers certificats établis par le Dr G_____ attestant une incapacité de travail totale à partir de janvier 2014, et le rapport de polysomnographie établi par le Dr M_____, à la demande du Dr N_____, au terme duquel elle souffrait d'un syndrome d'hypopnée obstructive du sommeil de degré sévère, ainsi que d'un syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs.
33. Par courrier du 5 juin 2014, la chambre de céans a invité le Dr G_____ à procéder à une analyse du dosage des psychotropes, après avoir précisé en quoi ils consistaient.
34. Selon le certificat du 20 juin 2014 du Dr N_____, neurologue FMH, ce médecin suivait l'assurée depuis trois ans. Elle souffrait d'une affection neurologique et d'ordre psychologique. Le traitement médicamenteux consistait notamment en Trittico 100mg et de Cipralex 10mg. La compliance médicamenteuse était adéquate.
35. Dans son rapport du 3 juillet 2014, le Dr G_____ a partagé pleinement le diagnostic de trouble dépressif récurrent atypique, épisode actuel sévère que le Dr L_____ avait posé. Le caractère atypique de ce diagnostic relevait du fait que, sous traitements médicamenteux et psychothérapeutique, il y avait peu de levée de la thymie, qu'il y avait une récurrence dominée par la perte de l'élan vital, l'émoussement des affects et le ralentissement du cours de la pensée, un état régressif prononcé, une perte d'autonomie, une importante fatigabilité et des troubles de la concentration. Les troubles de l'adaptation massifs de la recourante n'étaient qu'une conséquence du syndrome dépressif chronique et ne pouvaient constituer une explication à ses nombreux symptômes. Ainsi, les facteurs de stress extérieurs n'étaient pas déterminants à eux seuls pour expliquer la chronicité des symptômes. Quant au traitement médicamenteux, il était dosé au plus juste, tenant compte de la clinique observée et des moyens psychothérapeutiques avancés. Par conséquent, ces médicaments ne pouvaient expliquer le ralentissement actuel, mais au contraire confirmaient le cas atypique de sa dépression, malgré une bonne compliance. La sévérité de l'état dépressif s'expliquait également par le cadre de vie passé de la recourante et la perte très destructrice du lien idéalisé à son ex-mari et l'effondrement narcissique à la suite de son licenciement, qui s'est soldé par un aggravement de ses ressources. Il avait été par ailleurs mal tenu compte des troubles du sommeil et de leur impact sur la dépression, dès lors qu'ils engendraient une perte majeure du rythme nyctéméral en exacerbant la régression causée par le sommeil diurne. Par conséquent, le Dr G_____ se ralliait à la conclusion de l'expert judiciaire selon lequel la capacité de travail était nulle.

36. Dans un avis médical du 7 août 2014, la Dresse K_____ du SMR a constaté que le syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil était postérieur à la décision attaquée du 17 juillet 2013 et que cette atteinte était habituellement traitable, guérissable et n'entraînait de ce fait aucune incapacité de travail durable. L'expert judiciaire ne donnait par ailleurs pas d'explication concernant le diagnostic de trouble dépressif atypique qui ne figurait dans aucune classification internationale. Il serait opportun de connaître des explications supplémentaires de l'expert judiciaire quant au diagnostic retenu. De nombreux facteurs extra-médicaux, soit des facteurs familiaux (divorce) et perte de travail, semblaient prépondérants dans l'histoire de la maladie. Quant au traitement médicamenteux, le principal effet secondaire du Trittico était la somnolence. Le ralentissement lors de l'expertise judiciaire pourrait donc être dû à ce médicament. Il était en outre probable que l'épisode dépressif se fût développé depuis l'apparition des troubles ostéo-articulaires et qu'il fût ainsi partie de la fibromyalgie. Il n'y avait aucune évidence pour que le trouble dépressif pût constituer un diagnostic indépendant. Quant au certificat médical du Dr N_____, il n'apportait rien de nouveau sur le plan psychiatrique. En l'état, le médecin du SMR a persisté dans ses conclusions précédentes.
37. Dans ses écritures du 19 août 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions, sur la base de l'avis du SMR précité.
38. Dans ses écritures du 25 août 2014, la recourante en a fait de même, en se fondant sur l'expertise judiciaire et le dernier rapport du Dr G_____. Elle a notamment souligné que les médicaments n'étaient pas surdosés et ne pouvaient donc expliquer le ralentissement actuel chronique. Par ailleurs, ce ralentissement pouvait être expliqué par le syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère.
39. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente.

-
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
 5. 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. A 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)

6. En présence de syndromes sans pathologie ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 138 V 457, consid. 5.3 et la référence).

Le Tribunal fédéral a 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. 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 (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). 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, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs peuvent constituer des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient, dans cette hypothèse, faire l'objet d'un diagnostic séparé. Cela ne saurait toutefois être le cas lorsque l'état dépressif présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine p. 358; arrêt du Tribunal fédéral 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 5.2).

7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent

l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

8. En vertu des art. 28 al. 2 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
9. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.
10. 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 125 V 351 consid. 3).

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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire par le Dr L_____, laquelle remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes de la recourante, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions motivées. L'expert a contacté les médecins traitants de la recourante, afin de compléter le tableau clinique.

Selon l'expert judiciaire, la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent atypique, épisode actuel sévère, et d'une fibromyalgie. Sa capacité de travail est nulle depuis le 13 février 2009. Entre le 1^{er} octobre 2011 et le 31 octobre 2012, elle était de 50%, puis de nouveau nulle.

Le médecin du SMR reproche essentiellement à l'expert judiciaire d'avoir émis le diagnostic de trouble dépressif récurrent atypique qui ne figure pas dans une classification internationale des maladies mentales. Dès lors que le ralentissement important constaté pourrait aussi être provoqué par un surdosage médicamenteux, il a en outre souhaité que ce dosage soit contrôlé.

Certes, l'expert n'a pas expliqué en quoi le trouble dépressif récurrent est atypique. Il ne fait cependant pas de doute qu'il s'agit d'un épisode dépressif majeur, plusieurs critères des DSM-IV et CIM-10 de ce diagnostic étant réalisés. Cela n'est pas non plus contesté par le SMR. En effet, l'expert judiciaire a rapporté que les capacités de la recourante à établir et à maintenir des relations sociales, à participer à des loisirs ou à avoir des activités associatives étaient quasiment nulles. Elle n'est pas en mesure de faire son ménage, à la fois pour des raisons psychiques et rhumatologiques (fibromyalgie). Ses facultés cognitives apparaissent perturbées dans le sens d'un ralentissement du cours de la pensée, d'une difficulté à maintenir le focus d'attention et d'une pauvreté de la production verbale. L'humeur est abaissée avec une mimique attristée, une attitude de fatigue et de lassitude, un manque notoire de dynamisme et de combativité. Ses propos sont pessimistes et le contenu du discours appauvri. Elle paraît légèrement anxieuse, car tendue et contrariée par la situation d'examen. Elle peut enfin dormir uniquement sous traitement médicamenteux.

Le Dr G_____ partage entièrement les conclusions de l'expert judiciaire, dans son rapport très détaillé du 3 juillet 2004. Il explique que le trouble dépressif récurrent est atypique dans le sens qu'il résiste au traitement médicamenteux et psychothérapeutique, et que la récurrence est dominé par la perte de l'élan vital, l'émoussement des affects et le ralentissement du cours de la pensée, un état régressif prononcé, une perte d'autonomie, une importante fatigabilité et des troubles de la concentration.

Par ailleurs, en ce qui concerne la deuxième critique du SMR, le Dr G_____ a écarté l'hypothèse d'un surdosage des médicaments comme cause du ralentissement psychique important constaté, après avoir contrôlé le dosage. Le médicament est

dosé au plus juste, ce qui n'est pas contesté par le SMR, et ne peut expliquer le ralentissement de la recourante, selon le médecin traitant. En tout état de cause, même en admettant que le médicament provoque un ralentissement, il ne saurait être considéré qu'il provoque à lui seul une incapacité de travail, les autres manifestations d'un trouble dépressif étant bien présentes. Par ailleurs, il peut être préférable d'accepter certains effets secondaires des médicaments, si la symptomatologie principale se trouve améliorée.

Il résulte en outre du dossier médical que l'atteinte psychiatrique a en l'espèce valeur de maladie, cette atteinte relevant d'un trouble dépressif récurrent. Il ne s'agit donc pas d'une incapacité de travail due de façon prépondérante à des facteurs extra-médicaux, comme le SMR semble l'insinuer, même si l'atteinte à la santé a été provoquée par des événements de la vie adverse, comme cela est fréquemment le cas en psychiatrie.

Dans son dernier avis médical, le SMR relève également que le trouble dépressif fait en l'occurrence probablement partie de la fibromyalgie et ne peut à ce titre constituer un diagnostic indépendant, selon la jurisprudence en la matière. Indépendamment du fait que le trouble dépressif est en l'occurrence indépendant de la fibromyalgie, la symptomatologie dépressive ayant in casu clairement précédé les douleurs ostéo-articulaires, il sied de relever que cette même jurisprudence admet qu'un trouble dépressif majeur puisse constituer une comorbidité grave, comme exposé ci-dessus.

En ce qui concerne l'évolution de l'incapacité de travail depuis février 2009, il est vrai que le Dr E_____ de la clinique Corela n'a pas constaté un trouble dépressif majeur lors de son expertise en juin 2010. Toutefois, l'amélioration de l'état psychique n'a pas été d'une longue durée, dès lors que la Dresse F_____ fait dès août 2010 déjà état d'une aggravation, ce qui est confirmé par la suite par le Dr G_____. Or, selon l'art. 88a al. 1 RAI, une amélioration n'est déterminante que si elle a duré au moins trois mois, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Par la suite, la Dresse H_____ du SMR retient dans son examen de juillet 2011 que le trouble dépressif sévère est en rémission. Dans la mesure où le Dr G_____ a admis une légère amélioration depuis janvier 2011, le médecin du SMR conclut à une capacité de travail de 100% dès cette date. Toutefois, le psychiatre traitant a considéré en avril 2011 que la capacité de travail était toujours totale et qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de travail à 50% qu'à partir d'octobre 2011. Le 27 septembre 2011, il admet une capacité de travail à 50% dès le 1^{er} octobre 2011, tout en relevant que l'amélioration lente du trouble dépressif reste fragile et l'évolution incertaine. L'expert judiciaire partage cette analyse, de sorte qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation, d'autant moins qu'une valeur probante limitée peut uniquement être attribuée à l'examen du médecin du SMR, le rapport d'examen comprenant beaucoup de contradictions, comme exposé dans l'ordonnance d'expertise.

Selon l'expert judiciaire, la capacité de travail était ensuite nulle dès novembre 2012. La recourante allègue à cet égard avoir été totalement incapable de travailler déjà dès le 13 août 2012, divers médecins du centre médical de Meyrin l'ayant déclarée incapable de travailler dès cette date pour des raisons physiques. Il sied toutefois de rappeler que le Dr J_____, expert rhumatologue, conclut à une capacité de travail à 100% dans une activité de bureau sur le plan somatique, de sorte que les avis divergeants des médecins traitants ne pourront pas être pris en considération, vu qu'ils ne font pas état d'affections dont cet expert n'aurait pas tenu compte. L'expertise du Dr J_____ revêt en effet une pleine valeur probante, dès lors qu'elle répond aux réquisits jurisprudentiels précités. Enfin, la comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie n'atteignait en août 2013 pas encore un degré de gravité tel qu'elle aurait pu justifier une invalidité fondée sur ce dernier diagnostic, d'autant moins que la recourante s'est montrée très démonstrative (gémissements et grimaces aux moindres effleurements cutanés) et qu'il y avait des discordances entre ses plaintes et le comportement observé, selon le Dr J_____. En effet, elle pouvait notamment rester assise pendant les deux heures de l'entretien avec cet expert, elle s'était levée sans signaler de douleur et suivait l'expert dans le cabinet sans boiterie.

Cela étant, la chambre de céans est convaincue par les conclusions de l'expert judiciaire, lesquelles concordent en outre avec celles du psychiatre traitant. Elle ne juge par ailleurs pas nécessaire de demander un complément d'expertise, un diagnostic psychiatrique étant clairement établi. Ce seul diagnostic permet d'expliquer l'incapacité de travail, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'examiner les critères jurisprudentiels permettant d'attribuer un caractère invalidant à la fibromyalgie, sous réserve de l'incapacité de travail totale alléguée pour des raisons physiques dès le 13 août jusqu'à fin octobre 2012.

13. Dans la mesure où la recourante était totalement incapable de travailler de février 2009 à octobre 2011 et qu'elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité en janvier 2010, le droit à une rente entière est né en juillet 2010.

L'amélioration de l'état de santé de la recourante avec le recouvrement d'une capacité de travail à 50% en octobre 2011 est à prendre en considération après une durée de trois mois, soit dès janvier 2012, de sorte que le droit à une rente entière persiste jusqu'à décembre 2011.

Par la suite, la recourante peut prétendre à une demi-rente, l'incapacité de travail se confondant en l'occurrence avec l'incapacité de gain, dès lors que l'activité précédente doit être considérée comme adaptée. Trois mois après l'aggravation de l'état psychique en novembre 2012, soit dès février 2013, il y a lieu de remplacer la demi-rente par une rente entière, l'incapacité de travail étant de nouveau totale.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision attaquée annulée. La recourante sera par ailleurs mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière de

juillet 2010 à décembre 2011, d'une demi-rente de janvier 2012 à janvier 2013 et d'une rente entière dès février 2013.

15. La recourante obtenant gain de cause, il y a lieu de lui accorder une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
16. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 17 juillet 2013.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière de juillet 2010 à décembre 2011, une demi-rente de janvier 2012 à janvier 2013 et une rente entière dès février 2013.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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