

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/206/2018

ATAS/984/2018

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

**Arrêt du 30 octobre 2018**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX

recourante

contre

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

intimé

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

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1960, célibataire, domiciliée dans le canton de Genève, exerçant la profession de fleuriste à 100 % à son propre compte, s'est trouvée en incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour cause de maladie.
2. La Mobilière – Assurance & prévoyance (ci-après : La Mobilière), qui versait des indemnités journalières pour perte de gain en faveur de l'assurée, a annoncé son cas à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) au titre de la détection précoce. Elle a exigé que, dès avril 2013, son incapacité de travail soit attestée non plus par son médecin généraliste, le docteur B\_\_\_\_\_, mais par un médecin spécialiste.
3. Le 12 juin 2013, l'assurée a eu un entretien de détection précoce à l'OAI, lors duquel il a été convenu avec elle que sa situation serait réévaluée après plusieurs mois de prise en charge médicale.
4. Le 11 septembre 2013, n'ayant pas reçu de réponse de l'assurée à un courrier qu'il lui avait envoyé le 14 août 2013 pour lui demander si elle avait repris son activité professionnelle, l'OAI lui a adressé une communication aux termes de laquelle le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) n'était pas indiqué.
5. Le 4 septembre 2015, La Mobilière a transmis à l'OAI une copie de son dossier avec une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) remplie de façon lacunaire par l'assurée, que la cellule de tri de l'OAI a enregistrée avec la mention d'une incapacité de travail durable depuis le 30 mars 2015 en raison d'un état dépressif.
6. À teneur d'un rapport médical adressé à l'OAI le 17 novembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents (épisode actuel modéré à sévère), et, sans effet sur la capacité de travail, de diabète non insulino-dépendant et de surcharge pondérale et syndrome métabolique. Il a fait mention, à titre d'anamnèse, de symptômes dépressifs aggravés par le décès du père de l'assurée, puis d'une rechute à la suite de la maladie d'Alzheimer de sa mère, d'une aboulie et anhédonie, d'un trouble de la concentration majeur et d'un sentiment de dévalorisation. L'assurée avait par moments des crises d'angoisse et des troubles de sommeil. Son état tendait à devenir chronique. Son traitement consistait en une thérapie de soutien et la prise de médicaments. L'assurée avait été en incapacité de travail à 100 % du 30 mars au 19 avril 2015, puis à 50 % dès le 20 avril 2015. Son activité habituelle était exigible à 50 %, avec une baisse de rendement en raison d'un manque de concentration, d'adaptabilité et de résistance. Il était difficile de se prononcer sur les perspectives d'une reprise d'une amélioration de la capacité de travail.
7. Le même jour, La Mobilière a donné suite à la demande de l'OAI de communiquer à celui-ci son dossier actualisé de l'assurée et le détail des incapacités de travail de cette dernière.

8. Le 30 novembre 2015, l'assurée a informé l'OAI téléphoniquement que son médecin traitant la suivait, à son entière satisfaction, pour l'aspect psychiatrique. Le docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué à l'OAI, le 3 décembre 2015, qu'il n'avait plus vu l'assurée depuis 2013 et n'était de ce fait pas en mesure de répondre de façon appropriée à la demande de rapport médical de l'OAI.
9. Par communication du 1<sup>er</sup> février 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées, et qu'il poursuivait l'instruction de son dossier pour déterminer si elle remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité.
10. Le 25 avril 2016, la docteure D\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé qu'il fallait qu'un rapport médical intermédiaire soit requis du Dr B\_\_\_\_\_ et que soit établi si l'assurée était suivie par un psychiatre.
11. Du dossier que La Mobilière a adressé le 4 mai 2016 à l'OAI ressortait notamment un certificat médical du 15 avril 2016 du Dr C\_\_\_\_\_, aux termes duquel l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), depuis quelques mois avant le 9 mars 2016, date à partir de laquelle ledit médecin la suivait ; l'assurée, fleuriste, vivait avec son compagnon ; une symptomatologie dépressive était apparue en avril 2015 ; ses symptômes étaient une diminution de l'intérêt, un trouble de la concentration et de la mémoire ; elle-même décrivait une fatigue importante, des difficultés à gérer notamment son magasin ; le pronostic était probablement bon ; elle bénéficiait d'un traitement psychiatrique intégré, son incapacité de travail était de 50 % depuis avril 2015 ; son activité habituelle était exigible à 50 % ; on pouvait s'attendre à une reprise d'une pleine capacité de travail dès juin ou juillet 2016.
12. Lors d'un téléphone du 9 mai 2016, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle avait repris un suivi psychiatrique auprès du docteur C\_\_\_\_\_ depuis environ deux mois.
13. D'après un rapport médical du 23 mai 2016 du Dr C\_\_\_\_\_, l'assurée avait une capacité de travail de 70 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Elle avait connu un épisode dépressif en décembre 2012 avec une évolution favorable. L'évolution était favorable avec une capacité de travail de 70 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2016 ; il persistait une fatigue et des troubles de la mémoire et de la concentration avec pour conséquences des difficultés pour organiser et planifier ses activités. L'assurée était orientée aux quatre modes, mais un léger ralentissement et quelques troubles de mémoire et de concentration se constataient, et elle se plaignait de fatigue et d'une diminution d'intérêt. Le pronostic était favorable. L'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré au rythme d'une consultation tous les dix jours, ainsi que d'un traitement médicamenteux.

14. Le 16 juin 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état dépressif de l'assurée, depuis février-mars 2016. La capacité de travail de cette dernière était de 50 % comme fleuriste. L'assurée, qui avait besoin d'une prise en charge psychiatrique, était suivie par le Dr C\_\_\_\_\_.
15. Le 29 août 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics et que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, voire s'était aggravé ; depuis début juin 2016, il y avait eu péjoration de la symptomatologie dépressive. L'assurée relatait une fatigue importante et des difficultés à organiser et planifier le travail. Depuis juin 2016, sa capacité de travail était de 50 % dans son poste de fleuriste indépendante, et de 50 à 70 % dans une activité adaptée telle que fleuriste employée avec moins de responsabilité (la gestion de la boutique et les commandes notamment étant difficiles pour l'assurée). Une poursuite de l'activité de fleuriste indépendante à 100 % ne semblait pas pouvoir être envisagée à terme, mais une activité d'employée serait plus adaptée. La situation devait être réévaluée trois mois plus tard.
16. Le 26 janvier 2017, la Dre D\_\_\_\_\_ du SMR a établi une note à la suite d'un entretien téléphonique qu'elle avait eu avec le Dr C\_\_\_\_\_ et avec le Dr B\_\_\_\_\_.
- Selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'évolution n'était pas favorable. Il y avait persistance d'un tableau dépressif atypique, marqué par une fatigue et une hypersomnie, un adynamisme, sans thymie triste franche ni anhédonie ni culpabilité ni idées suicidaires. Des facteurs de crise contextuels existaient. Le psychiatre soupçonnait un dysfonctionnement de longue date (ouverture intermittente du magasin de fleurs, faibles revenus). Il savait que le Dr B\_\_\_\_\_ envisageait des investigations somatiques, éventuellement un bilan du sommeil, et lui-même suggérait qu'une évaluation psychiatrique soit mise en place, éventuellement avec bilan neuro-psychologique. Il notait la présence de bénéfices secondaires.
  - D'après le Dr B\_\_\_\_\_, l'assurée avait « toujours été comme ça », apparemment peu motivée ou intéressée par son commerce, d'une apparence parfois négligée, vivant dans un appartement encombré et mal entretenu. Ledit médecin se demandait si l'assurée n'avait pas un fonctionnement intellectuel limite et constatait une importante immaturité. L'assurée avait connu des facteurs de crise ayant entraîné une décompensation, mais elle avait aussi une capacité de faire le deuil et aller de l'avant. Une oxymétrie nocturne de dépistage suggérait un syndrome d'apnées du sommeil modéré chez une personne obèse, mais l'assurée refusait de subir une polysomnographie.

Le même jour, la Dre D\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en place d'une évaluation psychiatrique spécialisée, susceptible d'être complétée, si l'expert l'estime nécessaire par un bilan neuro-psychologique, et estimé que l'assurée devait se soumettre à une investigation polysomnographique, de préférence avant l'expertise évoquée.

17. Le 30 janvier 2017, l'OAI a intimé à l'assurée de prendre rendez-vous avec un pneumologue pour un bilan polysomnographique, rendez-vous qui a été pris par l'intermédiaire du Dr B\_\_\_\_\_, auprès du Centre médical de Chantepoulet.
18. À teneur d'un rapport du 24 mars 2017 (parvenu à l'OAI le 12 mai 2017) de la docteure E\_\_\_\_\_, neurologue FMH auprès du Centre du sommeil, le diagnostic de syndrome des hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère était posé, qui nécessitait un essai CPAP (pour « continuous positive airway pressure »).
19. Le 30 mars 2017, La Mobilière a mandaté la docteure F\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, pour une expertise psychiatrique de l'assurée, et a soumis à cette dernière le questionnaire d'expertise. En ayant été informé, l'OAI s'est déclaré d'accord, les 21 et 28 avril 2017, de participer à cette expertise, en demandant que l'expert se positionne aussi sur les rôles des facteurs liés aux contextes de vie de l'assurée (facteurs psychosociaux, cadre de vie, contexte professionnel, facteurs culturels, contexte financier), ne pouvant être pris en compte par l'AI.
20. La Dre F\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique le 16 mai 2017, après un examen de l'assurée de une heure cinquante-cinq minutes le 9 mai 2017 et une lecture attentive du dossier de cette dernière.

Ce rapport relate l'anamnèse de l'assurée sur les plans familial, personnel, professionnel, social, des habitudes, de l'hérédopathie, somatique, psychopathologique (6 pages), ainsi que les plaintes et données subjectives de l'assurée (1 page). Il décrit ensuite le status clinique physique et psychique de l'assurée (1½ pages) et les résultats des tests avec les échelles de Hamilton de la dépression (14 points) et de l'anxiété (22 points). Suit l'appréciation du cas et le pronostic (3 pages), puis sont données les réponses aux questions posées (2½ pages).

L'assurée avait manifesté des troubles psychiques dès jeune adulte, par un trouble de personnalité dépendante à traits anxieux, en février 2013 par un premier épisode dépressif suivi d'une rémission, et dès mars 2015 par un 2<sup>ème</sup> épisode dépressif sévère évoluant vers un épisode dépressif moyen puis léger. Les diagnostics posés étaient ceux de personnalité dépendante à traits anxieux (F60.7) et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger), sans syndrome somatique (F33.00). Ces troubles diagnostiqués avaient nécessité une incapacité de travail de 100 % du 30 mars au 19 avril 2015, 50 % du 20 avril 2015 au 30 avril 2016, 30 % du 1<sup>er</sup> au 31 août (recte : mai) 2016, 50 % du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2016, 70 % du 1<sup>er</sup> novembre au 31 décembre 2016, 60 % du 1<sup>er</sup> janvier au 31 janvier 2017, 50 % du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2017, et de 25 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2017. Il était peu probable, au vu de sa fragilité psychique, de son trouble de personnalité dépendante et de la réduction progressive de ses capacités adaptatives avec l'âge, que l'assurée retrouve une pleine capacité de travail ; ses troubles entraînaient, à titre de limitations, une fragilité psychique, une difficulté à gérer les émotions et les pertes, une thymie

fluctuante selon les évènements, une réduction de la tolérance au stress, une diminution des capacités adaptatives et d'apprentissage. L'assurée avait bénéficié d'un suivi médical et médicamenteux régulier, dont un traitement antidépresseur ayant permis une diminution conséquente des symptômes dépressifs et de l'anxiété, traitement qui devait se poursuivre, de même que le suivi psychothérapeutique, encore pendant plusieurs années. Indépendamment des deux troubles diagnostiqués, entraînant une incapacité de travail durable de 25 %, le cadre de vie, les facteurs psychosociaux et le contexte financier jouaient un rôle défavorable dans la situation de l'assurée, de l'ordre de 30 %.

21. Le 11 juillet 2017, la docteure I\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé de suivre les conclusions du rapport d'expertise de la Dre F\_\_\_\_\_. L'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité dépendante, à traits anxieux, depuis l'adolescence, décompensé sur le mode dépressif lors d'évènements existentiels difficiles ; l'intensité du trouble dépressif avait été sévère en 2015, puis moyen en 2016, puis léger, ne motivant plus qu'une incapacité de travail de 25 % dans l'activité de fleuriste ou de brocanteuse (que l'assurée s'était mise à pratiquer en lieu et place de celle de fleuriste). Sur le plan somatique, l'assurée présentait un diabète de type 2 traité, une hypercholestérolémie, un syndrome des apnées du sommeil, un syndrome du tunnel carpien bilatéral ; de l'avis même du Dr B\_\_\_\_\_, ces pathologies ne causaient pas d'incapacité de travail ; seule la pathologie psychiatrique était incapacitante.
22. Le 15 août 2017, la Fiduciaire G\_\_\_\_\_ SA a transmis à l'OAI les comptes de pertes et profits et les bilans du commerce de l'assurée pour les années 2015 et 2016.
23. D'après une note de travail de l'OAI du 20 septembre 2017 concernant le calcul du degré d'invalidité de l'assurée, le revenu hypothétique sans invalidité de l'assurée était de CHF 14'800.- (d'après ses gains déclarés à l'AVS durant les années 2012 à 2014, confirmés par les données comptables produites). Les comptes du commerce de l'assurée n'étaient cependant pas exploitables ; il fallait se baser sur l'exigibilité médicale dans l'activité habituelle.
24. Le 6 octobre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel une demi-rente d'invalidité lui serait allouée, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %, du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 avril 2017 ; depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017, l'assurée n'aurait plus droit à une rente d'invalidité, sa capacité de travail était de 75 % dans toute activité professionnelle ; des mesures professionnelles ne seraient pas exigibles.
25. Par courrier du 14 octobre 2017 (annonçant un courrier ultérieur), l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, estimant que son incapacité de travail était au minimum de 50 % (et non de 25 %).
26. Le 19 octobre 2017, l'assurée a complété son objection en produisant, en plus du rapport déjà en mains de l'OAI du 24 mars 2017 de la Dre E\_\_\_\_\_, un rapport du

18 octobre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, à teneur duquel le degré de sévérité du trouble dépressif de l'assurée était moyen ; l'incapacité de travail de l'assurée était de 50 % depuis mars 2017 ; ses limitations fonctionnelles consistaient en une fatigue importante (en lien possible aussi avec le syndrome des hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère) et des difficultés dans l'organisation du travail ; elle continuait à bénéficier d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré et d'un traitement médicamenteux.

27. Le 24 novembre 2017, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), selon lequel elle avait été hospitalisée du 19 au 26 juillet 2017 en raison d'une cholécystite aiguë nécrotique ayant nécessité, le 21 juillet 2017, une cholécystectomie par laparoscopie et une cholangiographie peropératoire. L'incapacité de travail de l'assurée avait été de 100 % du 21 juillet au 4 août 2017.
28. D'après un avis médical du 20 décembre 2017 de la docteure H\_\_\_\_\_ du SMR, le psychiatre traitant de l'assurée attestait d'une incapacité de travail de 50 % depuis mars 2017 en raison d'un trouble dépressif moyen, dont les critères ne se retrouvaient pas selon le rapport d'expertise de la Dre F\_\_\_\_\_, qui avait examiné l'assurée le 9 mai 2017 et dont les conclusions restaient valables.
29. Par décision du 9 janvier 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité (dont le montant était de CHF 588.- par mois), sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %, du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 avril 2017, et lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2017 en considération d'un degré d'invalidité de 75 %, de même que des mesures professionnelles.
30. Par écriture du 18 janvier 2018, postée le lendemain, l'assurée a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Son cas n'était pas résolu ; la Dre E\_\_\_\_\_ ferait parvenir son dossier concernant son problème de sommeil, et elle avait subi en juillet 2017 une intervention chirurgicale aux HUG.
31. Le 25 janvier 2018, l'assurée a informé la CJCAS qu'elle avait rendez-vous avec la Dre E\_\_\_\_\_ le 27 février 2018.
32. Le 15 février 2018, l'OAI a communiqué son dossier à la CJCAS et conclu au rejet du recours, en l'absence de tout élément permettant d'apprécier différemment ce cas.
33. Invitée à présenter des observations, l'assurée a communiqué à la CJCAS, le 1<sup>er</sup> mars 2018, trois documents relatifs à son hospitalisation et son opération de juillet 2017 (un avis de sortie, un certificat d'incapacité de travail du 21 juillet au 4 août 2017, une ordonnance). Elle se disait insatisfaite de la décision de l'OAI du 9 janvier 2018 et sollicitait une nouvelle expertise médicale.

### **EN DROIT**

- 
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touchée par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Le recours est donc recevable.

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

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c/aa. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, op. cit., n. 78).

c/bb. Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude circonstanciée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, aient

été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, lignes qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici dans le détail. Il sied de relever que lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute

valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c/cc. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c) ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; cf. not. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d s'agissant de la jurisprudence, toujours valable, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.).

d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

En l'espèce, s'agissant de la LAI, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Au demeurant, cette révision-ci de la LAI, de même que ses précédentes révisions (la 5<sup>ème</sup> révision, du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, et la 4<sup>ème</sup> révision, du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004), n'ont pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, qui est la question ici litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message

---

concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005, p. 4322).

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

4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2017, étant précisé qu'elle ne conteste pas l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 avril 2017, et qu'elle ne requiert par ailleurs pas de mesures d'ordre professionnel.
5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 % à 49 %, de 50 % à 59 %, de 60 % à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).  
b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est ainsi une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ;

---

Pierre Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss), même si elle comprend un aspect médical important puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, attestée médicalement (consid. 2c).

c. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain 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.

6. a. En l'espèce, l'intimé s'est prononcé sur la base d'un rapport d'expertise psychiatrique, qui s'avère, sur le plan formel comme sur le plan matériel, satisfaisant pleinement aux requisits jurisprudentiels. Ce rapport relate en effet l'anamnèse, les plaintes et données subjectives de la recourante, décrit son statut physique et psychique, énonce les résultats des tests effectués ; il comporte une appréciation du cas et fournit des réponses claires aux questions pertinentes. Il a été établi après un examen de la recourante, qui a duré quasiment deux heures, et une étude du dossier médical de la recourante, dont rien ne vient faire suspecter qu'il n'était pas complet.
- b. C'est à raison que l'intimé n'a retenu, à titre d'atteintes à la santé le cas échéant invalidantes, que des troubles d'ordre psychiatrique, à l'exclusion de troubles somatiques. Ni l'experte, ni le SMR n'ont attribué un caractère invalidant aux atteintes somatiques de la recourante, sans que les médecins traitants de la recourante ne viennent contredire cette appréciation. Sans doute la recourante est-elle atteinte d'un diabète toutefois traité, d'une hypercholestérolémie, d'obésité, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, mais rien n'atteste que ces affections limiteraient sa capacité de gain. De même, s'agissant de ses apnées du sommeil, force est de retenir qu'un appareillage correct pour le traiter n'entraîne pas, une fois

l'adaptation effectuée, de limitations fonctionnelles, et qu'au surplus la recourante, qui doit pourtant avoir revu dans l'intervalle la pneumologue du Centre du sommeil, n'a produit aucun rapport dont il résulterait que ses apnées du sommeil seraient invalidantes. Quant à la cholécystite aiguë lithiasique que la recourante a eue en juillet 2017, elle a nécessité une ablation de la vésicule biliaire, opération par laparoscopie dont les suites ont été simples, et n'a justifié qu'une incapacité de travail de quinze jours.

c. La seule divergence entre l'experte et le psychiatre traitant tient au taux de la capacité de travail que présente la recourante dès mai 2017. Alors que pour l'experte, ce taux est de 75 % dans toute activité professionnelle, il ne serait que de 50 % pour le psychiatre traitant.

Ce dernier a toutefois lui-même relevé que les limitations fonctionnelles de la recourante tenaient surtout à une fatigue importante pouvant être en lien avec le syndrome des hypopnées obstructives du sommeil dont souffrait la recourante, dont il a toutefois été vu qu'elles ne doivent pas être tenues pour invalidantes. L'avis du psychiatre traitant quant au taux de l'incapacité de travail de la recourante présente un poids moindre non seulement parce qu'il émane d'un médecin se trouvant dans un rapport de confiance tendant naturellement à lui faire adopter un point de vue favorable à sa patiente, mais aussi parce qu'il ne s'appuie pas sur les critères de la classification reconnue dite CIM-10.

Quant à elle, l'experte, qui a examiné la recourante le 9 mai 2017 durant près de deux heures, a relevé notamment qu'elle ne présentait pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur, avait un discours cohérent, sans trouble formel de la pensée. Dans les éléments florides de la lignée dépressive, elle n'avait pas objectivé un manque d'énergie, ni une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer, mais un manque de confiance en soi, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, en plus d'une humeur abaissée relatée et d'une hypersomnie diurne et un sommeil non réparateur. Elle a retenu que le trouble dépressif récurrent diagnostiqué n'était plus que d'intensité légère, ainsi que le score de 14 points à l'échelle de dépression de Hamilton le confirmait. L'anxiété de la recourante était anticipatrice, avec un score de 22 points à l'échelle d'anxiété de Hamilton, traduisant une anxiété légère à modérée. La problématique majeure relevait d'un trouble de personnalité dépendante à traits anxieux. La recherche pour une anxiété généralisée, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble affectif bipolaire ou une psychose était restée négative. L'experte a énuméré les limitations fonctionnelles qu'entraînaient les deux troubles diagnostiqués – à savoir une fragilité psychique, une difficulté à gérer les émotions et les pertes, une thymie fluctuante selon les événements, une réduction de la tolérance au stress, une diminution des capacités adaptatives et d'apprentissage –, et elle a estimé qu'elles n'interféraient plus qu'à hauteur de 25 % dans la capacité de travail de la recourante. Des facteurs psychosociaux, le cadre de vie et le contexte financier jouaient un rôle défavorable sur la capacité de gain de la

recourante ; il s'impose de relever à cet égard que de tels facteurs ne constituent pas des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

d. Il n'y a pas d'indice concret permettant de douter du bien-fondé du rapport d'expertise et de ses conclusions. Il n'y a nullement matière à ordonner une nouvelle expertise. La chambre de céans retient qu'il est établi à satisfaction de droit, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail de la recourante était bien de 25 % dès mai 2017.

7. Il n'est au surplus pas contesté que les données comptables fournies par la recourante ne permettent pas de procéder à une comparaison des revenus fiables sans et avec invalidité pour déterminer son degré d'invalidité, et qu'en l'occurrence il se justifie de considérer que son degré de capacité de travail (en particulier 25 % dès mai 2017) correspond au degré de sa capacité de gain et, partant, à son degré d'invalidité pertinent.

Or, un degré d'invalidité de 25 % est insuffisant pour fonder le droit à une rente d'invalidité, un taux minimal de 40 % étant requis à cette fin, n'ouvrant alors que le droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Aussi est-ce à juste titre que l'intimé a décidé de ne pas accorder de rente d'invalidité à la recourante au-delà de la période durant laquelle son taux d'invalidité ouvrait le droit à une telle rente (en l'espèce une demi-rente), autrement dit de mettre fin à cette dernière dès mai 2017.

8. a. Le recours doit être rejeté.
- b. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument sera mis à la charge de la recourante, arrêté à son montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

Aucune indemnité de procédure ne doit être allouée (art. 61 let. g LPGA).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A\_\_\_\_\_.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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