



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2233/2019

ATAS/804/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 septembre 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Alexandre de  
GORSKI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FULLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. En 2008, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), institutrice, née en 1959, a appris qu'elle était atteinte d'un cancer du sein. Elle a été soignée par le docteur B\_\_\_\_\_, oncologue.
2. L'assurée, mère de deux filles majeures, s'est séparée de son époux, en septembre 2010.
3. Le 7 février 2012, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, mesures professionnelles ou rente. Le genre d'atteinte à la santé était un cancer du sein, ainsi qu'une « dépression profonde ». Elle indiquait être suivie par le Dr B\_\_\_\_\_ pour le cancer, depuis juin 2008, et par les docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, tous deux psychiatres auprès de la clinique de la Métairie à Nyon, depuis juillet 2011, pour la dépression.
4. Interpellé le 30 avril 2012 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le Dr C\_\_\_\_\_ a rempli un « Rapport médical concernant la réadaptation professionnelle ou la rente » en date du 24 avril 2012 : il a estimé le début de la longue maladie à août 2011 et son effet sur la capacité de travail à une capacité de 0% depuis le 8 avril 2011.

Selon lui, l'activité habituelle pouvait encore être exigible à 50%, moyennant un encadrement professionnel en raison de la perte de confiance en soi, de la passivité, de l'évitement et des angoisses de l'assurée. La capacité professionnelle pouvait être améliorée par une meilleure gestion des émotions, moyennant un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Aucune date ne pouvait encore être définie pour une éventuelle reprise d'une activité à 50%.

Les troubles de la santé étaient causés par une dépression sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), ainsi qu'une personnalité borderline (F60.31), depuis août 2011. Plusieurs séjours d'hospitalisation à la clinique de la Métairie en 2011 étaient mentionnés.

5. Interpellé par l'OAI, le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, médecin traitant de l'assurée, a rempli un « Rapport médical concernant la réadaptation professionnelle ou la rente » en date du 28 février 2013. L'assurée était suivie pour un traitement psychiatrique et psychothérapeutique depuis mai 2012, elle manifestait une thymie triste, des idées noires, de l'anxiété, de l'aboulie, de l'anhédonie ; aucune évolution n'était remarquée. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, aucune activité n'était exigible en raison du manque de concentration, de l'attention, de la motivation, ainsi que d'une fatigabilité accrue, et une amélioration de la capacité de travail ne paraissait pas prévisible. Les doses médicamenteuses quotidiennes étaient de 225mg de Venlafaxine, de 30mg de Dalmadorm avec une éventuelle dose supplémentaire en réserve ; du Xanax était également prescrit en réserve.
6. Dans un rapport intermédiaire du 29 septembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré depuis le mois de mars 2013,

---

elle avait été hospitalisée à la clinique de la Métairie en juillet 2013 suite à une péjoration globale avec idées suicidaires et était toujours hospitalisée en septembre 2013. Selon le médecin-traitant, la situation avait commencé à s'aggraver en mai 2013, ce qui avait entraîné l'hospitalisation en juillet 2013. Les doses d'Efexor par 225mg et de Dalmadorm par 30mg étaient restées les mêmes, à quoi s'était ajouté la prise de Xanax deux fois par jour.

7. Dans un rapport intermédiaire du 10 octobre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé dans les grandes lignes le rapport du Dr E\_\_\_\_\_, ajoutant que la patiente ne pouvait pas reprendre d'activité et que son état nécessitait une prise en charge psychiatrique de longue durée. La dose de Venlafaxine indiquée par le Dr D\_\_\_\_\_ était de 150mg deux fois par jour.
8. Un autre rapport médical du 15 octobre 2013, à l'attention de l'OAI et rempli par le docteur F\_\_\_\_\_, rhumatologue, faisait état de douleurs à l'épaule gauche et sur le côté gauche, mais – selon le médecin – sans conséquences, du point de vue rhumatologique, sur la capacité de travail de l'assurée.
9. Par courrier du 5 février 2014, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de demander une expertise médicale psychiatrique et rhumatologique, en joignant une liste de questions aux experts.
10. Dans un rapport intermédiaire du 30 mai 2016, la doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré et qu'elle était « en chute libre » depuis qu'elle avait perdu son emploi bénévole dans une ludothèque. Selon le médecin-traitant, la situation avait commencé à s'aggraver en mai 2013, ce qui avait entraîné l'hospitalisation en juillet 2013. Les doses quotidiennes d'Efexor, par 225mg et de Dalmadorm, par 30mg, étaient restées les mêmes, à quoi s'était ajoutée la prise de Xanax deux fois par jour. En fin de rapport, la Dresse G\_\_\_\_\_ s'étonnait que l'OAI réclame encore des rapports médicaux plutôt que de prendre une décision quant à la capacité de travail de l'assurée dont l'état de santé ne cessait de s'aggraver.
11. Par courrier du 30 mars 2017, l'OAI a, derechef, informé l'assurée de ses intentions de demander une expertise médicale psychiatrique et rhumatologique, en joignant une nouvelle liste de questions aux experts. L'assurée n'a pas contesté le libellé des questions et n'a pas proposé de questions supplémentaires.
12. Interpellé par l'OAI le 31 mars 2017, le nouveau médecin traitant de l'assurée, le docteur H\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a rempli un « Rapport médical concernant la réadaptation professionnelle ou la rente » en date du 27 avril 2017 ; il a estimé le début de la longue maladie à 2012 et la capacité de travail de l'assurée à 0% dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient une asthénie, une aboulie, ainsi qu'un ralentissement des fonctions psychomotrices.

Les troubles de la santé étaient causés par une dépression sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), ainsi qu'une personnalité borderline (F60.31). Plusieurs

séjours d'hospitalisation à la clinique de la Métairie étaient mentionnés. L'anamnèse indiquait que la dépression résultait d'un cancer du sein en 2009, puis de la séparation et du rejet de son mari en 2010. Plusieurs tentatives de suicide étaient mentionnées, ainsi qu'un isolement social et personnel, un repli sur soi, une peur de mourir, un sentiment d'abandon et une maltraitance pendant l'enfance.

Les doses de médicaments prescrites quotidiennement, au moment de la rédaction du rapport médical, étaient de 40mg de Tranxilium, de 15mg de Seresta, de 10mg de Zoldorm, de 150mg de Venlafaxine et de 15mg de Remeron.

Le Dr H\_\_\_\_\_ considérait que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail de l'assurée.

13. L'expertise médicale bi-disciplinaire décidée par l'OAI s'est déroulée du 30 mars 2017 au 21 décembre 2017, le rapport d'expertise étant daté du 21 décembre 2017. Elle a été menée par le docteur I\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, et par le docteur J\_\_\_\_\_, rhumatologue. L'examen clinique psychiatrique a eu lieu le 17 mai 2017 et a duré 1h25 ; l'examen rhumatologique a eu lieu le même jour et a duré 1h35.

Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire, les médecins ont résumé le dossier de l'assurée et - en ce qui concerne la dépression - les lettres de sortie de la clinique de la Métairie rédigées par les Drs D\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. Étaient également résumés les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ et de la Dresse G\_\_\_\_\_.

Ils ont décrit l'anamnèse (familiale, personnelle, scolaire et professionnelle, psychosociale et psychiatrique) et l'histoire médicale selon l'expertisée, ainsi que ses plaintes au moment de l'examen, rapporté les symptômes décrits par celle-ci et ses activités quotidiennes.

L'expert psychiatre a commenté le dossier médical reçu et les diagnostics évoqués soit : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), personnalité émotionnellement labile, type borderline (F61.3), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), troubles dépressifs récurrents sévères, sans symptôme psychotique (F33.2), personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), troubles de la personnalité liés à la consommation d'alcool(F10.1) et tentamen médicamenteux (dernière tentative le 16.11.2015).

Le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu qu'au niveau diagnostique, il y avait congruence avec les avis exposés dans le dossier. Il existait bien un trouble dépressif de type récurrent dont l'intensité des épisodes pouvait être variable. Il existait également un trouble de la personnalité qui, au jour de l'expertise, laissait entrevoir une meilleure structuration globale, peut être en rapport avec la thérapeutique et tout simplement l'âge.

Son pronostic quant à la capacité de travail de l'assurée était une capacité de travail de 60% dans la dernière activité professionnelle. Au cours des années, une augmentation progressive de la capacité de travail était possible et devait peut-être être envisagée dans un avenir plus lointain.

L'expert en rhumatologie a estimé qu'en raison de sa pathologie osseuse, avec un risque accru de fracture ostéoporotique, l'assurée ne pouvait pas porter de charges dépassant 5 kg et surtout pas de façon répétitive. En raison de ses troubles dégénératifs sévères au niveau du rachis cervical, elle ne pouvait plus avoir d'activité professionnelle assise derrière un écran.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr J\_\_\_\_\_ considérait que dans son ancienne activité professionnelle, la capacité de travail avait été de 50% depuis 2013 (horaire limité à 6 heures (70%) - la base est une journée de 8.5 heures - à cause des troubles dégénératifs sévères et avec une diminution de rendement de 30%, avec des pauses supplémentaires à cause du travail uniquement devant l'ordinateur).

Depuis début 2013, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 70% (horaire limité à 6 heures en raison des troubles dégénératifs sévères).

Au moment de l'examen clinique, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 70%. Le pronostic de l'expert rhumatologue était que la situation ne devait pas changer à l'avenir.

La synthèse des conclusions des deux experts était que la capacité de travail interdisciplinaire dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée était de 50% depuis 2011, dans une activité adaptée, en dehors des périodes d'hospitalisation où la capacité était nulle. À partir de la date de l'expertise, la capacité de travail était de 60% (limitée à 5 heures par jour).

Les experts concluaient que l'on pouvait éventuellement envisager une augmentation progressive de la capacité de travail, dans un avenir plus lointain, mais pas au-delà de 70%.

14. Par certificat médical daté du 9 janvier 2018, le docteur K\_\_\_\_\_, généraliste, a confirmé qu'il suivait l'assurée à la consultation, régulièrement depuis le 10 novembre 2014 sur adresse de son confrère, le Dr B\_\_\_\_\_. Le Dr K\_\_\_\_\_ avait délivré à l'assuré plusieurs certificats médicaux, attestant d'une incapacité de travail pour raison de maladie à raison de 80%. Selon le certificat, l'assurée avait travaillé dans une ludothèque à raison de 20%, mais avait dû arrêter son travail en raison de la « péjoration de son état de santé ». Elle avait été hospitalisée deux fois à la clinique générale Beaulieu et une fois à la clinique genevoise de Montana, pendant la période allant de novembre 2014 à janvier 2018.
15. Le 5 février 2018, le SMR a rendu son rapport après l'expertise médicale de mars à décembre 2017 et le rapport d'expertise du 21 décembre 2017. Il retenait que l'atteinte principale à la santé était causée par la dépression récurrente, dont

---

l'épisode actuel était considéré comme moyen. Dans les grandes lignes, le SMR déclarait qu'il pouvait suivre les conclusions des experts ayant réalisé l'expertise du 21 décembre 2017. Le SMR retenait, depuis avril 2011, une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50% et de 60% dans une activité adaptée. Pendant les périodes d'hospitalisation du 8 au 22 avril 2011, du 14 juillet au 12 août 2011, du 17 août 2011 au 31 mai 2012, du 29 juillet au 7 septembre 2013 et du 28 juillet 2014 au 17 mars 2015, la capacité de travail était considérée comme nulle.

16. En date du 28 mars 2018, l'OAI a rendu un rapport suite à une enquête économique sur le ménage réalisée le 21 mars 2018. Lors de l'enquête, l'assurée a déclaré que si elle n'avait pas subi d'atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité professionnelle à raison de 60%.

Les calculs complets étaient répartis en deux périodes, suivant en cela l'avis du SMR du 5 février 2018. La période 1 était la période pendant laquelle l'assurée était en incapacité de travailler à 100% durant les périodes d'hospitalisation. La période 2 commençait en avril 2011 et se poursuivait jusqu'au moment de la réalisation de l'enquête ménagère, en dehors des périodes d'hospitalisation de la période 1. L'incapacité (recte : la capacité) de travail dans l'activité habituelle était de 50% et de 60% dans une activité adaptée. Pour la période 1, le résultat retenu par l'enquêtrice était un empêchement pondéré avec exigibilité de 98% ; en dehors de l'administration du ménage, toutes les autres activités étaient considérées comme présentant un empêchement de 100%. Pour la période 2, le taux d'empêchement pondéré avec exigibilité était de 46% ; l'enquêtrice retenait un empêchement de 30% pour l'alimentation, de 70% pour l'entretien du logement et de 50% pour les courses, la lessive et les divers.

17. Le 16 juillet 2018, l'OAI a rendu un préavis sous la forme d'un projet d'acceptation de rente. Le statut d'assuré était celui d'une personne se consacrant à 60% à son activité habituelle et à 40% pour les travaux habituels dans le ménage.

Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014, le droit à une rente entière était octroyé pour un taux d'invalidité reconnu de 83%, respectivement de 99% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014. À dater du 30 juin 2015, le droit à la rente était supprimé en se fondant sur un taux d'invalidité de 28%. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, un quart de rente était octroyé en se fondant sur un taux d'invalidité de 48%.

Un taux d'incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle était reconnu par l'OAI dès le 8 avril 2011 (début du délai d'attente d'un an).

18. L'assurée s'est opposée au préavis par l'intermédiaire de son médecin traitant, le Dr H\_\_\_\_\_, qui a pris position par courrier du 13 août 2018.

Il était reproché à l'expertise de ne pas avoir tenu compte du fait que l'assurée ne faisait que très peu de ménage et ne sortait « que pour promener son chien ou se rendre à la clinique générale Beaulieu ». Les indications sur la consommation d'alcool étaient peu précises, ses capacités avaient nettement diminué et le Dr H\_\_\_\_\_ constatait que l'assurée se négligeait sur le plan de l'hygiène et

l'appelait fréquemment au secours par téléphone. La situation clinique n'avait cessé de se dégrader depuis mai 2017 et une hospitalisation semblait se préciser de plus en plus.

Le Dr H\_\_\_\_\_ concluait qu'en raison de ces changements importants, il était nécessaire de mandater un nouvel expert psychiatre.

19. En date du 7 mai 2019, l'OAI a rendu une décision confirmant le préavis du 16 juillet 2018. Selon la motivation de la décision, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'OAI octroyait un quart de rente à l'assurée en se fondant sur un taux d'invalidité de 48%.

L'OAI retenait le statut d'assuré d'une personne se consacrant à 60% à son activité professionnelle et à 40% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'OAI estimait que le taux d'incapacité de travail, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, était de 50% et le taux d'empêchement dans les travaux du ménage était de 46%.

L'invalidité était ainsi évaluée à 30% sur le plan professionnel et à 18,40% sur le plan des travaux habituels. La somme des deux taux d'invalidité atteignait le pourcentage de 48,40% arrondi à 48%.

Il avait été tenu compte, dans le cadre de la procédure d'audition, du courrier de contestation du Dr H\_\_\_\_\_ du 13 août 2018 qui avait été soumis au SMR. Ce dernier avait considéré que les pièces soumises et les arguments allégués par le médecin traitant ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation.

20. Par acte du 7 juin 2019, le conseil de l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI. Il était reproché à l'intimé de n'avoir pas tenu compte du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 13 août 2018, alors même que ce dernier démontrait une péjoration de l'état dépressif de la recourante depuis l'expertise du 17 mai 2017.

La dépression devait désormais être qualifiée de sévère avec des risques de suicide et un besoin d'hospitalisation. La capacité de travail et de s'occuper de ses activités quotidiennes de la recourante devait être considérée comme nulle.

21. En date du 10 juillet 2019, l'OAI a répondu au recours. Selon l'intimé, l'appréciation du rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ du 17 mai 2018 (recte : 2017) était plus détaillée que les autres pièces fournies par la recourante et se fondait sur une étude plus approfondie. Les avis des médecins traitants n'apportaient aucun élément supplémentaire sur le plan médical, si ce n'est que leur appréciation quant à la capacité de travail de la recourante divergeait de l'appréciation de l'OAI en retenant des éléments incapacitants différents de ceux retenus par les experts.

Le rapport du SMR du 12 septembre 2018, qui se prononçait en détail sur les éléments soulevés par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 août 2018, devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

22. Par réplique du 20 août 2019, la recourante a persisté dans les termes de son recours, faisant valoir, notamment, l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis août 2018 et l'augmentation des doses médicamenteuses de Trittico, Venlafaxine et Quetiapine en mai 2019. Un nouveau certificat du Dr H\_\_\_\_\_, daté du 19 août 2019, était joint à la réplique. Il confirmait la dégradation de l'état de santé de la recourante depuis août 2018, confirmait l'augmentation des doses médicamenteuse et le suivi d'une psychothérapie déléguée par quinzaine et informait de l'occurrence d'un accident de voiture survenu en août 2019, apparemment consécutif à un malaise dans un contexte d'épuisement et d'amaigrissement de 8 kg. Le médecin traitant concluait à la réévaluation de l'enquête ménagère et du taux d'invalidité retenu.
23. Par duplique du 16 septembre 2019, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Les observations du Dr H\_\_\_\_\_ avaient été soumises au SMR qui considérait que les éléments soulevés par le médecin traitant de la recourante ne permettaient pas de conclure à l'aggravation de l'état de santé. En effet, le traitement psychothérapeutique par quinzaine semblait peu compatible avec une dépression sévère, il était étonnant que les doses de médicaments n'aient pas été modifiées avant mai 2019 et enfin, la perte de poids de 8 kg ne pouvait pas être appréciée dès lors que le laps de temps pendant lequel elle avait eu lieu n'était pas indiqué. Quant à l'accident de voiture, le SMR partait du principe qu'il avait eu lieu après que la décision querellée ait été rendue.
24. 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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août

---

inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. La question litigieuse est celle du taux d'invalidité de la recourante, depuis le rapport d'expertise de décembre 2017.
5. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité 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.

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. 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références).

b. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), 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. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont

prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

7. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon les art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409

---

consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

9. a. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, et les ressources de compensation de la personne, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

b. Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable

compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

## 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

## 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin

examineur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

#### II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

10. L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

11. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

12. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronique et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1).

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

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

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.

b. 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).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une

---

expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

14. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation

---

personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

15. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été

élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

16. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
17. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
18. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985

---

p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

19. À titre préalable, il convient de rappeler que le recours repose sur le postulat d'une péjoration de l'état de santé de la recourante, motivé notamment par les rapports du 13 août 2018 et du 19 août 2019, établis par le médecin traitant, le Dr H\_\_\_\_\_, qui considère que l'état dépressif de la recourante s'est aggravé depuis l'expertise réalisée le 17 mai 2017, évoluant vers un état dépressif récurrent sévère.

Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Le rapport du 19 août 2019, bien qu'établi postérieurement à la décision querellée, fait état d'un traitement médicamenteux, depuis le mois de mai 2019, qui est en lien avec les troubles de la santé dont l'impact sur la capacité de travail fait l'objet de la décision querellée. De surcroît, l'intimé a pu se prononcer sur ledit rapport dans sa duplique du 16 septembre 2019. La chambre de céans considère que les faits et appréciations figurant dans le rapport en question peuvent être pris en compte, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. Il sera donc tenu compte des éléments soulevés par le Dr H\_\_\_\_\_, par rapport à l'augmentation du traitement médicamenteux à partir de mai 2019. S'agissant, toutefois, de l'accident de voiture, ainsi que de la perte de poids de 8 kg, ces éléments ne seront pas retenus dès lors que la date de l'accident de circulation et la période pendant laquelle la perte de poids est survenue ne sont pas indiqués et que leur éventuel lien de causalité avec les troubles de la santé de la recourante ne peuvent être rendus vraisemblables.

20. En l'espèce, la question qui se pose est celle de la détermination du taux d'invalidité de la recourante.
21. S'agissant tout d'abord de l'expertise réalisée en mai 2017, le rapport d'expertise bi-disciplinaire répond aux critères fixés par la jurisprudence. Il est exempt de contradiction interne, semble complet et sur l'aspect psychiatrique – étant ici rappelé que la recourante ne remet pas en question la partie rhumatologique de

l'expertise – les conclusions de l'expert psychiatre rejoignent celles des médecins traitants, à la différence que ces derniers considèrent la dépression comme sévère alors que l'expert module cette appréciation en précisant que l'intensité des épisodes dépressifs peut être variable. Cette variation ressort également du libellé des différentes lettres de sortie de la clinique de la Métairie, signées soit par le Dr D\_\_\_\_\_ soit par le Dr C\_\_\_\_\_ et qui décrivent - à l'occasion des hospitalisations - un trouble actuel sévère, laissant entendre qu'en dehors des séjours hospitaliers, les épisodes dépressifs pourraient ne pas être sévères, car ne conduisant pas à une hospitalisation.

22. En ce qui concerne l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, selon laquelle, la dépression se serait aggravée depuis l'expertise de 2017, cette appréciation ne s'appuie pas sur des éléments objectifs tels que - par exemple - la nécessité d'une nouvelle hospitalisation à l'occasion d'un épisode de dépression sévère. La seule hospitalisation mentionnée, dont la date et la durée ne sont pas précisées, est la conséquence d'un accident de la circulation et ne peut donc pas être considéré comme reflétant un nouvel épisode actuel de dépression sévère.
23. De même, l'augmentation de la dose de Venlafaxine de 150mg à 225 mg depuis mai 2019 ne permet pas - à elle seule - de conclure à la persistance d'un trouble de dépression sévère depuis l'expertise de 2017. En effet, deux ans se sont écoulés depuis l'examen clinique par les experts en mai 2017 et l'augmentation de la dose de Venlafaxine par le médecin traitant en mai 2019, ce qui conduit à penser que l'état de l'assurée n'a pas varié au cours de cette période, étant ici rappelé que la décision querellée date de mai 2019. Cette constatation de la stabilité de la dose d'antidépresseur entre mai 2017 et mai 2019 est également en contradiction avec l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, selon laquelle l'état de l'assurée se serait brusquement dégradé avec des idées suicidaires depuis août 2018. En effet, si tel était le cas, on peine à comprendre pourquoi l'augmentation de la dose de Venlafaxine a été postposée depuis août 2018 jusqu'en mai 2019. De même, le fait que le Dr H\_\_\_\_\_ ne suive la recourante qu'à raison d'une consultation tous les 15 jours, déléguée de surcroît, affaiblit son appréciation selon laquelle l'état psychique de la recourante doit être qualifié de sévère avec des idées suicidaires.

Vu les contradictions internes dans l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, son rapport n'emporte pas la conviction de la chambre de céans qui considère qu'au regard de la vraisemblance prépondérante, il sied de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise de décembre 2017 et de retenir les capacités de travail, estimées pour les différentes périodes, telles qu'elles sont estimées par les experts.

24. En ce qui concerne les calculs de l'enquête ménagère de mars 2018, selon la jurisprudence, il y a lieu de tenir compte des indications de l'assurée, ce qui a été fait, cette dernière ayant confirmé que si les troubles de la santé ne s'étaient pas manifestés, elle aurait conservé un taux d'activité de 60% dans son activité professionnelle. Cela correspond aux chiffres retenus par l'OAI, soit 60% pour l'activité professionnelle et 40% pour les travaux habituels du ménage.

Les conclusions du rapport sont convaincantes ; il est motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée au regard des différentes limitations. Par conséquent, la chambre de céans ne voit pas de raison de s'en écarter.

25. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours comme étant mal fondé.
26. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

La greffière

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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