



POUVOIR JUDICIAIRE

A/230/2019

ATAS/876/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO
SANTOS

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1968 et mère de deux enfants adultes, était employée de l'entreprise B_____ SA en tant que caissière polyvalente. Ce contrat de travail a été résilié avec effet au 31 janvier 2017, après 28 ans de services.
2. Dès le 30 novembre 2016, une incapacité de travail totale de l'assurée est attestée, laquelle a été prise en charge par l'assureur perte de gain de l'employeur.
3. Dans son rapport du 1^{er} mai 2017, la doctoresse C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a émis les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère suite au licenciement de l'assurée pour des raisons de restructuration. L'assurée avait aimé son activité professionnelle et s'y était investie totalement, malgré la séparation de son mari en cours. Le licenciement avait été vécu comme un choc et avait provoqué son effondrement psychologique, l'assurée s'étant sentie trahie par son employeur. Les symptômes consistaient en tristesse, anhédonie, repli, trouble du sommeil, trouble de l'appétit, idées noires, aboulie et désespoir. Toutefois, le pronostic pour une reprise de travail était positif, si l'état s'améliorait. Le traitement consistait en Deroxat 30 mg par jour et elle était suivie en moyenne à raison de deux consultations par mois.
4. Le 10 juin 2017, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par la doctoresse D_____, psychiatre à la Clinique Corela. Dans son rapport du 4 juillet 2017, celle-ci a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, actuellement en cours de rémission. Elle a écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère en l'absence des critères majeurs de la dépression et en présence de seulement deux critères mineurs, tels que le trouble du sommeil et de l'appétit. Par ailleurs, l'examen psychométrique (test Hamilton) ne montrait ni dépression ni anxiété. En outre, le taux sanguin du Deroxat était revenu très en-dessous de la valeur normale, malgré une posologie correcte, ce qui traduisait a priori une prise irrégulière de l'antidépresseur ou une prise inférieure à la posologie prescrite et permettait de relativiser les plaintes de l'assuré. Sous « Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible », l'experte a mentionné que l'assurée présentait uniquement quelques symptômes résiduels infra-cliniques, telle qu'une tristesse réactionnelle à l'évocation de la perte de son activité professionnelle. Le sommeil et l'appétit étaient en voie de normalisation. Il n'y avait plus de perte d'intérêt et du plaisir et l'assurée n'évoquait pas spontanément des ruminations anxieuses. Au contraire, elle paraissait calme, apaisée et détendue. Elle rapportait par ailleurs des difficultés financières et conjugales qui pourraient interférer avec les délais de reprise professionnelle. La capacité de travail était de 100 % dès le jour de l'expertise. Elle était enfin en recherche d'emploi et avait envoyé des offres spontanées par courrier, sans succès.
5. Par demande reçue en juillet 2017, l'assurée a requis les prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant souffrir d'une épilepsie depuis 1990 environ et d'un trouble dépressif depuis novembre 2016.

6. À l'attention de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), le docteur E_____ a attesté le 20 juillet 2017 que l'assurée présentait une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 100% [recte 0 %] et dans une activité adaptée de 50 %. Dans les limitations fonctionnelles, il a mentionné un trouble dépressif et une épilepsie. L'assurée était toujours en incapacité de travail pour une durée indéterminée.
7. Par décision du 26 juillet 2017, l'assureur perte de gain a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2017, sur la base de l'expertise psychiatrique. L'assurée a formé opposition à cette décision.
8. Dans son rapport du 8 août 2017, la Dresse C_____ a repris ses diagnostics précédents et a mentionné que l'assurée souffrait depuis plusieurs années d'un grave et chronique conflit de couple qui avait débouché en 2016 à une séparation officielle. Elle présentait une interdépendance affective à l'égard de son mari qui l'avait obligée à retarder la séparation. Elle s'était alors accrochée à son activité professionnelle comme à un support lui permettant de ne pas s'effondrer. Suite au choc de son licenciement, elle avait totalement décompensé. A l'examen clinique, elle était très ralentie sur le plan psychomoteur avec des troubles du sommeil et de l'appétit, désespoir, tristesse, idées de mort et perte de l'élan vital. Le pronostic restait néanmoins globalement favorable, car l'assurée gardait l'envie de retrouver une activité professionnelle. L'incapacité de travail restait totale, l'assurée étant très déprimée. La psychothérapie l'aidait à faire le deuil de son couple, étant précisé qu'elle avait appris que son mari était en train de reconstruire une nouvelle vie de couple. Le refus des prestations de l'assurance l'avait beaucoup déçue. Il était par ailleurs important de respecter son rythme et qu'elle ne fût pas obligée de s'inscrire au chômage et de retomber tout de suite malade. L'assurée restait fragile et son incapacité de travail était légitime.
9. Le 15 septembre 2017, la Dresse C_____ a attesté que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive avec une baisse d'énergie, une tristesse et une thymie dépressive. Sa capacité de travail était nulle.
10. Selon le rapport d'évaluation relatif à l'intervention précoce de l'OAI du 18 septembre 2017, l'assurée souffrait depuis plusieurs années à cause de conflits dans son couple et était en pleine séparation. Il y est précisé qu'elle s'était inscrite au chômage le 1^{er} août 2017 à 50%. Dans les attentes exprimées, elle a fait part de son souhait d'un 2^{ème} rendez-vous avec l'experte, contestant la décision de reprise de travail. Selon ce rapport, l'assurée était ponctuelle, présentait bien et tenait un discours cohérent. Elle prenait des médicaments pour la tension, l'épilepsie et la dépression. À cause de l'épilepsie, elle a expliqué qu'elle avait des limitations fonctionnelles pour le travail en hauteur, monter sur une échelle et l'utilisation de machines dangereuses. Concernant sa situation sociale et familiale, ainsi que les loisirs, il est noté qu'elle était en train de se séparer de son mari. Sa fille qui avait un enfant et attendait le deuxième, l'aidait beaucoup. L'assurée allait parfois marcher avec une collègue et à la piscine. Enfin, elle était preneuse de séances de

mindfulness, proposées par l'intervention précoce, afin de réduire le stress, ayant de surcroît perdu confiance en elle à cause de sa prise de poids.

11. Le 18 septembre 2017, le Dr E_____ a certifié que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dès cette date.
12. Le 21 septembre 2017, la Dresse C_____ a certifié une incapacité de travail totale pour le mois de septembre.
13. Le 26 septembre 2017, la Dresse C_____ a attesté notamment que l'assurée était également connue pour une épilepsie qu'elle vivait de manière négative, et qu'elle avait subi des crises dues à son état de stress actuel. Son ex-mari avait toujours déclaré ne pas avoir de revenus, étant précisé qu'il était indépendant, ce qui avait mis l'assurée dans une situation difficile face à l'administration fiscale, alors que son mari travaillait de manière non déclarée. Depuis l'expertise, l'assurée présentait un vrai effondrement dépressif avec un laisser-aller très important, une fatigue et une thymie dépressive avec trouble du sommeil et trouble de l'appétit. Elle n'était plus capable de gérer les tâches administratives, montrait une perte de l'élan vital et une forte anhédonie et aboulie. Il y avait ainsi lieu de réévaluer sa situation clinique.
14. Le 19 octobre 2017, la Dresse D_____ a répondu à une demande d'avis médical de l'assureur perte de gain, concernant l'attestation du 26 septembre 2017 de la psychiatre traitante. L'aggravation évoquée constituait tout au plus une péjoration transitoire. Il ne pouvait s'agir d'un effondrement dépressif, dès lors que cela était en contradiction avec l'évolution entre juin et septembre. A cet égard, l'experte a relevé que la psychiatre traitante avait fait état d'une envie d'avancer et que l'assurée pensait pouvoir retrouver une capacité professionnelle partielle entre août et septembre 2017. Selon la Dresse C_____, elle se projetait dans l'avenir. L'absence de modification thérapeutique était également discordante avec une aggravation. Il convenait de s'assurer également d'une compliance au traitement antidépresseur et cas échéant proposer une potentialisation du traitement, voire une modification de la molécule prescrite. Une hospitalisation constituait une option de deuxième intention, notamment en cas de résistance au traitement. Les troubles s'expliquaient plutôt par une mauvaise compliance et des facteurs non médicaux (âge, problèmes personnels et financiers, licenciement et recherches infructueuses d'un emploi). Par ailleurs, le fait que l'assurée ne voulait pas s'inscrire au chômage ne pouvait justifier la poursuite d'une incapacité de travail. Quant aux crises d'épilepsie, l'assurée bénéficiait d'un traitement préventif des crises et aucune nouvelle crise n'était rapportée. Ainsi, il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de modifier les conclusions de l'expertise.
15. Selon la note du 4 janvier 2018 de l'OAI concernant un entretien téléphonique avec l'assurée, celle-ci avait changé de psychiatre et était toujours en incapacité de travail totale depuis septembre 2017. Elle n'était plus inscrite au chômage, car sa conseillère en personnel lui avait dit de se battre pour que l'assureur perte de gain

lui versât les indemnités journalières, et s'était adressée à l'Hospice général. Elle pleurait toujours, parlait de choses incohérentes et avait des troubles de la mémoire. Le traitement médicamenteux consistait en antidépresseurs (Fluoxetine 40 mg), ainsi que de médicaments pour l'épilepsie, le cœur et l'hypertension.

16. Dans son rapport du 26 mars 2018, la doctoresse F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a certifié une incapacité de travail totale depuis octobre 2017. Elle avait pris le relais de la Dresse C_____ en septembre 2017. Son diagnostic était un trouble dépressif récurrent, actuel épisode moyen. L'assurée souffrait probablement déjà d'un trouble dépressif depuis longtemps, en lien avec ses problèmes conjugaux. Elle avait peur de demander la séparation et préférait rester avec son mari, même si elle était malheureuse, pour éviter des répercussions sur les enfants. Il y a deux ans, elle avait demandé le divorce et la procédure était toujours en cours. Actuellement, elle était toujours en incapacité totale de travail, en raison des symptômes dépressifs, maintenus par une situation financière très précaire et d'autres facteurs de stress familiaux. Un changement d'antidépresseur depuis le mois d'octobre (Fluoxetine), en parallèle à une psychothérapie hebdomadaire avait amélioré certains aspects dépressifs, tels que les pleurs et les idées noires. Néanmoins, elle restait assez démotivée, découragée avec une tendance importante à s'isoler et des ruminations anxieuses négatives quant à son avenir. L'évolution générale avait été favorable sur le plan thymique, mais elle présentait régulièrement des baisses thymiques en rapport essentiellement avec les éléments de la vie quotidienne qui avaient une nette répercussion sur son fonctionnement. Concernant son potentiel de réadaptation, la psychiatre traitante a indiqué qu'on pouvait attendre de l'assurée qu'elle travaillât six heures par jour dans l'activité exercée jusqu'ici, ainsi que dans une activité adaptée. Toutefois, les symptômes dépressifs actuels pourraient empêcher ou retarder une réadaptation ou une reprise de travail.
17. Dans son rapport du 2 mai 2018, la Dresse F_____ a confirmé son rapport précédent et a fourni un status psychiatrique détaillé. L'assurée présentait une tenue et une hygiène correctes, se montrait plutôt calme et bien collaborante et était bien orientée dans l'espace. Le contact visuel était normal. Il n'y avait ni troubles flagrants de la mémoire, de l'attention et de la capacité de concentration. Son discours était fluide, spontané, authentique, cohérent, bien structuré et en adéquation avec les questions posées. La tonalité de sa voix et le flux du discours étaient dans la norme. L'anxiété était latente et la souffrance manifeste. Elle présentait par ailleurs un discret élan de l'humeur, un sentiment important de dévalorisation, de baisse d'estime de soi et de confiance en elle-même, sans idées suicidaires. La mimique et la gestualité étaient vivantes. Enfin, le sommeil et l'appétit étaient normaux. Concernant le déroulement d'une journée type, la Dresse F_____ a mentionné que l'assuré gardait presque toute la journée ses petits-enfants chez sa fille. Leur compagnie lui faisait du bien. Dans l'après-midi, soit elle sortait faire une promenade ou pour prendre un café avec ses copines, soit elle

restait chez elle tranquille ou pour faire le ménage. Elle habitait seule et arrivait bien à garder son appartement en ordre. Elle n'avait ainsi pas de limitations dans les domaines courants de la vie ou pour faire des tâches ménagères. L'incapacité de travail était toujours totale, mais au vu de l'évolution favorable, le pronostic à moyen terme était bon. Enfin, la compliance était très bonne.

18. Le 31 août 2018, l'assureur perte de gain a rejeté l'opposition de l'assurée à sa décision du 26 juillet 2017 sur la base de l'expertise psychiatrique de la Clinique Corela, ainsi que du complément de celle-ci.
19. En août et septembre 2018, l'assurée a été soumise à une expertise par le docteur G_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Sur la base de trois entretiens avec l'assurée, il n'a retenu, dans son rapport du 24 septembre 2018, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger (depuis mars 2018), et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante, actuellement non décompensés, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Ce dernier trouble n'avait notamment jamais empêché l'assurée de travailler à 100 % dans le passé ni à gérer son quotidien sans limitations. En tenant compte de la jurisprudence, l'expert n'a pas retenu de limitations fonctionnelles significatives et objectives, l'assurée arrivant à gérer son quotidien sans difficultés, à avoir des contacts sociaux, à conserver des plaisirs avec une amie, ses enfants et petits-enfants dont elle s'occupait adéquatement, et à partir en vacances. Le trouble dépressif ne remplissait pas non plus l'indice de gravité fonctionnelle, en présence d'une tristesse subjective fluctuante, d'une intolérance au stress, de difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie et isolement social total, même partiel. L'évolution était globalement favorable depuis mars 2018 avec un traitement psychiatrique, antidépresseur et psychothérapeutique adéquat. La motivation pour une réadaptation professionnelle était ambivalente à cause de crises d'épilepsie mensuelles malgré une bonne compliance au traitement neurologique. La cohérence était faible entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif. Il n'y avait toutefois pas d'exagération volontaire des plaintes et la compliance était bonne. L'assurée disposait de bonnes ressources actuellement. La capacité de travail était de 100 % depuis décembre 2016 au présent, sur la base des indicateurs élaborés par la jurisprudence en la matière dont il fallait toutefois se demander si elle était applicable également pour évaluer la capacité de travail dans le cadre de l'assurance perte de gain. Il convenait cependant d'évaluer la question des crises d'épilepsie mensuelle. L'expert encourageait en outre l'OAI à aider l'assurée pour un placement professionnel, afin d'améliorer le pronostic, après une amélioration de la prise en charge neurologique. Cela correspondait au demeurant aux souhaits de la recourante qui craignait ne pas pouvoir trouver un emploi à cause des crises d'épilepsie. Enfin, le pronostic de l'expert était bon, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables, mais la situation n'était pas stabilisée et devrait être évaluée dans une année. Pour une reprise d'une activité

professionnelle à 100%, le pronostic était mauvais, la recourante préférant s'occuper de ses petits-enfants, et estimant avoir du mal à trouver un emploi à cause de l'épilepsie.

20. Dans un avis médical du 4 octobre 2018, le docteur H_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expert G_____.
21. Le 9 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.
22. Par décision du 4 décembre 2018, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.
23. Par acte du 21 janvier 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière illimitée dans le temps, sous suite de dépens. Elle présentait toujours une incapacité de travail de 100 % à ce jour, ce qui était notamment attesté par la Dresse F_____. Quant à l'expertise du Dr G_____, elle a relevé qu'il était étonnant que l'expert refînt que la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée dans une année. Par ailleurs, selon cet expert, le pronostic pour une reprise de travail à 100 % était mauvais. Au demeurant, son état de santé n'était pas stabilisé et les médecins traitants s'accordaient sur le fait que sa capacité de travail était actuellement encore nulle. L'expert G_____ lui-même indiquait que la situation devait être réexaminée dans une année. Partant, la décision querellée était prématurée, la situation médicale n'étant pas suffisamment claire. Enfin, la décision est insuffisamment motivée et devrait également être annulée pour ce motif.
24. A l'appui de ses dires, la recourante a annexé l'avis de sortie du 22 janvier 2019 des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) suite à son hospitalisation du 15 au 22 janvier 2019, lors de laquelle le diagnostic d'embolie pulmonaire centrale à droite et lobaire à gauche avait été posé.
25. Elle a également produit le rapport du 23 janvier 2019 du Dr E_____, selon lequel elle souffrait d'une embolie pulmonaire bilatérale. Par ailleurs, une maladie sous-jacente de type para-néoplasique en raison d'une résistance au traitement par l'Acenocoumarol était suspectée et les investigations en cours. Le trouble dépressif chronique s'était aggravé et s'ajoutait à un trouble anxieux chronique. Enfin, elle présentait une épilepsie depuis 1995. Il y avait dès lors lieu de reconsidérer l'ensemble du dossier.
26. Dans sa réponse du 19 février 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours sur la base de l'expertise du Dr G_____.
27. 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence le droit à une rente d'invalidité de la recourante.
4. La recourante se plaint en premier lieu d'une violation du droit d'être entendu.

a. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; ATF 124 V 181 consid. 1a ; ATF 124 V 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 132 consid. 2b et les références).

b. En l'occurrence, même si une violation du droit d'être entendu devait être admise, il convient constater que celle-ci a été réparée dans la présente procédure, la recourante ayant pu consulter le dossier et s'exprimer à plusieurs reprises. Par ailleurs, la chambre de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen.

Par conséquent, ce grief est infondé.

5. a. 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 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b. 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.

c. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

d. 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).

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

7. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

8. 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).
9. a. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 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 52; 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).

c. D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références).

10. 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).
11. La recourante a fait l'objet d'une expertise par la Dresse D_____ de la Clinique Corela le 10 juin 2017. Ce médecin considère déjà à cette date que la capacité de travail de la recourante est totale.

Toutefois, il y a un doute quant à la valeur probante de cette expertise. En effet, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise de la Clinique Corela qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée, dès lors que les manquements constatés au sein de ladite clinique soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées par

cette institution et portaient atteinte à la confiance que les assurés et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 p. 262 s.; arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017, consid. 2.3.2). De tels faits étaient de nature à modifier l'état de fait à la base d'un arrêt fondé sur une expertise de la Clinique Corela (op. cit. consid. 2.3.3).

Certes, les faits sur lesquels notre Haute Cour avait à se prononcer s'étaient produits en 2010. Il ne peut cependant être totalement exclu que le responsable de cette clinique n'ait pas continué par la suite de modifier les conclusions des experts, indépendamment du fait que l'impartialité des experts de cette clinique est douteuse. C'est la raison pour laquelle la chambre de céans considère qu'une pleine valeur probante ne peut être attribuée à cette expertise.

12. a. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise par le Dr G_____. Selon celui-ci, la recourante ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et celle-ci est totale depuis décembre 2016. Quant aux diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger depuis mars 2018, et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante, ils n'entraînent aucune limitation fonctionnelle.

b. Cette expertise remplit en principe les réquisits de la jurisprudence du Tribunal fédéral pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été réalisée en connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes de la recourante, comprend un examen clinique approfondi, sur la base de trois entretiens, et contient des conclusions motivées.

c. Les conclusions du Dr G_____ n'emportent cependant pas la conviction de la chambre de céans, en ce qui concerne l'évolution de la capacité de travail dans le temps.

En effet, il ne ressort pas de son expertise les raisons pour lesquelles il estime que les indicateurs jurisprudentiels ne sont pas remplis dès décembre 2016 pour justifier le caractère invalidant du trouble dépressif et il ne fait aucune distinction entre les différentes périodes selon l'intensité du trouble dépressif constatée par les médecins traitants. Il y a lieu à cet égard de relever que ce n'est pas seulement un trouble dépressif d'intensité sévère qui peut justifier une incapacité de travail. D'autres indicateurs peuvent étayer une incapacité de travail résultant d'un trouble dépressif d'intensité moyenne.

Depuis le 30 novembre 2016, la Dresse C_____ atteste une incapacité de travail totale. Toutefois, en août 2017, la recourante s'est inscrite au chômage à 50% et cela correspond également à la capacité de travail attestée par le Dr E_____ le 20 juillet 2017. Par la suite, les Drs C_____ et E_____ attestent une aggravation de l'état de santé, selon ce dernier médecin dès le 18 septembre 2017. Dans la mesure où la Dresse F_____ mentionne dans son rapport du 26 mars 2018 qu'un changement de l'antidépresseur en octobre 2017 a amélioré certains aspects

dépressifs, il peut cependant être admis que la recourante a retrouvé en novembre 2017 une capacité de travail de 50 %. Enfin, conformément à ce que le Dr G _____ a retenu dans son expertise, il y a une évolution favorable depuis mars 2018. Ainsi, une pleine capacité de travail doit être retenue dès la date du rapport de la Dresse F _____ du 26 mars 2018.

Ainsi, sur la base des avis des médecins traitants, il doit être admis que la recourante présente au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, six mois après le dépôt de sa demande de prestation (art. 29 al. 1 LAI), soit en janvier 2018, une incapacité de travail de 50% et cela jusqu'au 25 mars 2018.

d. Il convient à cet égard de relever qu'aucun des médecins consultés ne met en évidence une exagération des symptômes ou une constellation semblable.

La gravité de l'évolution de la maladie est rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, à savoir la séparation de la recourante de son mari et la perte de son travail.

Quant à la compliance, selon ses médecins et l'expert, elle est bonne. Il est vrai que la Dresse D _____ constate en juin 2017 que le taux sanguin du Deroxat est revenu très en-dessous de la valeur normale, malgré une posologie correcte, ce qui traduit a priori une prise irrégulière de l'antidépresseur ou une prise inférieure à la posologie prescrite. Cependant, un taux sanguin du médicament inférieur à la valeur normale peut avoir aussi d'autres causes, comme un problème de métabolisation. Au demeurant, la recourante a poursuivi avec assiduité sa psychothérapie. Un échec des traitements administrés selon les règles de l'art doit dès lors être admis.

En outre, la recourante a fait des efforts pour se réinsérer dans le marché du travail, du moins en août 2017. Elle s'est en effet inscrite au chômage, même contre l'avis de la Dresse C _____, et a manifesté ainsi la volonté de retravailler. Il s'est cependant avéré que les recherches d'emploi constituaient un facteur de stress trop important.

Cette incapacité de travail est aussi rendue plausible par le fait que la recourante souffre d'une comorbidité sous forme d'une épilepsie dont les crises se sont accrues depuis l'apparition du trouble dépressif. À cela s'ajoutent des traits de la personnalité anxieuse et dépendante. Certes, cette comorbidité et les traits d'un trouble de la personnalité n'ont pas empêché la recourante de travailler dans le passé. Néanmoins, ils diminuent les ressources de la recourante pour surmonter un trouble dépressif.

Les limitations sont uniformes dans tous les domaines de la vie. En effet, la recourante n'était plus capable de gérer les tâches administratives, selon la Dresse C _____. La perte de l'élan vital, la forte anhédonie et l'aboulie constatées par ce médecin permettent de supposer qu'elle ne prenait pas d'initiative pour rencontrer sa famille et son amie. Dans ces conditions, il ne peut être considéré, de l'avis de la chambre de céans, qu'elle avait encore des ressources pour surmonter le trouble dépressif, du fait qu'elle allait chez une amie et à la piscine. Ces activités ne

provenaient pas de sa propre initiative, mais n'étaient rendues possibles que grâce à une prise en charge par cette amie et les enfants.

L'environnement de la recourante est certes soutenant, mais il ne saurait être considéré qu'il est intact, dès lors que la recourante est en instance de divorce, ce qui est précisément une des causes de son atteinte psychique.

La capacité de travail doit toutefois être considérée comme totale dès le 26 mars 2018, date du rapport de la Dresse F_____, conformément à l'expertise du Dr G_____. En effet, la psychiatre traitante ne met pas en évidence des limitations fonctionnelles majeures dans son rapport du 2 mai 2018, en l'absence de troubles flagrants de la mémoire, de l'attention et de la capacité de concentration. Elle note également que la mimique et la gestualité de la recourante sont vivantes et le sommeil et l'appétit normaux, ce qui n'est pas compatible avec un trouble dépressif important.

Il n'y a pas non plus de limitations uniformes des activités dans tous les domaines de la vie en mars 2018, dès lors que la recourante arrive à gérer son quotidien sans difficulté et a des contacts sociaux. Dans son rapport du 2 mai 2018, la Dresse F_____ indique que la recourante garde presque toute la journée ses petits-enfants chez sa fille. Dans l'après-midi, soit elle sort faire une promenade ou prendre un café avec ses copines, soit elle reste chez elle tranquille ou fait le ménage. Elle arrive bien à garder son appartement en ordre et n'a pas de limitations dans les domaines courants de la vie ou pour faire d'autres tâches ménagères.

13. Quant au fait que l'état de santé n'est pas stabilisé, cela n'a aucune importance en l'occurrence. En cas de modification de son état de santé, il est loisible à la recourante de demander une révision de la décision querellée.
14. Cela étant, une incapacité de travail de 50 % doit être admise depuis janvier 2018, moment de la naissance du droit éventuel à une rente, jusqu'en mars 2018. Dès ce mois, la recourante présente une capacité de travail totale. Une amélioration ne pouvant être prise en compte qu'après trois mois (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201), cette amélioration doit être retenue à partir de juillet 2018.
15. Il convient par conséquent de calculer sa perte de gain dans une activité lucrative à 50 %.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus

susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

16. En l'occurrence, la recourante avait perdu son emploi, lorsqu'elle s'est trouvée en incapacité de travail totale. Partant, il y a lieu de comparer ses revenus sans et avec invalidité sur la base des mêmes salaires statistiques.

Par ailleurs, au vu de son âge (50 ans en 2018), il convient de prendre en considération un abattement de 5% sur les salaires statistiques retenus à titre de revenu d'invalidé, étant précisé qu'il est tenu compte des limitations fonctionnelles dans le taux d'activité de 50 %.

Par conséquent, la perte de gain de la recourante dans une activité lucrative à 50 % est de 55 %. Cela ouvre le droit à une demi-rente de janvier à juin 2018.

17. La recourante ne sollicitant pas de mesures d'ordre professionnel, il n'y a pas lieu d'examiner cette question.
18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une demi-rente de janvier à juin 2018.
19. La recourante obtenant partiellement gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
20. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 31 août 2018.
4. Met la recourante au bénéfice d'une demi-rente de janvier à juin 2018.
5. Condamne l'intimé à lui verser une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Met à la charge de l'intimé un émolument de justice de CHF 200.-.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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