



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2674/2018

ATAS/494/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, a exercé divers emplois dans l'hôtellerie et la restauration. De 2003 au 31 mars 2006, elle a été employée dans la restauration collective à raison de 6.3 heures par jour, 5 jours par semaine.
2. Selon un rapport du service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 20 octobre 2005, l'assurée présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). Le tableau clinique était dominé par une tristesse importante, un épuisement physique et psychique et des épisodes de très forte irritabilité avec de violents conflits. L'assurée traversait une période de crise avec un conflit conjugal et le placement en foyer de son fils de 8 ans. L'évolution symptomatique avait été lentement favorable après l'instauration d'un traitement antidépresseur.
3. Le 18 avril 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
4. Dans un rapport du 12 juillet 2007, le docteur B_____, médecin au Département de psychiatrie des HUG, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, dépendance à l'alcool, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 10.21), de personnalité émotionnellement labile type *borderline* (F 60.31) et de trouble de l'anxiété et dépressif mixte (F 41.3). L'incapacité de travail était totale depuis décembre 2006.

L'assurée était mère d'un garçon de 10 ans actuellement placé dans un foyer d'accueil. Elle présentait de manière épisodique une dépendance à l'alcool depuis l'âge de 16-17 ans, avec une augmentation importante depuis 2003. Durant les trois à quatre mois précédant son admission, elle consommait quotidiennement de l'alcool fort en grandes quantités. Elle avait bénéficié de l'Hôpital de jour pour se mettre à l'abri et garder l'abstinence. Du point de vue psychiatrique, elle avait des problèmes d'impulsivité importants, avec des difficultés à l'affirmation de soi et une tendance à l'explosion sous un mode agressif. Elle avait également une mauvaise gestion de l'anxiété. Sa thymie était anxio-dépressive. Une reprise de l'activité était envisageable à 50 % pour commencer, mais pas dans l'immédiat.

5. Dans un rapport du 15 mai 2008, le Dr B_____ a signalé une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis début 2008. Elle était actuellement abstinente à l'alcool. Ses limitations fonctionnelles étaient une impulsivité, un changement de son état thymique et une difficulté dans la gestion des émotions. La capacité de travail était totale dans l'activité temporaire exercée à 100 % auprès de I_____.
6. Dans un avis du 3 août 2008, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a noté que l'alcoolisme n'avait pas entraîné d'atteintes importantes à la santé et ne représentait pas une cause d'incapacité de travail

durable. Le trouble de la personnalité n'avait pas empêché l'assurée de travailler durant plusieurs années et ne représentait ainsi pas non plus une cause d'incapacité de travail durable, même si la tendance à l'impulsivité et les difficultés dans la gestion des émotions persistaient.

7. Par décision du 15 septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, soutenant que la dépendance à une substance n'avait pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité.
8. Le 18 avril 2016, Madame D_____, neuropsychologue, a procédé à l'évaluation neuropsychologique de l'assurée. Elle a conclu à une atteinte cognitive sévère sur le plan attentionnel, associée à des troubles légers en mémoire. En l'absence de bilan neurologique, l'étiologie des troubles ne pouvait pas être précisée. Il était toutefois possible que ces troubles s'inscrivent dans un contexte thymique. Selon l'assurée, ils avaient débuté à la suite de son licenciement à l'automne 2015.
9. Une IRM cérébrale du 24 mai 2016 s'est révélée sans anomalie notable.
10. Le 16 novembre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a invoqué une hyperactivité et une maladie psychique.
11. Dans un rapport du 5 décembre 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 14 mars 2016. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient un trouble dépressif récurrent, un trait de personnalité *borderline* avec labilité de l'humeur importante et une addiction à l'alcool, au cannabis et à Facebook. L'assurée avait en outre subi une conisation pour cancer du col, sans incidence sur sa capacité de travail. La capacité de travail était nulle du 14 au 31 mars 2016. Les arrêts de travail avaient par la suite été établis selon les consultations psychiatriques.
12. Dans un rapport de février 2017, la doctoresse F_____, médecin au service de psychiatrie des HUG, a indiqué que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0), le premier épisode dépressif ayant eu lieu à 22 ans ; une perturbation de l'activité et de l'attention (F 90.0) depuis l'enfance ; et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F 10.20) depuis 1998 avec une consommation contrôlée depuis juillet 2011 et une abstinence depuis janvier 2017.

Le médecin a décrit une enfance très compliquée due à la violence du père de l'assurée et un nouveau traumatisme dans l'adolescence à la suite d'abus sexuels de la part d'un éducateur. L'assurée était au chômage depuis août 2015, avec deux essais de placement qui s'étaient mal passés, en lien avec les difficultés psychiatriques. Les multiples traumatismes et le contexte de vie difficile avaient eu un impact sur son état psychique et on retrouvait depuis l'enfance des éléments dépressifs avec tristesse et anxiété. À l'âge adulte, elle avait présenté un premier épisode dépressif *postpartum*. Par la suite, elle relatait deux épisodes dépressifs avec tristesse, fatigue, crises d'angoisse, hypersomnie, anhédonie ainsi qu'une

augmentation de sa consommation d'alcool durant de 3-4 jours à 3 semaines plusieurs fois par année, le dernier épisode ayant eu lieu de mars à mai 2016. Parallèlement, on constatait une forte labilité émotionnelle, des difficultés de gestion des émotions, ainsi que des troubles de déficit d'attention et d'hyperactivité décrits pendant l'enfance.

L'évaluation avait exclu un trouble affectif bipolaire et conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère. Des éléments en faveur d'un trouble de déficit d'attention-hyperactivité (ci-après : TDAH) avaient été objectivés et confirmés par l'échelle ASRS (*Adult Self-Report Scale*) et l'entretien diagnostique pour le TDAH chez l'adulte (échelle DIVA). Le dossier de l'assurée révélait des éléments en faveur d'un trouble de la personnalité *borderline*, basés sur la forte labilité émotionnelle, la consommation d'alcool et les idées suicidaires fluctuantes. Ces éléments avaient nettement diminué depuis l'introduction du traitement pour le trouble de déficit d'attention-hyperactivité et l'état dépressif.

Il était important de tenir compte du contexte familial. L'assurée était séparée de son compagnon et leur fille de 7 ans était diagnostiquée hyperactive avec d'importants troubles du comportement qui nécessitaient un suivi psychiatrique régulier et une présence très importante de l'assurée. Une thérapie de famille avait été mise en place. Le pronostic était favorable. L'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis août 2016. Il existait une limitation due au déficit d'attention-hyperactivité avec un trouble attentionnel sévère, aux difficultés de régulation émotionnelle qui pouvaient avoir un impact sur les relations interpersonnelles et à l'anxiété importante. L'assurée pouvait avoir des difficultés relationnelles avec les clients ou sa hiérarchie. Les difficultés d'attention et les troubles de la mémoire pouvaient provoquer des problèmes importants dans son travail avec une augmentation de l'anxiété, ce qui pourrait aussi être un facteur de crise et décompenser le trouble de l'humeur. La dernière activité en tant que serveuse dans une cafétéria n'était plus exigible. Un bilan de compétences avec des mesures de réinsertion professionnelle dans un domaine moins stressant que celui de la vente ou de la restauration était souhaitable. Un cadre plus adapté à ses difficultés d'attention pourrait lui permettre une reprise de travail. Une reprise du travail progressive et l'éventualité d'obtenir un poste à temps partiel lui permettraient de continuer ses thérapies personnelles et d'être présente pour sa fille.

13. Selon l'extrait de compte AVS que l'OAI s'est procuré le 7 décembre 2016, l'assurée a réalisé un revenu de CHF 30'478.- en 2013 et de CHF 31'939.- en 2014 au service d'une boulangerie.
14. Le 2 mars 2017, le docteur J_____, médecin au service des spécialités psychiatriques des HUG, a examiné l'assurée. Sa symptomatologie actuelle était marquée par une labilité de l'humeur importante avec des périodes de tristesse, d'euphorie et de colère. Elle décrivait une anxiété importante, avec des idées suicidaires fluctuantes. L'appétit était variable, le sommeil léger et fortement perturbé par le contexte familial. L'échelle DIVA mettait en évidence des scores de

9/9 pour les critères attentionnels et de 9/9 pour les critères d'hyperactivité-impulsivité pendant l'enfance et à l'âge adulte. L'échelle *Conners Continuous Performance Test 3* (CPT3) montrait une inattention et un manque d'attention soutenue et de vigilance. L'évaluation clinique révélait un trouble du déficit d'attention et hyperactivité de type mixte. Le traitement médicamenteux permettait un certain contrôle de la symptomatologie, même si son effet était fluctuant selon l'assurée. L'aspect contextuel des troubles du comportement de la fille de l'assurée influait sur le sommeil, favorisant impulsivité et irritabilité. Le tableau présenté n'était pas en faveur d'un trouble de la personnalité *borderline*, malgré une labilité des affects et une impulsivité, ces symptômes étant probablement à mettre en lien avec le TDAH.

15. Par la suite, la Dresse F_____ a établi des certificats attestant une incapacité de travail de 90 % du 1^{er} novembre 2017 au 28 février 2018.
16. Le 14 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il entendait confier une expertise psychiatrique au Centre d'expertises médicales Lancy (ci-après : CEML) et lui a imparti un délai pour faire valoir les motifs de récusation à l'encontre de l'expert désigné (*sic*) et compléter les questions d'expertise.
17. Le 8 janvier 2018, le CEML a convoqué l'assurée à une expertise avec le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
18. Le Dr G_____ a établi son rapport le 15 janvier 2018.

Il a indiqué que l'assurée se plaignait de tristesse, d'anxiété, de difficultés à gérer les émotions et de difficultés attentionnelles. Ces symptômes étaient sévères et intermittents. En janvier 2014, elle avait connu une rechute de sa consommation d'alcool, avec une obligation de soins qui s'était terminée en mai 2014.

L'expert a résumé trois rapports médicaux. Dans le cadre de l'anamnèse, il a relevé que l'assurée travaillait en tant que surveillante de cantine scolaire à 10 %, soit 01h30 par jour 4 fois par semaine, depuis le 2 novembre 2017.

Au status, l'assurée exprimait facilement ses pensées et ses émotions. Son discours était informatif, fixé sur sa problématique de santé, notamment son caractère impulsif. Ses plaintes étaient relativement mal systématisées. Elle était restée assise pendant tout l'entretien et aucun comportement relatif à un sentiment d'insécurité, une peur irrationnelle ou un signe somatique d'anxiété n'avait été observé, ni aucun comportement relatif à une douleur ou à une hyperactivité. La collaboration était bonne en dehors de la prise de sang, refusée. L'assurée ne présentait pas de trouble de la vigilance ou de l'attention. Elle était orientée dans le temps et dans l'espace. Elle était calme. Il n'y avait pas d'élément lié à une compulsion, ni à une impulsion. La mémoire immédiate était intacte. La mémoire à long terme était difficile et l'assurée ne parvenait souvent pas à donner de date précise. L'humeur était d'allure dépressive, sans idée suicidaire. Il n'y avait pas d'irritabilité. L'image et l'estime de soi étaient diminuées. L'assurée présentait une perte de confiance en soi, un sentiment de culpabilité, ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à son

avenir professionnel. Le cours et le contenu de la pensée étaient dans la norme. L'assurée était capable de répondre aux questions sans digression. Il n'y avait pas de rumination, de pensée obsessionnelle ni d'idée délirante décelée lors de l'entretien. Le comportement était approprié, avec par moments une légère instabilité émotionnelle observée.

L'expert a retenu que la tristesse, la fatigue, la baisse de l'estime de soi et les pensées pessimistes, de par leur nature et leur intensité, correspondaient à un diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0). Ce diagnostic avait été posé car l'assurée avait fait part de plusieurs périodes de rémission complète des symptômes dépressifs pour une durée supérieure à six mois. Elle présentait également plusieurs formes de désorganisation et d'impulsivité. Elle disait avoir de la difficulté à prêter de l'attention à des situations, surtout celles qui ne stimulaient pas l'intérêt. Elle décrivait également une agitation interne, beaucoup de difficultés à démarrer un projet ou à rester concentrée sur une tâche. Elle oubliait des détails ou des engagements et était impulsive, ce qui la menait souvent à une mauvaise prise de décision et à souffrir de procrastination. Ces éléments correspondaient à un diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention (F 90.0).

Jusqu'en 2016, l'assurée avait également présenté un ensemble de phénomènes comportementaux ainsi qu'un désir parfois compulsif de boire de l'alcool, ce qui entraînait un désinvestissement de ses activités quotidiennes. Ces éléments correspondaient à un diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 10.20). L'alcoolisme était secondaire, les consommations d'alcool constituant une sorte d'automédication pour se soulager de ses tensions intérieures. On ne retenait pas de trouble de la personnalité mais des traits de la personnalité *borderline* chez cette assurée, parfois assez impulsive avec un mode de relation interpersonnelle instable et intense. Des limitations fonctionnelles, de type sentiment d'incapacité avec évitement devant la tâche, procrastination, indécision, réduction de la flexibilité intellectuelle avec diminution de l'attention, réactions rigides face à diverses situations, impulsivité et résistance au stress réduite étaient observées. Elles justifiaient une incapacité de travail de 100 % du 24 août 2016 au 31 octobre 2017 et de 90 % depuis le 2 novembre 2017 dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 30 % depuis le 1^{er} novembre 2017. Le Dr G_____ proposait pour l'améliorer des mesures de réinsertion professionnelle telles qu'aide au placement, stage d'observation et encadrement. Cette capacité pouvait augmenter de manière progressive selon l'adhésion aux mesures thérapeutiques exigibles. Le déconditionnement au travail de plusieurs années devait être pris en considération. Il fallait tenir compte de l'aspect motivationnel de l'assurée, qui se montrait favorable à la reprise d'une activité professionnelle avec l'aide de l'OAI. Malgré les nombreuses années de prise en charge psychiatrique et le suivi thérapeutique adapté, l'assurée avait

développé peu de capacités à mobiliser ses ressources psychologiques pour résoudre les obstacles auxquels elle était confrontée. Le suivi thérapeutique devait se poursuivre. S'agissant de ses ressources, l'assurée avait le soutien de son ex-compagnon. Elle n'avait pas semblé exagérer ou majorer ses symptômes.

19. Dans un avis du 29 mars 2018, la doctoresse H_____, médecin au SMR, a considéré que les diagnostics retenus par l'expert étaient soit sans répercussion sur la capacité de travail (traits de la personnalité *borderline*, dépendance à l'alcool en rémission), soit d'évolution favorable (épisode dépressif léger d'évolution favorable sous traitement avec status clinique rassurant). À l'heure actuelle, seul le trouble de l'attention et hyperactivité sévère entraînait des limitations fonctionnelles. Le déconditionnement au travail qui justifiait selon l'expert une incapacité de travail ne relevait pas de l'assurance-invalidité. De plus, le SMR avait retenu lors de la première demande que l'alcoolisme était primaire et que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé. De ce fait, l'expert faisait une évaluation différente d'un même état de fait concernant ce point. Partant, le SMR concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de serveuse et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès février 2017, soit au moment auquel la Dresse F_____ fixait le début de l'aptitude à la réadaptation. Elle a repris les limitations fonctionnelles retenues par l'expert.
20. Dans une note du 17 avril 2018, l'OAI a relevé que le dernier emploi de l'assurée en tant que serveuse-vendeuse dans une boulangerie, de septembre 2011 à juillet 2015, était exercé à 75 %. Elle avait ensuite bénéficié d'indemnités de chômage en recherchant un emploi à temps complet. Elle aurait vraisemblablement poursuivi son activité auprès de la boulangerie si elle avait été en bonne santé.
21. Le 17 avril 2018, l'OAI a calculé le degré d'invalidité. Le revenu avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2014, TA1_Tirage_skill_level, pour une activité de niveau 1, soit CHF 4'300.-, correspondait à CHF 54'517.- une fois indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2016, s'élevait à CHF 36'799.- compte tenu d'un taux d'activité de 75 % et d'une réduction statistique de 10 %. Le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 32'369.-, ce qui correspondait au revenu réalisé à la boulangerie.
22. Le 20 avril 2018, l'OAI a adressé un projet de décision refusant toute prestation à l'assurée. Il a retenu un statut mixte avec 75 % consacrés à l'activité professionnelle. Le SMR admettait une capacité de travail nulle dans l'activité de serveuse dès le 24 août 2016, et totale dans une activité adaptée. La comparaison des gains, fondée sur un revenu sans invalidité de CHF 32'369.- et un revenu avec invalidité de CHF 36'799.-, ne révélait aucun préjudice économique dans la sphère professionnelle. L'OAI considérait que l'assurée ne présentait pas d'empêchement dans la tenue de ses tâches ménagères. Partant, son taux d'invalidité était nul. Dès le 1^{er} janvier 2018, la comparaison des revenus sans invalidité de CHF 43'158.67 et

avec invalidité de CHF 36'799.- conduisait à une perte de gain de 14.74 %. Le taux d'invalidité était ainsi de 11.05 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

23. Par décision du 10 juillet 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
24. L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI par écriture du 9 août 2018. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à ce que son droit à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 70 % soit reconnu, et subsidiairement à ce qu'une capacité de travail de 30 % lui soit reconnue dans une activité adaptée, avec mise en œuvre de mesures de réinsertion professionnelle telles qu'aide au placement, stage d'observation et encadrement.

Elle a soutenu que le SMR s'était écarté de tous les avis médicaux sans motiver cette divergence de manière convaincante. La Dresse F_____ et le Dr G_____ avaient tous deux préconisé des mesures de réinsertion professionnelle. Au vu des conclusions de ces deux médecins, il était incompréhensible que le SMR retienne une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans ces mesures.

Compte tenu de l'incapacité de travail de 70 % dans une activité adaptée admise par l'expert, dont les conclusions devaient prévaloir, elle avait droit à une rente entière d'invalidité.

25. Par courrier du 23 août 2018, la recourante a indiqué à la chambre de céans que le Dr E_____ s'était trompé dans son diagnostic. Elle a produit un courrier du 17 août 2018 de ce praticien, aux termes duquel la mention d'une addiction au cannabis dans son rapport du 6 décembre 2016 était erronée. Il n'existait en effet aucun élément pour une prise de cannabis récente ou actuelle. La recourante a également joint des rapports d'analyses toxicologiques confirmant qu'elle n'avait pas consommé de cannabis.
26. Dans sa réponse du 29 août 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est notamment référé à l'avis du SMR du 29 mars 2018. Il a affirmé qu'un examen des indicateurs jurisprudentiels en matière de caractère invalidant de troubles psychiques révélait notamment la motivation de la recourante pour reprendre une activité professionnelle. Elle travaillait à 10 % et suivait un traitement hebdomadaire. Elle gérait son quotidien et les tâches ménagères, et entretenait de bonnes relations avec le père de sa fille. Force était ainsi de constater qu'elle disposait de ressources mobilisables suffisantes. S'agissant du droit aux mesures de réadaptation professionnelle, il était subordonné à ce qu'elles soient nécessaires à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain. En l'espèce, dès lors que la recourante jouissait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée accessible sans formation particulière, de telles mesures ne se justifiaient pas.
27. Par réplique du 26 septembre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. S'agissant des traits de la personnalité *borderline* et de la dépendance à l'alcool en rémission, elle a souligné que le Dr G_____ n'avait pas retenu ces diagnostics mais les avait uniquement mentionnés dans l'historique médical. L'argumentation de l'intimé sur l'absence d'incidence de ces troubles sur la capacité de travail

n'était ainsi pas pertinente. Quant à l'épisode dépressif récurrent, l'intimé n'indiquait pas pourquoi il n'aurait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il fallait se référer à l'appréciation convaincante du Dr G_____. Compte tenu de son incapacité de travail de 70 %, la recourante pouvait prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle et ses conclusions subsidiaires étaient « tout à fait adéquates ».

28. L'intimé s'est déterminé le 10 octobre 2018 en persistant dans ses conclusions.
29. La recourante en a fait de même dans son écriture du 30 octobre 2018.

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 forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

En particulier, les conclusions, malgré leur formulation, seront interprétées comme tendant à l'octroi de prestations d'invalidité. Elles sont ainsi de nature condamnatoire et non constatatoire, et elles sont partant recevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.
4. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable.

Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3).

- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

a. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4).

b. Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa version en vigueur jusqu'au

31 décembre 2017 dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 consid. 4).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

c. Selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité était, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité était fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une telle situation, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). Ainsi, dans le cadre de la méthode mixte, il faut se fonder sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail

dans les deux domaines, par analogie avec la détermination du taux d'invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.4).

Conformément à la pratique administrative (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] valable dès le 1^{er} janvier 2014, chiffre 3101), le taux d'invalidité se détermine à l'aide de la formule suivante :

$$E \times IE + ([EZ - E] \times H) / EZ = \text{Taux d'invalidité en \%}$$

E : travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heures par semaine

IE : handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative en %

EZ : durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine

H : handicap rencontré dans le ménage en %

d. Une modification de l'art. 27^{bis} al. 2 et 3 RAI est entrée en force le 1^{er} janvier 2018, à la suite d'un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme constatant le caractère discriminatoire de l'application de la méthode mixte pour la grande majorité des femmes souhaitant travailler à temps partiel à la suite de la naissance d'un enfant (arrêt du 2 février 2016 Di Trizio contre Suisse, n° 7186/09 § 80-104).

Selon la nouvelle teneur de cette disposition, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b) (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (let. a) ; la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. b) (al. 3).

Avec cette nouvelle réglementation, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative continue d'être régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide (Gisella MAURO, Ralph LEUENBERGER, Changements dans la méthode mixte *in* Sécurité sociale, CHSS 1/2018).

e. Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que 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. 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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références).

8. Il convient de déterminer si l'intimé a examiné le droit aux prestations de manière conforme aux principes rappelés ci-dessus.

S'agissant en premier lieu de l'expertise du Dr G_____, la chambre de céans retient ce qui suit.

En préambule, il convient de rappeler que le Tribunal fédéral a établi certaines exigences en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). En l'espèce, la manière de procéder de l'intimé, consistant à communiquer à la recourante uniquement le nom du centre d'expertises, et non de l'expert qui procédera à son examen, ne satisfait pas à ces exigences. En principe, une violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431c consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3). En l'espèce, la question de savoir si la décision doit être annulée pour ce motif déjà, et ce bien que la recourante ne l'invoque pas, peut rester ouverte dès lors que le recours doit être admis pour d'autres motifs.

Sur le fond, on peut se demander si le Dr G_____ a pris connaissance de l'intégralité du dossier de la recourante, puisque trois rapports médicaux seulement sont mentionnés dans son rapport. S'agissant de ses conclusions quant à la capacité de travail, l'inexigibilité de l'activité de serveuse à 90 % est également constatée par la Dresse F_____ et n'est pas contestée par le SMR, de sorte qu'il n'existe aucun motif de la remettre en cause. En ce qui concerne l'activité adaptée, force est en revanche de constater que la conclusion de l'expert psychiatre n'est ni suffisamment motivée, ni suffisamment précise. En premier lieu, eu égard aux limitations fonctionnelles particulières, il aurait été utile de détailler quelles activités sont adaptées. De plus, le Dr G_____ n'a pas expliqué pourquoi l'exercice d'une telle activité était limité à 30 % et n'a pas non plus indiqué pourquoi il fixait la date de son exigibilité au 1^{er} novembre 2017. Enfin, cette conclusion est par trop vague, puisque ce médecin semble pronostiquer une évolution positive de la capacité de travail, sans toutefois préciser dans quels délais ni dans quelle mesure.

L'avis du SMR, qui écarte les conclusions du Dr G_____ au motif qu'il aurait admis une incapacité (partielle) de gain en raison du déconditionnement de la recourante, ne peut pas non plus être suivi. Il est vrai que le déconditionnement induit par un mode de vie sédentaire et inactif ou lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffit pas en tant que tel pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité, au contraire du déconditionnement qui se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Cependant, si l'expert a bien mentionné un tel déconditionnement en ajoutant qu'il devait être pris en considération, il n'a pas expressément indiqué qu'il s'agissait là d'un facteur diminuant la capacité de gain de la recourante, et encore moins la cause unique de cette capacité réduite.

Eu égard à ce qui précède, l'expertise du Dr G_____ ne permet pas d'établir la capacité de travail et de gain de la recourante au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par ailleurs, l'intimé n'a absolument pas investigué l'incidence des troubles de la recourante dans son activité ménagère, alors qu'une enquête ménagère est en principe nécessaire à cette fin, conformément à la jurisprudence. L'indication contenue dans son projet de décision, selon laquelle la recourante ne présenterait pas d'empêchement dans la tenue de son ménage, n'est aucunement étayée. Par ailleurs, aucun médecin ne s'est expressément prononcé sur cette question. Or, au vu des limitations admises par le Dr G_____ – notamment l'évitement et l'indécision – il paraît douteux d'exclure sans autre examen que les atteintes n'entraînent aucune conséquence dans la sphère ménagère.

9. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des renseignements nécessaires pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, dès lors que la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruire les empêchements de la recourante dans les travaux ménagers, il est opportun qu'il complète également les investigations médicales, étant précisé qu'un complément d'expertise pourrait s'avérer suffisant. Eu égard à la nature psychique des troubles, il appartiendra en outre à l'intimé de recueillir l'avis de l'expert psychiatre sur les empêchements retenus à l'issue de l'enquête ménagère.

10. Le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 300.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

* * * * *

**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 de l'intimé du 10 juillet 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'500.-.
6. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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