

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2702/2017

ATAS/436/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mai 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1974, originaire du Rwanda, est en Suisse depuis 1994, au bénéfice d'un permis de séjour C. Elle est mère de trois enfants, nés en _____ 1997, _____ 2003 et _____ 2005, et séparée de leur père depuis le 19 décembre 2012. Elle exerce la profession de secrétaire-réceptionniste à B_____, service des réfugiés, depuis 2000. Elle a diminué son taux d'activité en 2007, passant de 80% à 50%, pour suivre des études universitaires parallèlement. Elle a obtenu un bachelors en sciences de l'éducation en 2011, puis a débuté un master en sciences de l'éducation (toujours en cours). Elle est en incapacité de travail à 50% de son 50% depuis le 7 septembre 2015 en raison d'une dépression sévère.
2. Son employeur a annoncé son cas en détection précoce à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 3 mai 2016.

Un entretien s'est déroulé le 11 juillet 2016. L'assurée a indiqué qu'à l'origine de son arrêt de travail, il y avait : « Épuisement psychique et physique, décès de sa mère, séparation ravivent des chocs, traumatismes passés. Ne supporte plus les plaintes des usagers. Madame se dit pétrifiée à l'idée de reprendre son travail. Perte d'empathie. Fatigue physique ».

Par courrier du 12 août 2016, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il avait été décidé qu'une demande de prestations AI devait être déposée au vu de l'entretien de détection précoce.

3. L'assurée a déposé sa demande le 30 août 2016.
4. Dans un rapport du 22 novembre 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, a retenu le diagnostic de dépression depuis environ 2009. Il a fixé l'incapacité de travail à 100% depuis cette date, quelle que soit l'activité envisagée, et recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
5. Du rapport d'évaluation IP établi le 29 novembre 2016, il résulte que l'assurée prévoit de terminer son master. Il lui reste à rendre un travail de mémoire et à effectuer un stage de 366 heures dont la moitié serait déjà validée grâce à son activité à B_____. Elle n'envisage pas de reprendre une activité au sein de B_____. Elle estime qu'elle a pratiqué ce métier durant dix-sept années, soit suffisamment longtemps, ne veut plus de contact avec les usagers, ne trouve pas de stimulation intellectuelle dans son emploi selon ses dires. Elle souhaiterait trouver un emploi à 80% dans son domaine de formation, soit conception des dispositifs de formation, consultant, coaching, accompagnement des personnes en formation, développement des compétences. Ses ressources financières comprennent son salaire (CHF 52'000.- brut par an), la pension versée par son mari (CHF 3'000.- ou CHF 1'300.- par mois suivant le bon vouloir de celui-ci) et les allocations familiales.

-
6. Dans un rapport du 9 janvier 2017, la doctoresse D_____, généraliste, a indiqué que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2012 (décès de sa mère) et de troubles hyperkinétiques, perturbation de l'activité et de l'attention depuis l'enfance. Le médecin relève une perte d'intérêt totale pour l'activité, aucune envie, tristesse, sentiment de dévalorisation, ruminations anxieuses, troubles de la concentration et oublis. Elle présente une obésité avec BMI à 39,2 depuis 1997 et une opération gastrique bypass est envisagée aux HUG. Le médecin évalue l'incapacité de travail en tant que secrétaire-réceptionniste à 100% depuis le 1^{er} juillet 2017 (sic !). Elle considère toutefois qu'il serait possible de s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dans un autre emploi au printemps 2017 éventuellement. Elle précise que les limitations, liées à la dépression et au TDAH, concernent la capacité de concentration, la capacité d'adaptation et la résistance. Le médecin indique que sa patiente « est très inquiète pour ses finances, a beaucoup de mal à finir ses fins de mois. Elle se culpabilise de ne pas pouvoir répondre aux besoins des enfants ».
7. Dans une note de travail du 12 janvier 2017 établie par le gestionnaire du dossier, il est relevé que l'assurée a pris des contacts avec les professeurs pour démarrer son travail de mémoire et que « pour l'instant, son médecin ne valide pas la possibilité pour l'assurée de suivre un stage en entreprise. Cependant, d'un point de vue médical, il semblerait qu'elle va mieux (passation de tests : 50% de mieux) ».

Il est ajouté que l'assurée « envisage après l'obtention de son master de trouver un emploi à 80% dans son domaine de formation » et sollicite l'avis du médecin du SMR sur la situation médicale.

Celui-ci, le 13 mars 2017, déclare que

« Pour conclure, un état dépressif sévère est en rémission partielle à partir de novembre 2016, il existe une CT (voir rapport de janvier 2017 où la CT est estimée à 50% dans l'activité habituelle chez une assurée présentant aussi une obésité avec BMI à 39,2).

Pour conclure, état dépressif sévère en rémission partielle actuellement léger à modéré.

début de l'IT: 07.09.2015

CT dans l'activité habituelle : 0%

CT dans une activité adaptée: 100% à partir de novembre 2016

Limitation : Pas de contact avec l'utilisateur.

Le status de l'assurée est mixte 50% ».

Dans une note du 22 mars 2017, il est indiqué que l'assurée n'a pas pris contact avec l'OAI. Dans le cadre du suivi IP, il est à cet égard relevé qu'il est très difficile de la joindre, qu'elle ne répond pas aux appels et ne respecte pas les demandes pour une prise de contact.

8. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité. Il s'est fondé sur un salaire annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 80'777.-, soit

CHF 40'389.- à 50%, sur la base des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique 2014, TA1, tous secteurs confondus, étant précisé qu'il a tenu compte de ce qu'au terme de son Master, l'assurée envisageait de rechercher du travail dans son nouveau domaine d'activité, et ainsi retenu un niveau de qualification compatible avec les compétences de l'assurée, niveau 3. Il a par ailleurs considéré qu'une déduction supplémentaire n'était pas applicable, car seules les années de service pourraient être prises en considération. Quant au revenu annuel brut sans invalidité, il est de CHF 40'864.- attesté par l'employeur le 6 octobre 2016. Le degré d'invalidité obtenu est de 1,2%.

9. Le 27 avril 2017, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande est rejetée, au motif que le degré d'invalidité de 1,2% n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à des prestations AI.

Son statut est celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et pour les 50% restants à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Il lui a été reconnu une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 7 septembre 2015 (début du délai d'attente d'un an). S'agissant des empêchements dans la tenue du ménage, il a été considéré qu'une enquête n'était pas nécessaire, du fait qu'au vu de sa capacité de travail entière et de ses limitations fonctionnelles, elle ne présentait pas d'empêchement. Sa demande ayant été déposée le 30 août 2016, le droit à d'éventuelles prestations AI ne peut être évalué qu'à partir du 1^{er} février 2017. Or, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est entière à partir de novembre 2016.

10. Par décision du 31 mai 2017, l'OAI a confirmé son projet de refus, tant pour la rente que pour les mesures professionnelles.
11. L'assurée a interjeté recours le 19 juin 2017 contre ladite décision. Elle explique qu'elle a « vécu des choses difficiles notamment la perte de ma sœur que j'ai accompagnée en fin de vie durant quatre mois, elle est décédée le _____ 2017, le décès de mon oncle en mi-février, ma meilleure amie décédée le _____ 2016 et le décès d'un ami le _____ 2017, suite à un accident. Depuis, des troubles anxieux sont réapparus, des TOC sont apparus, un syndrome de stress post-traumatique réactivé, ainsi qu'une dépendance comportementale. De plus, j'ai dû reprendre un traitement médicamenteux pour une dépression sévère. »
12. Dans sa réponse du 18 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours.
13. Par courrier du 13 avril 2018, la chambre de céans a demandé à l'assurée de lui indiquer si elle avait à présent obtenu son Master et si elle avait effectué des recherches d'emploi dans son nouveau domaine d'activité.
- L'assurée ne s'est pas manifestée.
14. 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.
4. 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).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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.

5. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites –

les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a décidé que toutes les affections psychiques, en particulier les troubles dépressifs de degré léger à moyen doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que

d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 E. 5.1; ATF 125 V 351 E. 3a). En particulier, dans les cas où, selon la situation du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).
10. 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.
 - a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur

l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b. 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).

S'agissant des avis du SMR, le Tribunal fédéral a exposé qu'un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de

clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. a. En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations AI, se fondant sur l'avis du médecin du SMR, selon lequel la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle et dans une activité adaptée entière depuis novembre 2016. Lui-même se réfère expressément au rapport de la Dresse D_____ du 9 janvier 2017.

b. Dans son recours, l'assurée allègue souffrir d'une dépression sévère, de trouble anxieux, de TOC et d'un syndrome de stress post traumatique réactivé, en raison de plusieurs décès survenus dans son entourage les _____ 2016, _____ 2017.

Elle fait ainsi valoir que son état de santé s'est aggravé depuis janvier 2017, date à laquelle la Dresse D_____ avait établi son rapport. En mars 2017, le médecin du SMR relevait sur la base de ce dernier que l'état dépressif sévère était en rémission partielle, actuellement léger à modéré. L'assurée ne produit cependant pas de rapport médical attestant d'une aggravation. Il y a également lieu de constater qu'elle se borne à invoquer des troubles réactionnels à des événements de vie adverse, lesquels, selon la jurisprudence relative aux troubles de la lignée dépressive, peuvent être médicalement traités de manière adéquate et ne sont en principe pas considérés comme des atteintes psychiques invalidantes.

Il convient dès lors de retenir une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, étant précisé que l'activité antérieure était celle de secrétaire-réceptionniste à B_____, et qu'une activité adaptée pourrait être de même type, mais auprès d'un autre employeur et sans contact avec les usagers.

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

mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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

14. En l'espèce, considérant qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait à raison de 50%, l'OAI a considéré que le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et pour les 50% restants à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

Il est vrai que l'assurée a déclaré qu'elle souhaiterait travailler à 80% dans son domaine de formation acquis dans le cadre de ses études universitaires. Il importe à cet égard de rappeler que si elle avait diminué son temps de travail de 80% à 50% en 2007, c'était dans le but de suivre des études parallèlement. On ne se fonde pas nécessairement sur le taux de travail exercé juste avant l'atteinte à la santé uniquement. Ses trois enfants âgés de 20, 14 et 12 ans ne requièrent plus une présence constante. Elle est par ailleurs séparée de son époux, et « est très inquiète pour ses finances, a beaucoup de mal à finir ses fins de mois ». On ne sait toutefois pas si elle a ou non terminé ses études. Interrogée à cet égard par la chambre de céans, elle n'a pas répondu. Il y a dès lors lieu de confirmer en l'état la répartition retenue par l'OAI. soit 50% / 50%.

15. Lorsque la méthode mixte est appliquée, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer

la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

16. a. 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).

b. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c. 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Sont déterminants, si l'on se fonde sur l'ESS, les tableaux TA1 tenant compte du niveau de compétence (ATF 142 V 178). On s'appuie en règle générale sur le tableau TA1, mais en fonction de la situation concrète, il est possible d'utiliser d'autres tableaux du groupe A (arrêt du TF 8C_671/2010). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (SVR 2008 IV no 20 p. 63). On peut donc – exceptionnellement – se référer au salaire d'un secteur particulier (« Production » ou « Services ») ou même d'une branche déterminée, si cela permet de tenir compte de l'utilisation lucrative, raisonnablement exigible dans le cas d'espèce, de la capacité de travail résiduelle, notamment chez des personnes qui, avant l'atteinte à leur santé, avaient été longtemps actives dans le domaine en question et pour lesquelles un travail dans d'autres domaines n'entrerait guère en ligne de compte (arrêt du TF 9C_311/2012 consid. 4.1). L'annexe VII offre une comparaison entre les tableaux jusqu'à l'ESS 2010 et ceux de l'ESS à partir de 2012.

Selon la jurisprudence, des possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient d'exiger la preuve d'indices concrets que la personne assurée aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, si elle n'était pas devenue invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, in REAS 2004 p. 239; arrêt du Tribunal fédéral 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.1).

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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

17. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les chiffres résultant des statistiques ESS pour déterminer le revenu avec invalidité. Il a pris en considération un montant de CHF 80'777.-, retenant ainsi un niveau de qualification compatible avec les compétences de l'assurée, niveau 3. On ignore toutefois si l'assurée a ou non, et le cas échéant quand, obtenu le diplôme qui lui permettrait de travailler dans son nouveau domaine d'activité, au demeurant mieux rémunéré.

La question de savoir quel niveau de qualification devrait être pris en considération peut, quoi qu'il en soit, être laissée ouverte, dans la mesure où même si l'on comparait le salaire de secrétaire-réceptionniste à B_____ avec celui qu'elle réaliserait dans une activité de même type, mais auprès d'un autre employeur et sans contact avec les usagers, le degré d'invalidité obtenu resterait insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations AI, vu la capacité de travail de 100% dans l'activité adaptée et ce même si l'on tient compte de la répartition des champs d'activité telle que retenue plus haut, soit 80% / 20%.

18. a. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante.

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les

constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue, en règle générale, une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels.

En présence de troubles d'ordre psychique, 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, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue, en règle générale, une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels.

Or, aucune enquête ne figure dans le dossier en l'espèce, l'OAI ayant considéré qu'elle n'était pas nécessaire, du fait qu'« au vu de sa capacité de travail entière et de ses limitations fonctionnelles, l'assurée ne présentait pas d'empêchement ».

On peut en effet renoncer à une enquête sur place pour ce qui concerne le ménage si un avis médical indique qu'il n'y a pas de restriction dans ce domaine (9C_103/2010 ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) n^{os} 3100, 3096 et 3096.1).

En l'occurrence, le médecin n'a pas fait valoir de restriction particulière. Les limitations qu'il décrit portent sur la capacité de concentration et d'adaptation, ainsi que sur la résistance, et n'empêcheraient pas l'assurée d'accomplir ses tâches ménagères, étant rappelé que la tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1^{er} LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

Aussi est-ce à bon droit que l'OAI a considéré qu'une enquête ménagère n'était pas nécessaire.

19. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, les assurés ont droit à une rente, si leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'ils ont présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en

moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, ils sont invalides (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

En l'espèce, le délai d'attente d'un an commence en septembre 2015, date à compter de laquelle elle présente une incapacité de travail entière dans son activité habituelle.

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI,

« Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré ».

L'assurée ayant déposé sa demande de prestations AI le 30 août 2016, son droit à d'éventuelles prestations peut être évalué dès le 1^{er} février 2017. Or à cette date, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée. Aussi son degré d'invalidité obtenu ne permet-il pas d'ouvrir le droit à des prestations AI.

Le recours est en conséquence rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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