



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3145/2018

ATAS/529/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

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), ressortissante bulgare née en 1960, a travaillé en tant que vendeuse de 2000 à 2014.
2. Le 31 mars 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une dépression.
3. Dans un rapport du 28 mai 2016, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épuisement physique et psychique, de dépression majeure et d'anxiété. En 2015, l'assurée avait connu un conflit professionnel et des soucis financiers, administratifs et familiaux. Son conjoint était très gravement malade et quasiment totalement dépendant. Il séjournait à domicile. Les tracassés administratifs liés à sa prise en charge étaient une source d'incompréhension et d'épuisement pour l'assurée. En outre, sa mère, âgée, en très mauvaise santé et totalement dépendante, venait d'arriver dans la région et vivait chez elle. Les démarches de soins la préoccupaient beaucoup. Hors de ce contexte familial, l'assurée aurait une capacité de travail normale. La procédure engagée aux prud'hommes à la suite de son licenciement contribuait également à l'épuiser. Elle présentait des troubles de la concentration, des épisodes anxieux majeurs, le sentiment d'être débordée perpétuellement, une apathie et une confusion, et parfois des idées suicidaires. Toute son énergie était investie dans son rôle de « proche soignante » qu'elle ne pouvait pas déléguer en raison de complications administratives multiples. Elle souffrait d'une grave dépression réactionnelle et ne pouvait pas, en raison de son sentiment de culpabilité, se rendre à un travail en laissant son mari et sa mère seuls à la maison. Sa capacité de travail était nulle depuis le début de la prise en charge par le psychiatre le 13 janvier 2015. Le pronostic, médiocre, serait fonction de l'évolution de son mari, de sa mère et de la procédure aux prud'hommes.
4. Dans un rapport du 27 octobre 2016, la Dre B_____ a qualifié l'état de l'assurée de stationnaire. Son incapacité de travail totale perdurait.
5. Le 24 avril 2017, la Dre B_____ a rapporté une aggravation de l'état de santé de l'assurée, répétant les circonstances familiales déjà évoquées le 28 mai 2016.
6. Selon les informations fournies par l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) le 8 mai 2017, un délai-cadre d'indemnisation avait été ouvert en faveur de l'assurée du 10 janvier 2017 au 9 janvier 2019. Elle recherchait un emploi à 100 %.
7. Le 4 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de confier une expertise au Professeur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et l'a invitée à lui faire part d'éventuels motifs de récusation et des questions complémentaires qu'elle souhaitait lui poser.
8. Le 27 décembre 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a pratiqué une arthrolyse et réduction de la 3^{ème} sur la 2^{ème} phalange du 4^{ème}

doigt de la main droite, avec embrochage temporaire et réinsertion du tendon terminal de l'appareil extenseur du 4^{ème} doigt. Le diagnostic était celui de cal vicieux de la 3^{ème} phalange, consécutif à une fracture *mallet* survenue lors d'une chute.

9. Le Pr C_____ et Madame E_____, psychologue, ont rendu leur rapport le 30 mars 2018.

Ils ont indiqué dans l'anamnèse qu'à la suite de son licenciement, l'assurée avait été en incapacité de travail totale. Depuis, elle s'investissait pleinement dans l'accompagnement de son mari, l'amenant à tous les rendez-vous médicaux et assumant toute l'intendance à domicile. Parallèlement, elle prenait soin de sa mère qui vivait également chez elle depuis 2015 dans un état de dépendance. Cette gestion des deux situations critiques représentait une grande source de stress pour l'assurée. Elle rencontrait occasionnellement des amis, mais restait pour l'essentiel dans une position de soignante ne s'autorisant que peu de loisirs. Elle s'était opposée à son licenciement et restait dans l'attente d'une décision des prud'hommes sur ce point. En été 2017, elle avait tenté sans succès de trouver un emploi en faisant des stages dans un magasin, mais le salaire était trop bas pour couvrir ses dépenses minimales.

Selon un entretien avec la Dresse B_____, le suivi avait débuté en janvier 2015, de façon hebdomadaire puis mensuelle. L'assurée était investie dans son suivi, consistant en une thérapie de soutien pour l'aider à gérer son quotidien. Son licenciement en septembre 2015 avait amené une décompensation dépressive franche. L'assurée avait refusé une hospitalisation de courte durée car elle ne supportait pas de laisser son mari et sa mère seuls à la maison. Selon la psychiatre, une activité professionnelle serait bénéfique mais l'assurée était actuellement trop submergée par sa vie familiale. L'attente de la décision des prud'hommes la maintenait dans un niveau de stress et d'angoisse élevé. L'assurée ne prenait actuellement aucun traitement médicamenteux, la médication n'ayant pas amené les effets souhaités.

Au status, les experts ont noté que l'assurée présentait un visage triste. Elle était très fréquemment en pleurs, communiquant une souffrance morale intense. Elle n'avait pas de difficultés attentionnelles ou de concentration pendant l'entretien. Il n'y avait pas d'arguments en faveur de troubles cognitifs. Le discours était de très bonne qualité, l'idéation satisfaisante. Il n'y avait pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée ni d'éléments de la lignée psychotique. L'assurée dépeignait une vie en Bulgarie et un parcours initial en Suisse marqués par l'attachement au travail, le contrôle accru sur sa vie et une bonne adaptation socio-professionnelle. Son licenciement restait vécu comme une injustice et une humiliation intolérables. Deux ans plus tard, le cancer de son mari et l'arrivée d'une mère grabataire l'avaient confinée dans le rôle de la soignante dévouée sans aucun échappatoire. La trajectoire était rapportée avec un sentiment de désespoir intense, l'assurée peinant à imaginer toute solution alternative à sa situation actuelle. La thymie était triste

avec fixation de la tonalité au pôle dépressif. On observait un sentiment de dévalorisation au premier plan, avec vécu d'impasse existentiel. Il n'y avait pas de sentiment d'inutilité ou d'indignité ni de sentiment de culpabilité, mais une baisse de l'élan vital avec anhédonie, sans aboulie. Les experts rapportaient des distorsions cognitives massives de la lignée dépressive (inférence arbitraire, abstraction sélective, dramatisation et personnalisation, sur-généralisation), ainsi que des idées noires fréquentes avec idéation suicidaire stoppée par la présence de son fils et par un sentiment de devoir vis-à-vis des personnes à sa charge. Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux.

Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) dès 2015. Le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail consistait en traits de personnalité obsessionnelle (Z 73.1) dès le début de l'âge adulte.

L'assurée présentait une personnalité à traits obsessionnels organisée sur un mode névrotique qui avait bien fonctionné jusqu'au moment de son licenciement et s'était brutalement décompensée par la suite. L'apparition d'un épisode dépressif, actuellement inquiétant, datait de 2015.

Au sujet de la thérapie suivie, les experts ont noté que l'aggravation de l'épisode dépressif posait la question de l'hospitalisation de l'assurée. Malgré une bonne collaboration avec sa psychiatre en surface, cette dernière présentait une résistance marquée au changement. Actuellement, le refus du traitement antidépresseur et la séance mensuelle avec sa thérapeute étaient clairement non conformes aux bonnes pratiques en la matière, compte tenu de la gravité de son état psychique. Une brève hospitalisation – la possibilité d'un séjour à la Clinique de Montana pourrait être explorée – avec adjonction d'un traitement antidépresseur et un travail spécifique sur les distorsions cognitives s'imposaient. À défaut, une situation de crise se manifesterait à brève échéance. La priorité devait être portée aux soins, de sorte qu'aucune mesure de réadaptation ne pouvait être entreprise en l'état. Au sujet de la cohérence, le Pr C_____ et Mme E_____ ont retenu que les éléments anamnestiques, les renseignements obtenus auprès des tiers et les observations cliniques confirmaient la présence d'un épisode dépressif actuellement sévère. Il n'y avait pas d'ambiguïté diagnostique ou d'hypothèse alternative à explorer.

L'ampleur de l'épisode dépressif était à ce jour inquiétante. De par ses traits de personnalité, l'assurée n'avait pas la souplesse requise pour gérer les exigences surmoïques sans se détruire. L'apparence de contrôle qu'elle tentait de garder devait être vue avec circonspection, car elle masquait un effondrement progressif de son appareil psychique. Aucune activité professionnelle n'était envisageable avant de traiter *lege artis* cet épisode dépressif. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

10. Le 12 mars 2018, l'assurée a subi l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 4^{ème} doigt de la main droite.

11. Le 14 mars 2018, l'assurée s'est déchirée la lèvre lors d'une chute sur un trottoir, ce qui a justifié une suture chirurgicale.
12. Dans un rapport du 20 mars 2018, le docteur F_____, spécialiste FMH en dermatologie, a diagnostiqué un lichen plan étendu cutanéomuqueux dont l'évolution était favorable, caractérisée par des signes d'hyperpigmentation d'allure post-inflammatoire post-lichen plan mais avec persistance du caractère prurigineux.
13. Dans un rapport du 19 avril 2018, la Dresse B_____ a signalé une aggravation de l'état psychologique de l'assurée, qui se manifestait notamment par la répétition de petits accidents tels que des chutes. Ces accidents n'avaient pour l'instant pas mis son pronostic vital en jeu mais créaient des problèmes orthopédiques, dont le dernier rendait impossibles les activités de masseuse ou de fleuriste envisagées par l'assurée. Ils étaient compatibles avec la dépression et les troubles de la concentration et de l'attention. Les soucis liés aux soins à ses proches et au conflit professionnel persistaient et excluaient la reprise d'une activité.
14. Dans un avis du 31 mai 2018, le docteur G_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est déterminé sur l'expertise psychiatrique, dont il disait ne pouvoir suivre les conclusions. En effet, selon les critères de la CIM-10, un épisode dépressif sévère ne permettait pas de poursuivre des activités sociales, professionnelles ou ménagères, alors que l'assurée assumait complètement son mari gravement malade et sa mère totalement dépendante, et était en procédure contre son ancien employeur. Les experts et la Dresse B_____ avaient noté qu'un jugement en sa faveur serait bénéfique à son état de santé. Selon l'expertise, l'assurée avait tenté sans succès de trouver un emploi en faisant des stages. En cas de dépression sévère, de telles ressources n'étaient pas disponibles. En outre, l'assurée refusait tout traitement médicamenteux et son suivi n'était que mensuel. Le SMR considérait ainsi que le tableau clinique était imprégné de facteurs psychosociaux et qu'aucune atteinte psychiatrique grave et durable n'était à retenir. La capacité de travail était entière dans toute activité.
15. Le 5 juin 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision niant le droit à des prestations en se référant aux conclusions du SMR, selon lequel l'atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité.
16. Par courrier du 28 juin 2018, l'assurée a déclaré « faire recours » contre le projet de décision. Elle s'est dite non convaincue par les conclusions de l'expertise psychiatrique. Ses atteintes orthopédiques n'avaient pas été prises en compte. Ses médecins adresseraient prochainement des rapports médicaux à l'OAI. La Dresse B_____ se déterminerait une fois en possession du rapport d'expertise.
17. Le 3 juillet 2018, l'OAI a transmis l'expertise du Pr C_____ et de Mme E_____ à la Dresse B_____.
18. Par décision du 13 juillet 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

19. Le 23 août 2018, l'assurée a transmis à l'OAI le certificat de décès de son mari, survenu le _____ précédent.
20. Le 13 septembre 2018, l'assurée, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à une rente entière d'invalidité.

Elle a rappelé le contenu des rapports de la Dresse B_____ et du Pr C_____, au vu desquels il fallait admettre qu'elle présentait une atteinte à la santé la limitant fortement dans ses activités quotidiennes et professionnelles. Il n'appartenait pas à l'administration ou au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser des conclusions médicales. Si un doute subsistait quant au bien-fondé des conclusions d'une expertise médicale, il convenait d'interpeller les experts afin qu'ils apportent les précisions requises ou de mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire. On ne pouvait se fonder sur une appréciation du SMR que si elle remplissait les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux.

La recourante a notamment produit un rapport du Dr D_____ du 15 août 2018, rappelant qu'elle avait présenté une fracture de la base de la phalange distale du 4^{ème} doigt, avec une incongruence ayant justifié une intervention en décembre 2017, dont les suites avaient été marquées par le développement d'une raideur. Un nouvel accident était survenu le 8 mars 2018, avec une fracture de la 2^{ème} phalange du même doigt. Ce médecin constatait la persistance de douleurs le long de ce doigt, avec une perte de force de 25 %. La mobilité était relativement bonne pour l'interphalangienne proximale et la métacarpo-phalangienne, mais limitée pour l'interphalangienne distale. Il était probable qu'une certaine raideur avec gêne fonctionnelle relative persiste. Il n'était pas exclu que les chutes à répétition de la recourante résultent de son état dépressif, qui interférait avec son attention.

21. Dans sa réponse du 12 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé s'être écarté à juste titre des conclusions des experts, les critères diagnostiques n'étant en l'espèce pas remplis. Il a notamment rappelé à cet égard que les experts avaient mentionné une bonne mémoire, l'absence de troubles cognitifs, de troubles du cours et du contenu de la pensée. L'incapacité de travail totale retenue par les experts ne concordait pas avec les faits, l'intimé se référant sur ce point aux stages réalisés par la recourante en été 2017 et à l'accompagnement de son époux et de sa mère. Celle-ci disposait des ressources nécessaires à sa réinsertion professionnelle. L'intimé a répété que le tableau clinique était imprégné de facteurs psychosociaux ne relevant pas d'une atteinte à la santé invalidante. Les troubles réactionnels ne constituaient pas non plus un handicap psychique invalidant. L'intimé s'est déterminé sur les pièces produites à l'appui du recours, en déclarant se rallier à l'avis du SMR du 11 octobre 2018 joint à son écriture.

Dans ce document, la doctoresse H_____ a retenu que les chutes survenues ne pouvaient être mises en lien avec le trouble dépressif. Les séquelles au niveau du 4^{ème} doigt n'empêchaient pas la recourante de travailler dans sa profession habituelle de vendeuse en électronique. Les conclusions du SMR du 31 mai 2018 restaient ainsi valables.

22. Par réplique du 6 novembre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a souligné que l'expertise avait bien mis en évidence une dépression majeure entraînant une totale incapacité de travail dans toute activité et qu'elle répondait aux exigences en matière de valeur probante. Le diagnostic retenu par les experts ne reposait pas uniquement sur des facteurs psychosociaux. L'ensemble des médecins traitants de la recourante confirmait son incapacité de gain. Le rapport du SMR ne saurait prévaloir sur les conclusions de l'expertise.
23. Dans sa duplique du 29 novembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a souligné que la reconnaissance d'une incapacité de travail durable exigeait une image d'ensemble cohérente, faute de quoi elle n'était pas prouvée, comme en l'espèce. L'intimé avait déjà exposé pour quelles raisons il était justifié de s'écarter des conclusions du Pr C_____.
24. La recourante s'est déterminée par écriture du 4 janvier 2019 en persistant dans ses conclusions, alléguant que la valeur probante de l'expertise devait être confirmée.
25. Le 7 janvier 2019, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé.

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.

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.
3. 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.

4. L'art. 8 al. 1^{er} LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

À teneur de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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).

L'art. 16 LPGA précise que 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.

5. Le principe introduit à l'art. 7 al. 2 LPGA vise à souligner que l'évaluation de l'incapacité de gain est effectuée en excluant les facteurs étrangers à l'invalidité : seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Les facteurs psychosociaux ou socioculturels (déracinement, émigration, problèmes d'intégration, manque de formation scolaire, difficultés linguistiques, etc.) ne relèvent pas d'atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain ou une invalidité au sens de la loi (Margrit MOSER-SZELESS *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 29 et 31 ad art. 7 LPGA).

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 129/02 du 29 janvier 2003 consid. 3.2).

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 des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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 faite 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. Dans sa jurisprudence constante jusqu'en 2017, le Tribunal fédéral faisait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il avait notamment précisé que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils fussent récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révélaient 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, avaient échoué. Ce n'était que dans cette hypothèse - rare, les dépressions étant en règle générale accessibles à un traitement - qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences de l'art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA. Cette jurisprudence avait pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive devait 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). Notre Haute Cour rappelait en outre que si le caractère invalidant d'un trouble dépressif de degré moyen ne pouvait être d'emblée exclu, il impliquait qu'il s'agisse d'une atteinte distincte et non d'une manifestation secondaire à un trouble douloureux. Il était en outre nécessaire qu'une thérapie soit suivie, dont l'échec révélait le caractère résistant du trouble, faute de quoi on ne pouvait en règle générale admettre son caractère invalidant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_454/2013 du 29 octobre 2013 consid. 4.1). Ainsi, dans le cas d'une assurée dont la dépression était qualifiée de réactionnelle et accessible à la thérapie, et qui n'avait pas suivi de thérapie dont l'échec aurait permis de retenir le caractère résistant de l'atteinte, il a été retenu qu'on ne pouvait conclure à un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente, conformément à l'art. 7 al. 2 1^{ère} phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3).

8. Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

Le critère de la résistance au traitement est un indicateur de gravité du trouble développé. L'échec définitif d'une thérapie indiquée, menée dans les règles de l'art avec une coopération optimale de l'assuré, est révélateur d'un pronostic défavorable. En revanche, si le traitement est inapproprié ou ne correspond pas aux connaissances actuelles de la médecine, on ne peut rien inférer de son absence de succès. Le Tribunal fédéral a souligné qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des principes développés jusque-là, selon lesquels seuls les troubles psychiques graves et inaccessibles à la thérapie pouvaient être considérés comme invalidants. Le recours à des thérapies et la coopération de l'assuré permettent de tirer des conclusions quant à la souffrance, dès lors qu'ils sont également révélateurs de la consistance de son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, RSAS 2019 p. 67).

9. L'art. 21 al. 4 LPGA dispose que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible

et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Ce n'est qu'après une sommation légale que les prestations d'assurance peuvent éventuellement être réduites ou refusées si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2008 du 14 août 2009 consid. 3.3).

Les traitements médicaux visent toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail. La perception subjective par la personne assurée de l'utilité du traitement n'est pas pertinente. La preuve de l'amélioration que le traitement aurait pu apporter n'a pas à être rapportée strictement, mais doit être démontrée avec une certaine vraisemblance. Le degré de vraisemblance exigé dépend de l'ampleur de l'atteinte aux droits de la personnalité causée par le traitement (Anne-Sylvie DUPOND *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 54 ad art. 21 LPGA). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a confirmé la réduction des prestations signifiée à un assuré ayant refusé le traitement psychothérapeutique censé permettre selon l'expert de contrecarrer l'effet invalidant de son trouble et d'améliorer sa capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 824/06 du 13 mars 2007).

Il appartient à l'OAI de demander à l'assuré qu'il entreprenne les mesures thérapeutiques préconisées. En cas de refus de sa part, il est alors en droit de mettre en œuvre la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA, en vertu de laquelle les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral 9C_538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 4.2).

10. En l'espèce, l'intimé a contesté les conclusions de l'expertise, au motif que des facteurs socioculturels influenceraient la capacité de gain de la recourante.

On ne peut le suivre sur ce point. En effet, le Pr C_____ et la psychologue ont bien diagnostiqué une atteinte psychique, puisqu'ils ont retenu un épisode dépressif sévère. L'affirmation du SMR, selon laquelle les soins dispensés par la recourante à ses proches seraient incompatibles avec les critères de la CIM-10, ne convainc pas non plus. En effet, la CIM-10 cite parmi les éléments diagnostiques un abaissement

de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité, une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime, des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques, par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère (CIM-10-GM 2018 dans sa version publiée par l'Office fédéral de la statistique). Ainsi, la reconnaissance d'une telle atteinte ne suppose pas l'inaptitude totale d'un assuré à assumer ses obligations familiales. Dès lors que les experts ont rapporté plusieurs symptômes figurant parmi les critères précités, leur diagnostic ne prête pas flanc à la critique. Quant aux stages mentionnés dans l'expertise, ils ne suffisent pas à conclure à des ressources intactes dès lors qu'on ignore leurs modalités – notamment leur taux d'exercice, leur durée et leurs exigences.

On ne saurait ainsi écarter d'emblée l'expertise du Pr C_____ et de Mme E_____, qui au plan formel se prononce sur tous les éléments en lien avec les nouveaux indicateurs applicables.

Toutefois, il apparaît que le traitement suivi par la recourante n'est pas conforme aux règles de l'art. Les experts soulignent en effet la fréquence insuffisante des séances avec la Dresse B_____ et la nécessité de réinstaurer une médication. Ils suggèrent en outre une brève hospitalisation.

Compte tenu de cet élément, il est prématuré de se prononcer sur l'indicateur de la résistance au traitement, et partant sur le caractère invalidant durable du trouble dépressif de la recourante.

Dans ces circonstances, conformément à la jurisprudence, il appartient à l'intimé de définir au plan médical les modalités du traitement qui doit être mis en œuvre, avec le concours de la Dresse B_____ et en interpellant au besoin l'expert sur ce point, de déterminer l'exigibilité de la recourante, puis de procéder conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA en rappelant à la recourante son obligation de réduire le dommage et en la sommant de se soumettre audit traitement. C'est le lieu d'ajouter que le traitement psychothérapeutique et médicamenteux préconisé par les experts est en principe exigible de la recourante. Une courte hospitalisation, pour autant qu'elle reste nécessaire, est *a priori* également exigible.

Une fois le traitement mis en œuvre et suivi durant une période suffisante, l'intimé devra réévaluer l'incapacité de gain de la recourante, par exemple en requérant un complément d'expertise auprès du Pr C_____, puis statuer sur le droit aux prestations. Dans ce contexte, il faut rappeler que le droit aux prestations n'est pas exclu tant que la procédure de sommation n'a pas été menée (arrêt du Tribunal fédéral I 744/06 du 30 mars 2007 consid. 4). L'intimé sera fondé à nier le droit aux prestations si la recourante devait se soustraire au traitement préconisé.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer 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 500.- (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 13 juillet 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier de procéder conformément aux considérants avant de rendre une nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de dépens de CHF 1'500.- à la recourante.
6. Met un émolument de CHF 500.- 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