



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3624/2018

ATAS/881/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 septembre 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNÖPFEL, Judges assessesurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, mariée, secrétaire/aide-comptable de formation, est entrée dans la vie active dès l'âge de 17 ans et a travaillé successivement en tant qu'employée de bureau, employée d'un service de comptabilité, assistante de gestion polyvalente, comptable puis comptable/contrôleuse de gestion jusqu'au 30 juin 2014. Engagée avec effet au 1^{er} juillet 2014 par Laboratoires B_____ SA (ci-après : l'employeur) en qualité de comptable et responsable de l'administration des ventes, elle a été licenciée le 24 avril 2015 pour le 31 mai 2015.
2. Dans un rapport du 1^{er} février 2015, adressé à Axa Winterthur, assureur-maladie perte de gain de l'employeur, la docteure C_____, médecin généraliste, a diagnostiqué un carcinome lobulaire invasif multifocal du sein gauche, ainsi qu'un trouble anxio-dépressif sévère. L'assurée avait subi, le 28 novembre 2014, une mastectomie avec reconstruction du sein gauche. S'en était suivie une aggravation secondaire de son état dépressif. Interrogée sur le point de savoir si l'affection actuelle était influencée par des lésions ou maladies antérieures, la Dresse C_____ a précisé que l'état dépressivo-anxieux de l'assurée évoluait depuis trente ans et qu'elle bénéficiait actuellement d'un traitement par Venlafaxine et d'un soutien intensif (quotidien) au Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI). S'élevant d'abord à 80 % du 1^{er} au 20 novembre 2014, l'incapacité de travail était entière depuis le 21 novembre 2014.
3. Le 6 mai 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant qu'elle faisait l'objet d'un suivi médical depuis novembre 2014 pour une dépression et un cancer du sein. En incapacité de travail totale depuis le 1^{er} novembre 2014, elle était au bénéfice des indemnités journalières versées par Axa Winterthur depuis le 31 décembre 2014.
4. Dans un rapport du 19 juin 2015 à l'OAI, la Dresse C_____ a indiqué que le carcinome lobulaire invasif multifocal du sein gauche, existant depuis novembre 2014, et le trouble anxieux dépressif sévère, présent depuis 1990 mais qui s'était aggravé en novembre 2014, étaient à l'origine de l'incapacité de travail de l'assurée. Celle-ci s'élevait d'abord à 80 % du 1^{er} mai au 20 novembre 2014 puis à 100 % à compter du 1^{er} novembre 2014. Sous antidépresseur en continu depuis de nombreuses années, elle menait une vie « normale » avec néanmoins une souffrance psychique importante. Actuellement, le constat médical était marqué non seulement par le status post mastectomie-reconstruction du sein gauche, mais aussi par un épuisement psychique, « une incapacité d'envisager le retour à la vie active vécue comme une obligation et [...] la crainte perpétuelle de ne pas y arriver ». Le pronostic était incertain : elle était actuellement dans l'incapacité de reprendre son travail (état dépressivo-anxieux) et refusait l'hormonothérapie complémentaire dans le cadre de son cancer du sein.

5. Par rapport du 25 juin 2015, la docteure D_____, psychiatre de l'assurée depuis 2004, a estimé que l'incapacité de travail de cette dernière était entière depuis octobre 2014, pour une durée indéterminée, en raison d'un état d'épuisement avec état dépressif aggravé par une affection médicale générale (DSM-IV : F06.3). En revanche, son trouble dysthymique chronique (F34.1) était sans effet sur la capacité de travail. Dans l'activité habituelle de comptable, les restrictions se manifestaient par des troubles de la concentration et de la mémoire, une aversion à l'idée de retravailler dans une entreprise et d'être mise sous pression, ainsi qu'une perte d'énergie physique. Il en résultait de la panique, un stress aigu et des blocages face au travail à accomplir. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % éventuellement en septembre 2015, par exemple en tant que comptable indépendante.
6. Dans un rapport du 9 septembre 2015, le docteur E_____, spécialiste en gynécologie, a indiqué que le carcinome mammaire gauche était la cause de l'incapacité de travail de l'assurée. Il avait pris en charge cette dernière d'octobre 2014 à juillet 2015. Par la suite, le suivi avait été assuré par le docteur F_____, médecin-responsable de l'unité d'onco-gynécologie des HUG. Sur le plan de la capacité de travail, le Dr E_____ s'en remettait aux appréciations des Dresses C_____ et D_____ dès lors qu'il n'avait, pour sa part, prescrit aucun arrêt de travail.
7. Le 9 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge des mesures d'intervention précoce sous forme d'une évaluation commerciale et bureautique du 16 au 27 novembre 2015.
8. Le 23 décembre 2015, la Dresse G_____ a adressé un rapport intermédiaire à l'OAI, dans lequel elle estimait que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré mi-octobre 2015, et de façon notable mi-décembre 2015. Il n'y avait actuellement pas d'état dépressif et une bonne récupération du burnout. Elle n'en présentait pas moins des troubles de la concentration et de la mémoire, une fragilité émotionnelle ainsi qu'une vulnérabilité au stress. En tant que comptable, sa capacité de travail était de 50 %.
9. Le 15 février 2016, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un accompagnement individualisé (coaching et mentorat).
10. Le 24 mars 2016, la conseillère en réadaptation de l'OAI a rédigé une note lors d'un appel téléphonique de l'assurée reçu le même jour. Celle-ci estimait pouvoir présenter une pleine capacité de travail dès septembre. Actuellement, ses facultés de concentration étaient limitées à trois ou quatre heures par jour. Ensuite, il lui fallait beaucoup de temps pour récupérer. Elle était inscrite au chômage à 100 % (depuis le 1^{er} janvier 2016) et devait effectuer quatre recherches d'emploi par mois.
11. Par courriel du 22 avril 2016, la Dresse D_____ est revenue sur un entretien téléphonique qu'elle avait eu le 19 avril 2016 avec l'OAI. L'assurée n'était pas en dépression actuellement mais cela était surtout lié au fait qu'elle ne subissait pas de

pression professionnelle pour le moment, et qu'elle pouvait donc vivre à son propre rythme. Cette rémission était fragile et circonstancielle. Par conséquent, le pronostic demeurait réservé. En effet, la vulnérabilité au stress et son état d'anxiété sous-jacent ne permettaient pas d'assurer que la reprise d'une activité professionnelle ne s'accompagnât pas d'une rechute de son état dépressivo-anxieux. Actuellement, elle limitait au maximum ses activités et passait beaucoup de temps à se reposer. Pour toutes ces raisons, il semblait judicieux de conclure à une incapacité de travail de 50 % et de soutenir le projet de l'assurée de suivre une formation qui lui permettrait d'exercer sa profession comme indépendante et donc avec une plus grande souplesse en termes d'horaires.

12. Par avis du 28 avril 2016, le SMR a noté que l'assurée était inscrite au chômage depuis le 1^{er} décembre 2015 à un taux d'activité de 50 % en raison de sa fatigue, d'une asthénie et d'un état de fragilité psychique. Actuellement, elle était suivie par un oncologue et son psychiatre. En conclusion, le début de l'aptitude à la réadaptation remontait au 1^{er} décembre 2015 et la capacité de travail actuelle était de 50 % mais susceptible de s'améliorer. À titre de limitations fonctionnelles, le SMR a retenu des troubles de la concentration, de la fatigue et la nécessité pour l'assurée de ne pas être exposée à des situations de stress.
13. Le 29 avril 2016, l'assurée a transmis à l'OAI deux certificats d'arrêt de travail délivrés les 8 et 29 avril 2016 par le docteur H_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, aux termes desquels la capacité de travail de l'assurée était nulle du 8 avril 2016 au 1^{er} mai 2016, avec une reprise à 100 % initialement prévue pour le 2 mai 2016, mais qui, le 29 avril 2016, avait été reportée au 16 mai 2016. Ces arrêts de travail étaient motivés par une nouvelle intervention de chirurgie reconstructive subie le 8 avril 2016.
14. Le 2 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il prenait en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, un cours de bureautique en vue de l'exercice d'une activité adaptée.
15. Le 20 juin 2016, la Dresse D_____ a laissé un message vocal à l'OAI, indiquant que l'assurée était à nouveau en arrêt de travail depuis le 16 juin 2016, en raison de son trouble dépressif récurrent.
16. Par courriel du 21 juin 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été prise en charge dernièrement par le CAPPI Jonction. Il ressortait également d'un certificat établi le 15 juin 2016, produit en annexe, que la doctoresse I_____, médecin interne exerçant dans le centre précité, lui avait délivré un arrêt de travail complet du 15 juin au 15 juillet 2016.
17. Le 8 août 2016, l'assurée a fait savoir par courriel à l'OAI qu'après avoir été prise en charge par « l'équipe de crise » du CAPPI Jonction, elle avait intégré, le 5 juillet 2016, le programme de l'hôpital de jour pour environ trois mois.
18. Le 29 août 2016, la Dresse C_____ a contacté l'OAI par téléphone et lui a fait part de ses doutes quant au souhait de l'assurée de reprendre une activité lucrative. Si

une telle reprise avait effectivement lieu, ce médecin était d'avis qu'une capacité de travail de 50 % représenterait un maximum et que la situation serait à réévaluer à la fin de la prise en charge par le CAPPI.

19. Dans un rapport du 17 octobre 2016, la Doctoresse J_____, médecin interne au CAPPI Jonction, a indiqué que l'incapacité de travail – qui était totale dans toute activité depuis le 15 juin 2016 – était justifiée par un épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires. Le facteur ayant déclenché cette atteinte était le décès de la mère de l'assurée, un mois avant le début du suivi au CAPPI Jonction, et une rupture sentimentale survenue peu après.
20. Le 18 octobre 2016, la Dresse I_____ a adressé un rapport à l'OAI dans lequel elle indiquait que les causes de l'incapacité de travail de l'assurée étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, remontant à l'automne 2014, ainsi qu'un carcinome globulaire invasif multifocal du sein gauche, remontant au mois de novembre 2014. L'assurée présentait, depuis mai 2016, une péjoration sur le plan clinique, le status psychiatrique étant marqué par une thymie triste, un ralentissement psychomoteur, une anxiété décrite et observée, de la fatigabilité, ainsi qu'une forte diminution non seulement de l'élan vital et de la capacité à ressentir du plaisir, mais aussi de l'estime de soi. Le sommeil était perturbé avec des réveils nocturnes fréquents. On notait également une tendance à la clinophilie et la présence d'idées suicidaires actives et passives (défenestration). Interrogée sur les restrictions auxquelles l'assurée serait confrontée dans l'exercice de son activité habituelle, la Dresse I_____ a mentionné des difficultés de concentration et d'attention, de la fatigabilité, une baisse de la tolérance à la frustration, des difficultés au niveau relationnel et une anxiété importante. Ces restrictions se manifestaient par des difficultés à accomplir les tâches requises, un risque d'erreurs et des difficultés relationnelles. L'incapacité de travail était entière dans toute activité du 15 juin 2016 au 16 octobre 2016. Pour la période antérieure au 15 juin 2016 et celle postérieure au 16 octobre 2016, la Dresse I_____ s'en remettait à l'appréciation de la Dresse G_____, respectivement à celle de la Dresse J_____. Il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle reprise de l'activité habituelle ou l'exigibilité d'une activité adaptée.
21. Par avis du 28 novembre 2016, le SMR a estimé que l'assurée avait présenté une atteinte somatique en lien avec un cancer du sein, actuellement en rémission. Sur le plan psychique, son état était fluctuant depuis le mois de novembre 2014. Afin de déterminer la gravité de l'atteinte psychique et ses répercussions sur la capacité de travail, il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.
22. Le 28 février 2017, l'OAI a invité l'assurée à se rendre prochainement auprès du docteur K_____, psychiatre et psychothérapeute à Vevey, pour y subir une expertise psychiatrique.
23. Dans un rapport du 19 septembre 2017, la doctoresse L_____, de l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG, a indiqué que l'assurée était actuellement

sans traitement oncologique. La date du dernier examen médical remontait au 12 juillet 2016 et, d'un point de vue oncologique, l'état de santé était stationnaire depuis la fin du traitement de l'affection diagnostiquée fin 2014, sans limitation fonctionnelle ni plainte à ce sujet. En revanche, l'assurée faisait toujours l'objet d'un suivi psychiatrique.

24. Le 22 décembre 2017, le Dr K_____ a rendu les conclusions de son rapport d'expertise fondées sur un entretien avec l'assurée ayant eu lieu le 3 juillet 2017 et l'étude des rapports versés au dossier AI. Après avoir retracé l'anamnèse et recueilli les plaintes de l'intéressée, l'expert a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1 – CIM-10) et trouble anankastique de la personnalité (F60.5 – CIM-10). Il a rappelé liminairement que la CIM-10 définit la dysthymie comme un « abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33. –) ». Ce diagnostic avait déjà été posé et jugé non incapacitant par la Dresse D_____ dans son rapport du 25 juin 2015. Selon le Dr K_____, la reconstruction du parcours morbide psychiatrique de l'assurée relevait davantage de la persistance d'une symptomatologie subdépressive d'intensité variable – maintenue sur un mode continu tout au long des années écoulées – que de l'incidence d'épisodes formellement dépressifs. Depuis son enfance, l'assurée n'avait cessé, il est vrai, de verbaliser des idées suicidaires – habituellement dans un registre passif et occasionnellement sur un mode actif et scénarisé – mais dans son cas, ces idées suicidaires scénarisées (qui, par définition diagnostique, obligeraient à poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère) apparaissaient dans un registre obsessionnel et donc exclusivement idéique, sans probabilité de passage à l'acte. Cela ressortait notamment d'une affirmation faite par l'assurée au moment de l'évocation de son enfance : « À 7 ans, je tournais le couteau vers moi en faisant la vaisselle et je me demandais si j'avais le courage de me le planter ». Au moment de l'évaluation psychopathologique de l'assurée par l'expert, la thymie était par moments triste « et son affect abrasé », spécialement lorsqu'elle décrivait son enfance, son épuisement au travail et le chagrin éprouvé au décès de sa mère, malgré un état d'humeur habituellement normothymique. Aussi, l'expert considérait que l'assurée présentait aujourd'hui une dépression chronique de l'humeur, raison pour laquelle il jugeait le diagnostic de dysthymie plus approprié que celui de trouble dépressif récurrent. En tant que dépression chronique et persistante d'intensité moindre, la dysthymie n'entraînait pas de limitation sérieuse à l'exercice d'une activité professionnelle qui demeurait tout à fait exigible.

Quant au trouble anankastique de la personnalité, l'assurée en remplissait les critères par son mode de fonctionnement habituel caractérisé par un sentiment de doute, un perfectionnisme, des vérifications et des préoccupations pour les détails, un entêtement, une prudence et une rigidité extrême. Le trouble en question pouvait s'accompagner de pensées ou d'impulsions répétitives et intrusives n'atteignant pas

la sévérité d'un trouble obsessionnel compulsif. Excessivement accaparée par son travail, elle se montrait, tout au long de son parcours professionnel, incapable de ne pas atteindre les objectifs assignés, et ce au détriment de sa santé ou d'autres éléments de sa vie. Ce trouble pouvait épisodiquement déterminer des difficultés relationnelles dans le cadre professionnel et extra-professionnel, sans pour autant conduire à une limitation durable de l'exercice de son activité professionnelle. En effet, l'assurée avait été à même d'exercer des activités professionnelles tout au long de sa vie. À l'heure actuelle, elle reconnaissait également présenter des compétences suffisantes pour reprendre une activité professionnelle : « de moi-même, je n'aurais pas demandé une rente AI, c'était une obligation, je suis en train de préparer mon éligibilité pour une aide sociale, une rente AI, ce n'est pas quelque chose à laquelle j'estime que j'ai droit, je pense que je pourrais travailler, la seule chose, c'est que je fais pas l'effort, je peux vivre pauvre, je n'ai pas l'énergie, même si j'ai le temps, je n'ai pas la force mais je n'ai pas l'intérêt non plus ».

Prenant position au sujet du diagnostic et des limitations fonctionnelles mentionnés par la Dresse D_____ dans son rapport du 25 juin 2015, l'expert a rappelé que ce médecin avait considéré que les troubles de l'attention et de la concentration ainsi que l'asthénie constituaient des limitations fonctionnelles qui privaient entièrement l'assurée de sa capacité de travail depuis octobre 2014 (avec l'éventuelle reprise à 50 % d'une activité adaptée en septembre 2015) et qu'actuellement, les référents médicaux du CAPPI évaluaient cette capacité de travail à 30 %. Cependant, même si des troubles de l'attention et de la concentration ainsi qu'une importante asthénie avaient été attestés par ces médecins, l'expert ne disposait pas d'argument objectif allant dans le sens de ces attestations pour les périodes rapportées. Quant au diagnostic d'état d'épuisement avec état dépressif aggravé par une affection médicale générale (DSM IV – F06.6 ; Labilité [asthénie] émotionnelle organique selon la CIM-10), l'expert le jugeait « peu plaidable » comme cause d'incapacité de travail, d'autant que l'asthénie (épuisement physique et psychique) n'était plus limitante à l'heure actuelle, l'assurée se montrant capable de se déplacer et de participer activement deux fois par semaine aux réunions organisées par le CAPPI, de se rendre trois après-midi par semaine à la Fondation Trajets et une fois par semaine à son cours de couture. Par ailleurs, l'assurée participait à des activités sportives au CAPPI une fois par semaine et s'adonnait à des activités manuelles (tricotage et broderie) à domicile plusieurs jours par semaine. Quant aux troubles de l'attention et de la concentration, ils n'étaient « plus » d'actualité au moment de l'évaluation par l'expert, l'assurée se montrant capable de « soutenir l'entretien » et d'être attentive et concentrée d'un bout à l'autre de la conversation. Elle était à même de suivre le fil conducteur de ses séries télévisées préférées en se consacrant en même temps à la broderie : « je regarde des séries sur l'ordinateur, je peux regarder des séries et me concentrer sur mes points de broderie ».

En conclusion, l'expert estimait qu'au moment de l'expertise, l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement dans toute activité

professionnelle et, pour la période antérieure, « la gradation de l'intensité de ses limitations fonctionnelles [s'était] maintenue proportionnellement constante depuis son arrêt de travail » (sic).

En distinguant, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels), l'expert était d'avis que les conséquences dues aux dits facteurs paraissaient significatives, sans que les diagnostics de dysthymie et de trouble anankastique de la personnalité n'aient d'incidence sur la capacité de travail.

25. Par avis du 23 janvier 2018, le SMR a estimé, sur la base du rapport du 19 juin 2015 de la Dresse C_____, que l'atteinte principale à la santé consistait en une tumeur maligne du sein et un épisode dépressif récurrent, ces affections étant à l'origine d'une incapacité de travail durable à 100 % du 21 novembre 2014 au 30 novembre 2015 et de 50 % du 1^{er} décembre 2015 au 31 décembre 2015. Du 1^{er} janvier 2016 au 5 avril 2016, la capacité de travail était entière, avant d'être nulle du 6 avril 2016 au 2 juillet 2017. En se fondant sur le rapport d'expertise du 22 décembre 2017, la capacité de travail était entière dès le 3 juillet 2017, y compris dans l'activité habituelle de comptable, étant donné que les limitations fonctionnelles (fatigue chronique, troubles de la concentration et de l'attention ; cf. rapport de la Dresse I_____ du 18 octobre 2016) ne déployaient plus leurs effets à compter du 3 juillet 2017. Le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être fixé au 1^{er} décembre 2015, date à laquelle l'assurée s'était inscrite à l'Office cantonal de l'emploi à 50 % (inscription portée à 100 % le 1^{er} janvier 2016). Une tentative de réadaptation avait été mise en place à 50 % mais l'assurée avait connu un nouvel arrêt de travail à partir du 6 avril 2016 pour une nouvelle chirurgie reconstructive. Cependant, le rapport du 19 septembre 2017 de l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG confirmait que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que l'assurée était sans traitement du point de vue oncologique, que le problème actuel était principalement psychiatrique et qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan oncologique. S'agissant enfin de l'expertise du Dr K_____, le SMR a relevé que si le trouble de l'attention et de la concentration, mentionné par les médecins du CAPPI, n'étaient plus d'actualité au moment de l'entretien du 3 juillet 2017 avec l'expert, ce dernier ne se positionnait pas clairement sur l'évolution de la capacité de travail avant cette date et n'apportait pas d'élément contributif à l'appui de son diagnostic différent (troubles dysthymiques versus trouble dépressif récurrent). En conclusion, le SMR a considéré que l'assurée avait présenté une aggravation de son état de santé psychiatrique, qui correspondait à la période initiale de sa prise en charge par le CAPPI, et qu'ensuite, l'évolution avait été favorable, ce qui avait pu être constaté par le Dr K_____ lors de l'expertise réalisée le 3 juillet 2017.

26. Par projet de décision du 7 février 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2015 au 29 février 2016 et du 1^{er} avril 2016 au 30 septembre 2016, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. En se fondant sur une incapacité de travail de 100 % du 21 novembre 2014 au 30 novembre 2015, de 50 % du 1^{er} décembre 2015 au 31 décembre 2015, de 0 % du 1^{er} janvier 2016 au 5 avril 2016, de 100 % du 6 avril 2016 au 2 juillet 2017 et de 0 % dès le 3 juillet 2017, le droit à la rente naissait à la fin du délai d'attente d'un an, soit dès le 1^{er} novembre 2015 et s'éteignait après une période d'amélioration constatée de trois mois, à savoir le 29 février 2016. Étant donné que l'assurée avait rechuté le 6 avril 2016, son droit à la rente était redevenu d'actualité le même mois (reprise d'invalidité) pour s'éteindre à nouveau le 30 septembre 2017, après une nouvelle amélioration de son état de santé qui lui aurait permis de reprendre son activité à plein temps.
27. Dans un rapport du 22 février 2018, le docteur M_____, chef de clinique au Service de psychiatrie adulte des HUG, a indiqué que depuis le précédent rapport du 18 octobre 2016 de la Dresse I_____, il constatait une persistance de la symptomatologie anxio-dépressive avec une thymie triste, des difficultés d'attention et de concentration, une anxiété, des ruminations, une diminution de l'élan vital et de la motivation, une anhédonie et des idées suicidaires de temps en temps, qu'elle arrivait « à gérer autrement », sans passer à l'acte. Malgré son adhésion aux soins (entretiens médicaux mensuels et Efexor ER 150 mg une fois par jour), sa capacité de travail était toujours de 0 %.
28. Par avis du 19 mars 2018, le SMR a considéré que le Dr M_____ faisait une évaluation différente de la capacité de travail et n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport au rapport d'expertise du Dr K_____ sur lequel le SMR s'était appuyé. Par conséquent, les conclusions prises le 23 janvier 2018 étaient maintenues.
29. Le 26 mars 2018, le Dr M_____ a pris position au sujet du rapport d'expertise du Dr K_____. Sans contester la présence de traits révélateurs d'une personnalité anankastique, il était d'avis que le diagnostic d'une dysthymie ne lui paraissait pas cohérent avec le tableau clinique. Il constatait, pour sa part, une thymie triste, des difficultés d'attention et de concentration, de l'anxiété, des ruminations, des idées de dévalorisation, un isolement social, une diminution de l'élan vital et de la motivation, une fatigabilité, un sommeil perturbé (réveils fréquents), une anhédonie et des idées suicidaires qui étaient souvent présentes et qu'elle arrivait difficilement à gérer sans toutefois passer à l'acte auto-agressif. Au vu de ces symptômes, il convenait de retenir le diagnostic d'une dépression récurrente qui malgré l'adhésion aux soins de l'assurée, était toujours la cause d'une incapacité de travail totale.
30. Par avis du 2 mai 2018, le SMR a considéré que dans son rapport du 26 mars 2018, le Dr M_____ procédait simplement à une appréciation différente d'un même état de fait, sans s'appuyer sur des éléments médicaux nouveaux qui eussent justifié une appréciation différente de la capacité de travail de l'intéressée. Par conséquent, il

convenait de s'en tenir aux précédentes conclusions du SMR, datées du 23 janvier 2018.

31. Par décision du 13 septembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 février 2017 en se référant à l'avis du 2 mai 2018 du SMR.
32. Le 16 octobre 2018, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, sans interruption, à compter du 1^{er} novembre 2015 et au maintien de cette prestation au-delà du 30 septembre 2017, le tout sous suite de frais et dépens.

À l'appui de ses conclusions, elle a soutenu que l'expertise réalisée par le Dr K_____ était dépourvue de valeur probante et que son incapacité de travail serait demeurée entière depuis novembre 2014 en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive invalidante, persistant à ce jour.

La recourante a également versé au dossier :

- un rapport établi le 4 octobre 2018 par la Dresse C_____, indiquant qu'elle souffrait d'un état dépressif chronique « depuis toujours », d'un état dépressif grave et que son état de santé s'était clairement aggravé depuis 2014, entraînant une « incapacité actuelle à 100 % » ;
 - un rapport du 8 octobre 2018 du Dr M_____, reprenant en substance la teneur du précédent rapport du 26 mars 2018.
33. Par réponse du 6 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, motif pris que le rapport d'expertise litigieux remplissait les critères permettant de lui reconnaître valeur probante et que la recourante n'apportait aucun élément objectivement vérifiable permettant de remettre en cause cette appréciation.
 34. Par réplique du 29 novembre 2018, la recourante a fait valoir que le Dr K_____ n'invoquait aucune raison légitime ni aucun motif objectif pour contester le diagnostic posé par l'ensemble des médecins traitants et spécialistes. Du reste, le SMR considérait lui-même dans son avis du 23 janvier 2018 que l'expert ne se positionnait pas clairement sur l'évolution de la capacité de travail avant le 3 juillet 2017 et n'apportait pas d'élément contributif à l'appui de son diagnostic différent (troubles dysthymiques versus trouble dépressif récurrent).
 35. Par duplique du 10 décembre 2018, l'intimé a estimé que le fait que le SMR définisse le moment où une amélioration de l'état de santé était médicalement objectivée, soit le 3 juillet 2017, ne permettait pas de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 22 décembre 2017.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Il convient de définir préalablement l'objet du litige.

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est toutefois pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. En effet, l'augmentation, la réduction ou la suppression d'une rente par voie de révision repose toujours – même lorsqu'elle est rétroactive et décidée simultanément avec l'octroi de la rente – sur une comparaison de l'état de fait existant à l'époque de la décision d'octroi de la rente (ou du début du droit à celle-ci) avec les circonstances prévalant au moment de la révision (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les arrêts cités).

Dans un arrêt du 12 juillet 2007, le Tribunal fédéral a précisé que lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est d'une part le moment du début du droit à la rente et d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI (arrêt du Tribunal fédéral I 716 du 12 juillet 2007 consid. 5.2).

Il découle de ce qui précède que même si, en l'espèce, seule est contestée la suppression de la rente entière d'invalidité du 1^{er} au 31 mars 2016 et à partir du 1^{er} octobre 2017, la chambre de céans ne saurait se contenter de déterminer s'il y a matière à révision. Il lui incombe, le cas échéant, d'examiner également si les conditions d'octroi d'une rente entière sont réunies à compter du 1^{er} novembre 2015, respectivement à partir du 1^{er} avril 2016 (cf. ATF 125 V 413 consid. 3b).

5. a. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). Aux termes de l'art. 88a RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable; l'art. 29^{bis} RAI est applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 29^{bis} RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

b. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

6. 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

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

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

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

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

c. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

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

8. a. 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).
- 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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.

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

c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

c/cc. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

c/dd. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} 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 LPG) 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).

9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
- b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

-
11. a. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante présentait une incapacité de travail complète dans toute activité entre le 21 novembre 2014 et le 30 novembre 2015 ainsi qu'entre le 6 avril 2016 et le 2 juillet 2017. En revanche, elles s'opposent sur la question du recouvrement de la capacité de travail de la recourante à hauteur de 50 % du 1^{er} au 31 décembre 2015 et de 100 % du 1^{er} janvier 2016 au 5 avril 2016 et à partir du 3 juillet 2017 dans toute activité.

Dans le cas particulier, il ressort du rapport du 23 décembre 2015 de la psychiatre traitante, la Dresse D_____, que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré mi-octobre 2015, et de façon notable mi-décembre 2015, qu'il n'y avait alors pas d'état dépressif et une bonne récupération du burnout. La Dresse D_____ estime certes, dans ce même rapport, que la recourante présentait néanmoins des troubles de la concentration et de la mémoire, une fragilité émotionnelle et une vulnérabilité au stress et qu'en tant que comptable, sa capacité de travail était de 50 %. Quoi qu'il en soit, on ne saurait faire abstraction de l'inscription au chômage de l'intéressée à 50 % le 1^{er} décembre 2015, portée à 100 % le 1^{er} janvier 2016, étant souligné que l'aptitude au placement d'un chômeur suppose notamment sa capacité de travail (cf. l'art. 15 al. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité

en cas d'insolvabilité du 25 juin [LACI ; RS 837.0] où cette notion est mentionnée explicitement; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 5.3). À la lumière de ces circonstances, l'avis SMR du 23 janvier 2018 peut être suivi en tant qu'il conclut à une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} au 31 décembre 2015, respectivement de 0 % du 1^{er} janvier 2016 au 5 avril 2016 dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée.

- b. Reste à déterminer s'il existe des motifs suffisants pour considérer que la recourante avait recouvré une capacité de travail entière dans toute activité à partir du 3 juillet 2017, date de l'entretien de la recourante avec l'expert psychiatre.

Il ressort en synthèse du rapport du 22 décembre 2017 du Dr K_____ que le « parcours morbide psychiatrique » de la recourante relève davantage de la persistance d'une symptomatologie subdépressive d'intensité variable – doublée d'une personnalité anankastique n'ayant pas empêché l'intéressée d'exercer des activités professionnelles tout au long de sa vie –, et donc d'une dysthymie, que de l'incidence d'épisodes formellement dépressifs, à tout le moins au moment de l'expertise, le diagnostic d'épisode dépressif sévère étant écarté en outre par la présence d'idées certes suicidaires mais – ce qui est décisif – dans un registre exclusivement idéique, sans probabilité de passage à l'acte. En toute hypothèse, l'expert n'a pas constaté que l'asthénie et les troubles de la concentration et de la mémoire – que la Dresse D_____ évoquait encore dans son rapport du 25 juin 2015 pour justifier une capacité de travail restreinte – auraient été encore présents le 3 juillet 2017, lors de l'entretien avec l'expert psychiatre, la recourante se montrant capable non seulement d'être attentive et concentrée tout au long de cet entretien – ou des séries télévisées qu'elle suivait en vaquant à ses occupations

(broderie) – mais aussi de mobiliser l'énergie nécessaire pour se rendre plusieurs fois par semaine aux réunions organisées par le CAPPI et la Fondation Trajets ou encore à ses cours de couture hebdomadaires, de sorte que la capacité de travail de l'intéressée était entière au moment de l'expertise.

Pour le reste, le Dr K_____ ne répond pas directement à la grille de questions établie par l'OAI mais renvoie le lecteur à rechercher dans l'expertise les différents indicateurs (cf. ci-dessus : consid. 7) et à en faire la synthèse lui-même. Il résulte néanmoins de cet exercice qu'à l'aune de l'indicateur « atteinte à la santé », la dysthymie conjuguée au trouble de la personnalité anankastique, n'est pas reconnue comme incapacitante dans le contexte d'un suivi et d'une adhésion thérapeutiques ne souffrant pas la critique. Quant à l'axe « personnalité », les considérations de l'expert indiquent que le trouble de la personnalité anankastique – même s'il peut être à l'origine de difficultés relationnelles dans le cadre professionnel et extra-professionnel – n'est pas de nature à conduire à une limitation durable de l'activité professionnelle, la recourante ayant été en mesure d'exercer des activités professionnelles tout au long de sa vie et reconnaissant également, au moment de l'expertise, présenter des compétences suffisantes pour reprendre une activité professionnelle. Quant au contexte social, il n'est certes pas favorable mais les facteurs à la base de cette appréciation (chômage, situation économique difficile, âge) n'en demeurent pas moins étrangers à l'invalidité. Enfin, l'examen des indicateurs relevant de la catégorie « cohérence » ne révèle objectivement pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (participations pluri-hebdomadaires aux activités du CAPPI et de la Fondation Trajets, participation hebdomadaire au cours de couture, capacité de mobiliser son énergie, sa concentration et son attention). En synthèse, le degré fonctionnel de l'atteinte à la santé ne se répercutait pas, au moment de l'expertise, sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de comptable comme dans toute activité adaptée, cette appréciation étant également corroborée par l'examen de la cohérence, en termes de limitation uniforme de l'activité dans tous les domaines de la vie.

Tenant compte des plaintes de l'intéressée, comportant une anamnèse détaillée, des diagnostics motivés et des conclusions claires et cohérentes à la lumière des indicateurs jurisprudentiels, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr K_____ remplit ainsi les réquisits permettant de lui reconnaître valeur probante.

c. La recourante soutient pour sa part qu'il ne serait pas possible de se fonder sur ce rapport dans la mesure où le SMR considère lui-même, dans son avis du 23 janvier 2018, que l'expert retiendrait un trouble différent (troubles dysthymiques versus trouble dépressif récurrent) sans apporter d'élément contributif à sa prise de position. De plus, selon la recourante, le rapport d'expertise n'emporterait pas la conviction « en raison des avis contraires unanimes de tous les médecins traitants et spécialistes ». Aussi convient-il d'examiner ces rapports.

Concernant le premier point soulevé, la chambre de céans est d'avis que les critiques exprimées par le SMR ne s'avèrent pas justifiées et, partant, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert – au demeurant partagées par le SMR s'agissant de l'évolution favorable de l'état psychiatrique constatée le 3 juillet 2017 et de l'absence d'atteinte à la santé incapacitante à cette date. En effet, contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr _____ ne se borne pas à expliquer les diagnostics retenus en invoquant les rôles différents dévolus au médecin traitant, respectivement à l'expert, il explique les diagnostics retenus au moyen du « parcours morbide psychiatrique », retracé au moyen d'une anamnèse détaillée et d'un status psychiatrique qui met en lumière, d'un point de vue fonctionnel, le faible retentissement de l'atteinte à la santé psychique de la recourante ainsi qu'un état d'humeur habituellement normothymique. L'expert explique également écarter le diagnostic d'épisode dépressif sévère au vu d'idées certes suicidaires mais cantonnées dans un registre exclusivement idéique, sans probabilité de passage à l'acte. En second lieu, quand bien même des différences d'opinion entre experts et médecins traitants ne sont pas pertinentes en tant que telles pour apprécier la valeur probante d'une expertise (cf. consid. 8c/cc), force est de constater que le trouble dysthymique chronique a été posé, avant l'expert, par la Dresse D_____ dans son rapport du 25 juin 2015 et que ce même médecin attestait également de l'absence d'état dépressif en décembre 2015. Quant au trouble de la personnalité anankastique, il y est également fait référence dans les appréciations du Dr M_____. En conséquence, on ne saurait suivre la recourante en tant qu'elle tente de tirer argument d'avis médicaux contraires, prétendument unanimes, pour dénier toute valeur probante à l'expertise.

Dans ses prises de position des 26 mars et 8 octobre 2018, le Dr M_____ indique avoir pris connaissance du rapport du Dr K_____ et ne pas partager l'appréciation de l'expert s'agissant du diagnostic de dysthymie. Dans son rapport du 22 février 2018, le Dr M_____ précise que depuis « notre dernier rapport du 18 octobre 2016 » (i.e. rapport de la Dresse I_____ rendu à cette même date), il constaterait une persistance de la symptomatologie anxio-dépressive avec une capacité de travail qui est toujours de 0 %. Ce faisant, ce médecin procède à une appréciation différente d'un même état de fait – sur lequel l'expert s'est déjà prononcé en juillet 2017 – sans faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr K_____. Ces remarques sont également valables pour le rapport du 4 octobre 2018, dans lequel la Dresse C_____ atteste un état de santé « clairement aggravé depuis 2014 entraînant une incapacité actuelle à 100 % ».

12. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au terme du délai d'attente d'un an, soit en novembre 2015, la recourante présentait une incapacité de travail entière jusqu'au 30 novembre 2015, de 50 % du 1^{er} au 31 décembre 2015, de 0 % du 1^{er} janvier 2016 au 5 avril 2016, de 100 % du 6 avril 2016 au 2 juillet 2017 et de 0 % dès le 3 juillet 2017. Pour le surplus, la durée des rentes temporaires entières

versées du 1^{er} novembre 2015 au 29 février 2016 et du 1^{er} avril 2016 au 30 septembre 2017 a été déterminée conformément aux dispositions applicables (ci-dessus : consid. 5a) et ne prête donc pas le flanc à la critique. On précisera à cet égard qu'il n'est pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité dès lors que le taux d'invalidité à la base de ces rentes (100 %) se confond avec le taux d'incapacité de travail de la recourante dans toute activité (cf. notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2).

13. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

Représentée par un conseil mais n'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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