



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4423/2018

ATAS/783/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 septembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par _____
B_____

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1955, divorcée et mère d'un enfant né en 1979. Elle a travaillé en dernier lieu pour le C_____ à 21% (4 heures par semaine) comme professeur d'arts visuels.
2. Elle a été en incapacité de travail dès le 17 novembre 2017 en raison d'une maladie et l'employeur a annoncé le cas à Mutuel Assurances SA (ci-après Mutuel).
3. À teneur d'un rapport établi par le docteur D_____, psychiatre, psychothérapeute FMH, le 22 janvier 2018, l'assurée souffrait d'une dépression sévère sur trouble bipolaire et d'un trouble de l'adaptation.
4. À teneur d'un rapport établi par le Dr D_____, le 16 avril 2018, l'assurée souffrait d'un trouble de l'adaptation, d'une dépression réactionnelle et d'un trouble bipolaire. Son état était instable en raison d'un épuisement professionnel, du départ de son fils pour le Japon et de problèmes ophtalmologiques avec une baisse de l'acuité visuelle. Une reprise du travail n'était pas à l'ordre du jour et le pronostic était défavorable en raison du cumul de difficultés personnelles et professionnelles. Les restrictions existantes étaient une baisse de l'élan vital ainsi qu'une alternance de phases maniaques et dépressives notamment.
5. Le 27 avril 2018, l'office de l'assurance-invalidité de canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a reçu de l'assurée une demande de prestations d'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente).
6. L'employeur de l'assurée a indiqué le 9 mai 2018 que les rapports de travail avec celle-ci avaient débuté le 1^{er} septembre 2005 et que le dernier jour de travail effectif avait été le 16 novembre 2017. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 8,5 heures par jour et 42,5 heures par semaine et que l'assurée travaillait 18 heures par semaine. Son salaire annuel était de CHF 67'035.60 depuis le 1^{er} septembre 2017.
7. Dans un rapport du 16 mai 2018, le Dr D_____ a indiqué que du point de vue strictement psychiatrique, les diagnostics étaient un trouble bipolaire majeur et un burnout. La patiente présentait depuis la fin de son adolescence un trouble bipolaire majeur et elle était actuellement fragilisée par le départ de son fils au Japon. Elle présentait un épisode dépressif alternant avec des phases maniaques importantes. Elle se levait à 8h le matin et se couchait à minuit. Elle était bien stabilisée actuellement. La répercussion de son atteinte à la santé dans les domaines courants de la vie étaient des difficultés d'organisation, à gérer ses affaires et à faire le ménage. Elle avait un bon réseau social sur Genève (enseignants, médecins). Son trouble bipolaire avait un impact sur sa capacité de travail avec des difficultés pour préparer ses cours et tenir une classe. Actuellement, elle était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. Les limitations fonctionnelles liées à son atteinte à la santé étaient des difficultés de concentration et une baisse de l'élan vital. Elle n'était actuellement pas capable de travailler dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles. Depuis février 2014, elle avait été traitée par trois médicaments, dont du Seroquel. L'observance thérapeutique était bonne.

8. À teneur d'un rapport d'expertise psychiatrique établi le 29 août 2018, à la demande de Mutuel, par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'expertise se fondait sur un examen de l'assurée le 27 août 2018 (2 heures), l'étude du dossier médico-asséculo-logique et un entretien avec le Dr D_____, le 27 août 2018. L'expert a décrit les circonstances de l'expertise et les pièces médicales principales. Son rapport contient une anamnèse professionnelle, familiale, psycho-sociale et psychiatrique détaillée. Il a notamment mentionné, sous l'anamnèse professionnelle qu'en 2008 le C_____, où l'assurée travaillait, avait été racheté par une entreprise américaine, ce qui avait impliqué un changement de management avec une exigence de rentabilité accrue et une diminution du respect des enseignants. L'assurée indiquait que son corps avait progressivement « lâché ». Elle n'en pouvait plus physiquement et avait eu le sentiment de moins en moins pouvoir gérer les élèves malgré la stabilisation de son état grâce à la médication. Elle avait ainsi présenté un burnout. Son médecin traitant avait attesté d'une incapacité de travail totale dès le 17 novembre 2017. L'assurée n'avait pas retravaillé depuis lors et son contrat n'avait pas été résilié. Elle se sentait encore inapte à travailler, car elle ne supportait pas le bruit, avait le sentiment d'avoir perdu ses capacités et perdait ses moyens lorsqu'elle était stressée. L'âge de la retraite serait atteint par l'assurée au mois d'août 2019. L'expert a relaté les plaintes et symptômes présentés par l'assurée, décrit le status psychiatrique et posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission, présent depuis la moitié des années 90, sans répercussion sur la capacité de travail.

Sous discussion et appréciation, l'expert a indiqué que le développement psycho-affectif de l'assurée avait été marqué par des maltraitances sexuelles à l'âge de 3 ans. Son enfance était également marquée par des séparations, en ce sens que, dès son jeune âge, l'assurée avait été placée auprès d'une tante à Neuchâtel pendant les vacances d'été (deux mois), puis dans des colonies de vacances, ses parents étant absents et absorbés par leur travail. Malgré les événements et conditions défavorables de l'enfance et de l'adolescence, l'assurée ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité, au sens des classifications psychiatriques de référence. Elle avait été capable de s'intégrer au monde du travail. Sa biographie professionnelle montrait une continuité et une stabilité. Si les taux d'activité étaient souvent partiels, c'était pour lui permettre de s'adonner à des activités créatives. Elle avait été à même de garder des emplois durant des durées prolongées (douze et quinze ans). Il n'apparaissait pas à l'analyse du cursus professionnel que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence, une rigidité intense, une conflictualité ou des comportements dysfonctionnels systématiques menant à des licenciements répétés. L'assurée n'avait jamais eu d'ennui avec la justice et n'avait pas fait l'objet d'une mesure de protection. Elle n'avait jamais eu recours à des substances psychoactives (alcool, stupéfiants). Sur le plan sentimental, elle

avait une difficulté à s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité avec l'échec de son mariage après environ cinq ans et l'absence de relations investies depuis lors. En revanche, il ne ressortait pas que sa vie sentimentale soit hautement déstructurée et elle avait été à même d'élever son fils. Globalement, le seuil diagnostique n'était pas atteint et un diagnostic de trouble de la personnalité ne devait pas être posé. Le Dr D_____ n'avait pas retenu de diagnostic de trouble de la personnalité dans ses rapports médicaux du 22 janvier et 16 avril 2018.

Des épisodes de dépression s'étaient manifestés dès la période de l'adolescence. L'assurée avait eu des périodes hypomaniaques, de durée brève, à partir des années 1980 et le dernier épisode s'était manifesté quelques mois auparavant. Le médecin de famille aurait prescrit un traitement psychotrope et plus particulièrement un anxiolytique dès l'adolescence. Le diagnostic de trouble affectif bipolaire aurait été posé en 1993-1995, lorsque l'assurée s'était adressée au système de la psychiatrie publique à Genève. Elle avait ensuite été suivie par le docteur F_____ pour « tenir dans le travail » pendant huit mois à un an, en 2010. Ce traitement avait pris fin à partir du moment où elle s'était sentie mieux. Son suivi auprès du Dr D_____ avait débuté quatre ou cinq ans auparavant et se poursuivait. Il s'agissait de faire le point et gérer la médication. Le Dr D_____ avait délégué à Madame G_____ une psychothérapie, qui avait lieu toutes les deux-trois semaines. Sur le plan médicamenteux, il avait poursuivi l'antidépresseur de Venlafaxine et l'anxiolytique d'Alprazolam (en réserve), notamment. Le Dr D_____ mentionnait, dans son rapport médical du 22 janvier 2018, les diagnostics de dépression sévère sur trouble bipolaire et de trouble de l'adaptation avec une baisse de l'élan vital ainsi qu'une anxiété intense. Il avait posé les diagnostics de trouble de l'adaptation et de dépression réactionnelle ainsi qu'un trouble bipolaire, dans son rapport du 16 avril 2018. L'assurée estimait que grâce à la médication, les cycles du trouble affectif bipolaire étaient atténués et elle ne pouvait pas dire si la dernière période (novembre 2017) avait été une dépression ou un épuisement, car elle était stabilisée, ou si son état était plutôt celui d'un « zombie » à cause des médicaments, parce qu'elle ne se sentait pas réellement déprimée. Il en était de même des phases hypomaniaques. L'assurée avait prêté CHF 20'000.- quelques semaines auparavant à son ami africain, qui s'était engagé dans des affaires au Cameroun. Cela ne s'inscrivait pas dans le cadre d'une phase hypomaniaque, car l'assurée n'avait pas décrit d'autres symptômes accompagnateurs, mais relevait d'un manque de jugement. Actuellement, au constat clinique, il n'y avait aucun symptôme de type maniaque ou hypomaniaque.

Sur le plan dépressif, malgré un discours parfois à teinte négative, l'humeur n'était pas déprimée, avec l'absence de tristesse, de pleurs, de diminution de l'élan vital, d'abattement ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il n'y avait pas d'anhédonie, en ce sens que les activités de rencontrer ses amis, d'être sur une terrasse, de regarder la télévision, d'écouter du jazz, de se rendre aux expositions et dans des musées avec des amis et les promenades en

bateau sur le lac étaient qualifiées d'agréables. Il n'y avait pas de sentiments de culpabilité, ni d'idées de suicide ni de mort. Sur le plan des conduites instinctuelles, il persistait des troubles du sommeil (de l'endormissement), une libido un peu diminuée et un appétit augmenté (poids stable au cours des derniers mois).

Concernant les éléments déterminants de la dépression susceptibles d'agir sur l'aptitude au travail, il n'y avait pas de diminution de l'énergie avec, à l'examen clinique, l'absence de diminution de l'élan vital et d'abattement. L'assurée était plutôt vive. À l'analyse du déroulement du quotidien, on constatait plusieurs activités au jour le jour (soins corporels, préparation des repas, sortie de la chienne, lecture de la presse, rangements, réorganisation de l'appartement, rencontres d'amis, ménage, lessive, repassage et courses). Certains aspects avaient tendance à être négligés. Par exemple, l'assurée ne rangeait pas la cuisine tout de suite après les repas et il lui arrivait de s'allonger dans l'après-midi en écoutant de la musique et en somnolant. Cela n'était toutefois pas le cas systématiquement. Elle ne passait pas des journées entièrement inactive. Il n'y avait pas de perte de confiance en soi avec l'absence de sentiments de dévalorisation, dans le sens où l'assurée se traiterait de nulle, d'incapable ou de bonne à rien. Il n'y avait pas de diminution de l'aptitude à penser, dans le sens de troubles de vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. Ainsi, au cours de l'examen du 27 août 2018, l'assurée avait compris et répondu aux questions sans temps de latence anormalement accru. Le fait qu'elle s'adonnait à la lecture et à l'écriture, et qu'elle regardait des programmes ciblés à la télévision confirmait l'absence de troubles de l'attention ou de la concentration. Sur le plan de la mémoire, elle avait respecté l'enchaînement chronologique des différentes étapes professionnelles et sociales. Il existait des difficultés dans la remémoration des dates. Globalement, les troubles de la mémoire étaient réduits et non incapacitants. Il n'y avait pas de ralentissement idéique (initiatives, fluidité idéique) ni moteur. Cela signifiait qu'il n'y avait pas de symptomatologie maniaque ou hypomaniaque ni dépressive susceptible d'atteindre le seuil diagnostique d'un épisode dépressif, même de degré léger. Par conséquent, le diagnostic de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission, devait être posé. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques en lien avec ce trouble en ce moment.

Il n'y avait pas de facteur de stress clairement identifié à la symptomatologie qui avait pu prévaloir au mois de novembre 2017. Il s'était agi d'un sentiment d'épuisement après plusieurs années. Si le fils de l'assurée avait quitté la Suisse pour se rendre au Japon, cela avait eu lieu au printemps de l'année 2018 et l'assurée n'avait pas décrit d'accentuation de la symptomatologie suite à cet événement. Un trouble de l'adaptation ne devait pas être retenu comme diagnostic supplémentaire dans le cas d'une phase dépressive s'inscrivant dans le contexte d'un trouble affectif bipolaire, étant donné que les phases dépressives dans le cadre de ces affections pouvaient également avoir un caractère réactionnel. De plus, la symptomatologie du trouble de l'adaptation était relativement réduite, alors que

dans le rapport du 22 janvier 2018, la dépression était qualifiée de sévère. Le critère de la durée (six mois) n'était plus vérifié. L'exploration qui avait été menée au cours de l'entretien du 27 août 2018 n'avait pas montré de problématique de consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres substances psychoactives (médicaments). Il n'y avait pas de troubles psychotiques. L'anamnèse dirigée était non contributive pour la présence d'autres troubles de l'humeur, telle qu'une dysthymie. Un diagnostic de trouble anxieux ne devait pas être posé. Ainsi, il n'y avait pas d'agoraphobie ni de phobie sociale ou de phobie spécifique. Les éléments de pronostic favorables étaient constitués par l'absence de troubles de la personnalité ou de problématique de consommation de substances psychoactives, par la recherche de soins spécialisés, la stabilisation du trouble affectif bipolaire et la rémission actuelle, par la nosognosie ainsi que par l'étayage socio-familial relativement préservé. Les éléments de pronostic défavorables étaient constitués par l'hérédopathie. Globalement, le pronostic était favorable. Le trouble affectif bipolaire dont souffrait l'assurée était en rémission et n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques. La capacité de travail actuelle était entière dans l'activité habituelle de professeur d'arts visuels au C_____ au taux d'activité courant, soit dix-huit périodes de cours (40 minutes), plus une à une heure et demie quotidiennement. Il s'agissait d'un taux partiel. Dans une activité non qualifiée, simple, itérative et non basée sur un travail en équipe (tâches de classement simple, surveillance de musée, nettoyage de bureaux), l'aptitude au travail était de 100% (d'un plein temps). Il n'y avait pas d'indication pour la modification de la thérapie telle qu'elle était menée actuellement, qui était appropriée.

9. Par communication du 13 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé, précisant que les assurés invalides ou menacés d'invalidité avaient droit à des mesures de réadaptation pour autant :
 - qu'elles soient nécessaires et indiquées pour maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et
 - que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.
10. Le 17 septembre 2018, Mutuel a informé l'assurée que son médecin-conseil avait constaté qu'elle disposait d'une capacité de travail de 100% dès la date de l'examen, à savoir dès le 27 août 2018, dans son domaine d'activité. Afin qu'elle puisse s'organiser, Mutuel poursuivrait exceptionnellement le versement des indemnités journalières à 100% jusqu'au 30 septembre 2018, date à laquelle elle y mettrait un terme.
11. Par projet de décision du 10 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations était rejetée. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne respecteraient pas le principe d'équivalence. De plus, de telles mesures n'entraîneraient que très difficilement une diminution de la perte de gain. Depuis le 17 novembre 2017

(début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était considérablement restreinte. Elle avait le statut d'une personne se consacrant à 75% à son activité professionnelle et le 25% restant à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Selon les éléments médicaux et professionnels recueillis, son atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail depuis le 17 novembre 2017. Dès le 1^{er} septembre 2018, elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. Dans la part correspondant aux travaux habituels, il était habituellement indiqué d'effectuer une enquête à domicile de l'assuré pour déterminer les empêchements subis dans les travaux habituels. Dans le cas d'espèce, l'OAI renonçait à effectuer une telle enquête, du fait que l'assurée avait une pleine capacité de travail dans toute activité. Partant, aucune invalidité durable ne pouvait lui être reconnue et le droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité devait lui être refusé.

12. Le 14 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision, relevant que l'assurée ne l'avait pas contesté.
13. Le 6 décembre 2018, l'assurée a informé l'OAI que sa décision formelle ne tenait pas compte de l'évolution de son état de santé. L'expertise médicale du Dr E_____, dont le teneur et les conclusions étaient vivement contestées, ne permettait pas de se convaincre qu'elle disposerait d'une pleine capacité de travail dans une quelconque activité professionnelle, respectivement qu'elle ait disposé d'une entière aptitude au travail pendant au moins trente jours consécutifs. À ce stade, il était prématuré de statuer sur la question du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, car son état de santé n'était pas stabilisé. Elle avait notamment subi une hospitalisation au mois d'octobre 2018. Elle concluait à l'annulation de la décision.

L'assurée a produit à l'appui de son écriture :

- un rapport établi le 27 novembre 2018 par le Dr D_____, qui indiquait que l'état de santé actuel de l'assurée était une agitation alternant avec un abattement et une perte de l'élan vital. Elle présentait un trouble bipolaire majeur. Elle avait tout d'abord présenté un épisode de retrait social, de désengagement et d'épuisement professionnel. L'été précédent, un épisode de décompensation maniaque l'avait conduite à partir en Afrique et à prêter inconsidérément de l'argent. Une hospitalisation à la clinique de Montana avait été nécessaire en octobre 2018. Il ne partageait pas l'appréciation du Dr E_____ sur la capacité de travail de l'assurée. Selon lui, celle-ci luttait depuis des années face à son trouble bipolaire associé à un trouble de l'attention et de l'hyperactivité. L'expert avait négligé ces diagnostics et sous-estimé leur impact dans la vie professionnelle de l'assurée. Il s'était égaré dans une anamnèse riche, mais hors sujet pour la situation actuelle. L'assurée présentait actuellement des troubles de concentration ainsi que des épisodes d'abattement et d'excitation qui interdisaient une activité professionnelle. Elle n'était pas stabilisée et une hospitalisation à Montana avait été nécessaire.

-
- un certificat médical établi le 16 octobre 2018 par le docteur D. H_____, médecin interne, de la clinique de Montana, attestant que l'assurée avait séjourné dans cet établissement du 4 au 17 octobre 2018.
14. Le 17 décembre 2018, l'assurée a recouru contre la décision rendue le 14 novembre 2018 par l'OAI, faisant valoir que l'évaluation de l'invalidité était prématurée. L'intimé n'avait entrepris aucune mesure d'instruction particulière et n'avait même pas sollicité une appréciation de son propre service médical. Il était très surprenant qu'une décision ait été rendue déjà à ce stade. La décision était en contradiction avec la communication du 13 septembre 2018, qui indiquait que des mesures de réadaptation n'étaient pas possible en raison de son état de santé. Le délai d'une année de l'art. 28 al. 1 LAI n'étant pas échu, il n'y avait alors aucune urgence à statuer formellement dans cette affaire. Rien ne démontrait, à ce stade, que l'assurée aurait raisonnablement pu reprendre entièrement une activité professionnelle dès le 1^{er} septembre 2018, respectivement qu'elle aurait pu la reprendre entièrement pour trente jours consécutifs au moins. La cause devait être renvoyée à l'OAI pour qu'il complète son dossier, avec notamment le rapport de sortie de la clinique genevois de Montana, et pour qu'il statue sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, lorsque son état de santé serait stabilisé.
 15. Par réponse du 28 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Selon lui, le rapport d'expertise du Dr E_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur cette base, la recourante ne présentait pas d'atteinte psychiatrique ayant une influence sur sa capacité de travail. Quelle que soit l'origine de l'expertise figurant au dossier, ses conclusions étaient dûment motivées et, en l'absence d'une atteinte à la santé ayant une influence sur la capacité de travail, l'intimé était légitimé à refuser les prestations sans instruction complémentaire. Une telle instruction n'était pas nécessaire dans le cas d'espèce. La recourante ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise psychiatrique et suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de celle-ci. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires s'avérait superflue.
 16. Selon un avis médical établi le 28 janvier 2019 par la doctoresse H_____, médecin SMR, les considérations faites par le Dr D_____ dans son courrier du 26 novembre 2018 n'étaient pas de nature à remettre en cause l'expertise du Dr E_____. Il signalait une hospitalisation en milieu non spécialisé à la clinique genevoise de Montana, entre le 4 et le 17 octobre 2018, soit treize jours. L'OAI n'était pas en possession du rapport d'hospitalisation. Le psychiatre indiquait que sa patiente présentait actuellement des troubles de la concentration et des épisodes d'abattement et d'excitation qui interdisaient une activité professionnelle. Ces remarques ne s'appuyaient pas sur un status clinique objectif et n'étaient pas les

mêmes que celles qu'il avait déclinées dans un rapport de mai 2018. Le SMR considérait en conséquence que les conclusions du Dr E_____ restaient d'actualité.

17. Le 15 février 2019, la recourante a relevé que la plupart des griefs soulevés dans son recours n'avaient pas été abordés par l'intimé. Selon le médecin SMR consulté, une instruction complémentaire n'était pas nécessaire. La Dresse H_____ n'était pas spécialisée en psychiatrie et reconnaissait dans son bref rapport ne pas disposer de toutes les pièces médicales. En ce qui concernait l'expertise du Dr E_____, dont les conclusions étaient contestées, l'intimé n'avait sans doute pas remarqué que son appréciation portait sur la capacité de travail de la recourante dans son activité à temps à partiel et qu'une reprise à 100% dans une activité professionnelle n'était possible que si celle-ci était adaptée. Ainsi, la recourante se trouvait confortée dans le bien-fondé de sa démarche.
18. Le 21 août 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans la lettre de sortie établie le 4 décembre 2018 par deux médecins de la clinique de Montana, médecine interne de réhabilitation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il en ressort que la recourante a séjourné dans cet établissement du 4 au 17 octobre 2018 pour un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress. Le diagnostic principal était un burnout. Les comorbidités étaient : trouble bipolaire stabilisé, déficit de l'attention avec hyperactivité, troubles du sommeil, lombalgies chroniques, tendinite du poignet, dégénérescence maculaire et hernie hiatale. L'assurée avait bénéficié d'un soutien médico-infirmier régulier, physiothérapeutique, diététique et psychologique. Elle avait participé au groupe douleur où elle avait bénéficié d'exercices corporels pour la respiration. Le bilan était positif, la patiente ayant été contente de son séjour. Du point de vue psychologique, elle présentait un discours logorrhéique, mais clair et informatif. Une agitation psychomotrice et une thymie neutre n'exprimant ni idées noires ni idées suicidaires avaient été objectivées. L'assurée avait expliqué avoir déjà réfléchi à des scénarios de passage à l'acte dans le passé, mais qu'elle tenait trop à la vie. Elle se décrivait actuellement très susceptible et rapportait un état anxieux, des troubles du sommeil ainsi qu'un repli sur soi depuis deux ans et demi. Elle avait perdu trois amis proches en deux ans et se disait isolée sur le plan familial, parce que son fils habitait au Japon. Elle décrivait des relations amoureuses compliquées et disait faire face actuellement à de légers problèmes financiers. Depuis la péjoration thymique, elle avait augmenté sa consommation d'alcool, qui était devenue quotidienne. Son objectif était d'avoir des réflexions sur ses relations amoureuses en abordant le compromis entre le plaisir et ses souhaits pour la vie future. La notion de sexualité avait été abordée lors des entretiens avec la psychologue. Elle exprimait une dichotomie entre le corps et l'esprit et mettait cela en lien avec ses relations amoureuses. Elle se disait contente d'avoir pu aborder celles-ci avec la psychologue. Le travail avait été poursuivi en mettant l'accent sur les émotions ressenties dans le contexte des relations amoureuses et la prise en

considération de ces dernières. La patiente s'était montrée impliquée dans les tâches proposées et avait bien travaillé sur le respect des limites personnelles et leur identification. Elle avait pris confiance en elle progressivement pendant le séjour et avait travaillé aussi sur la consolidation des acquis. Un comportement et un discours plus structurés par rapport à ses envies avaient été constatés. La patiente avait profité du séjour pour reprendre un rythme veille-sommeil ainsi qu'une activité sportive lui permettant un meilleur ressenti corporel. Elle expliquait ne plus avoir pu prendre du recul par rapport à la situation avec son ex-compagnon et avoir pris conscience durant le séjour de la nécessité de respecter ses besoins. Du point de vue de la physiothérapie, la patiente avait bénéficié d'un programme qui associait la gymnastique active, le fitness libre, le termo-jet, le massage et le fango pour la détente et l'antalgie. Sur le plan thérapeutique, la patiente avait refusé de prendre le Condrosulf 800 mg, en raison de brûlures d'estomac, qu'elle mettait sur le compte de ce médicament. Elle avait pris un rendez-vous en rhumatologie pour faire un suivi et des injections avec cortisone pour ses douleurs au niveau des mains et coudes.

19. L'intimé a maintenu ses conclusions le 12 septembre 2019, en se référant à un avis médical établi par un médecin du SMR le 10 septembre 2019, qui relevait que le diagnostic principal retenu était celui d'un burnout professionnel et que le trouble bipolaire était considéré comme stabilisé. Le diagnostic de burnout ne rentrait pas dans la classification CIM-10 des maladies psychiatriques. Une thymie neutre avait été rapportée. Aucun élément de sévérité n'était décrit. Le séjour avait essentiellement permis à l'assurée de faire le point sur ses relations amoureuses. Ce rapport ne modifiait pas les conclusions précédentes du SMR, qui se fondaient sur l'expertise psychiatrique du Dr E_____ retenue comme convaincante.
20. Lors d'une audience du 9 octobre 2019, la recourante a déclaré : « J'ai travaillé pour le C_____ d'abord 24 heures par semaine, puis 21 heures et enfin en dernier lieu 19 heures. Le reste du temps, je le consacrais à me reposer et aux affaires administratives et des réunions liées à mon travail. Je ne m'occupais pas vraiment de mon ménage. Durant une période, j'avais une femme de ménage puis après plus. Je suis quelqu'un de très désordre et bohème. J'ai de la peine à faire à manger pour moi toute seule. En novembre 2017, lors de mon incapacité de travail, mon fils n'habitait plus avec moi. Depuis l'âge de 19 ans, il a beaucoup voyagé et j'étais son point de chute. Je vis relativement bien le fait que mon fils habite au Japon même si c'est loin, grâce à WhatsApp et au fait qu'il m'a offert un billet d'avion pour aller le voir, car je n'allais pas bien et je n'avais plus du tout d'argent. En novembre 2017, soudain je n'ai "plus pu", mais cela faisait longtemps que la période était difficile en raison des baisses d'horaire et de gain et surtout du changement du contexte de travail dans ce collège. C'est un des meilleurs collèges du monde qui ne prend que les élèves qui sont au top. Petit à petit, je n'ai plus réussi à suivre. Je suis bipolaire, mais surtout quand je suis stressée, je perds tous mes moyens en raison de mon déficit d'attention et de mon hyperactivité. Je perdais mes papiers, j'avais du retard

dans mes carnets et mes notes. Les élèves, mes collègues et mes employeurs s'en sont rendu compte. Je prends beaucoup de médicaments pour mon problème de bipolarité et le TDAH dont des anxiolytiques et, de ce fait, j'ai de la peine à me lever le matin. J'ai eu également des problèmes de tendinite liés au stress. Je devais beaucoup utiliser l'ordinateur et je dessinais et peignais toute la journée en tant que professeur d'art. J'ai dû être opérée des tunnels carpiens. Je me suis également fait opérer des pieds, il y a quelques années. Au début, en novembre 2017, j'étais comme "un légume". Je n'arrivais rien à faire. Pour occuper mon esprit, car je ruminais, j'écoutais des livres audio. Je peux en effet être très obsessionnelle et je dois prendre des médicaments pour me calmer. Après 16 heures de sommeil, cela va mieux. Si je ne prends pas de médicaments, je ne dors pas et lorsque je suis stressée, même avec les médicaments et les anxiolytiques, je dors mal. À la fin du printemps 2018, mon état s'est amélioré. Je me sentais mieux, bien que pas encore très vaillante. C'était notamment en raison du fait que j'étais éloignée du stress professionnel et de tout stress en général. À la fin, je n'arrivais plus à suivre à l'école. J'avais 150 élèves environ par semaine, puis moins. Je n'arrivais pas me souvenir de leurs noms. J'oubliais les choses dans un contexte extrêmement exigeant. Même quand j'allais bien, j'avais des problèmes de mémoire et d'attention. J'ai néanmoins réussi à travailler, dans la mesure où on me laissait le faire à ma manière, ce qui n'était plus le cas à la fin. Il y avait trop de tâches administratives.

J'avais un peu remonté la pente, mais ma rencontre avec le Dr E_____ m'a donné l'impression que je serais perdante quoiqu'il arrive, car il fait des expertises pour l'assurance perte de gain même s'il est indépendant. C'était le sentiment que j'avais. Le Dr E_____ m'a fait l'effet "d'un petit monsieur de la STASI". Il n'était pas empathique. Je n'ai pas pu m'exprimer librement sur mes conditions de travail. Je pense avoir pris un peu trop d'anxiolytiques, car je me suis trompée d'adresse. Il m'a fait une remarque un peu sèche. Il m'a entendue deux heures en me posant des questions selon un questionnaire pré-établi. C'était très cadré. J'avais le sentiment de ne pas pouvoir être moi-même. Je ne conteste pas que ma bipolarité est stabilisée depuis plusieurs années, mais j'ai toutefois encore des phases high avec hyperactivité, lors desquelles je fais des achats invraisemblables et consomme trop d'alcool, et d'autres périodes où je descends, mais ces périodes sont moins fortes qu'avant. En revanche, je suis au maximum de la dose pour certains médicaments que je prends pour la bipolarité. Je n'ai pas dit à l'expert que je consommais de l'alcool car on m'avait dit de ne pas le faire. En revanche, j'ai constaté que lorsque je consomme de l'alcool avec des médicaments, je me sens bien.

Pendant six mois, je n'ai rien pu faire depuis novembre 2017. Quand j'ai lu la décision de Mutuel, mon assurance perte de gain, selon laquelle je devais reprendre mon travail dans les 15 jours ou une autre activité, genre tri de lettres, je me suis retrouvée à Montana, car pour moi cela était impensable de reprendre mon poste. Je me suis écroulée à ce moment-là et j'ai accepté la suggestion de mon médecin de m'hospitaliser, ce qu'il voulait faire depuis longtemps. J'avais refusé car j'avais peur

de ressortir "folle dingue" en pensant à un asile psychiatrique. Le séjour à Montana dans l'ensemble m'a fait du bien. En ressortant, je n'étais pas au fond du trou, mais quand on vous annonce qu'on aura plus d'argent à la fin de l'année, on est mal. Le rapport de Montana n'est pas exhaustif. Ils n'ont pas mentionné que j'étais parfois en pleurs et que j'avais demandé des anxiolytiques que j'ai obtenus. J'en ai consommé quasiment tous les jours. C'était un contexte un peu angoissant avec des patients qui étaient un peu logorrhéiques.

À l'heure actuelle, je ne vais pas trop mal, sans plus, mais dès que j'ai un stress, je retombe, comme au mois de novembre 2017. Je n'arrive pas à trier mes papiers administratifs et cela me fait paniquer. Je n'ai pas d'aide sur ce plan. Je prends note que cela peut se trouver. Mon problème c'est surtout le TDAH. Le reste est variable. Je dois reconnaître que je vais mieux qu'avant. Je ne suis pas aussi à genoux que je l'étais en novembre 2017. Le fait de ne pas travailler m'a changé la vie. Je suis retraitée depuis un mois. Je ne me serais pas vu travailler entre octobre 2018 et octobre 2019, car dès qu'on me demande quelque chose de précis, je panique.

S'agissant de ce que l'expert a rapporté de mes propos, je ne peux pas vous dire si je les ai dits ou pas, car cela fait plus d'une année. Je viens de prendre connaissance du contenu de l'expertise du Dr E_____, qui ne m'avait pas été transmise par mon médecin traitant. Ma vie sentimentale est catastrophique. J'ai été à même d'élever mon fils, comme l'a relevé l'expert, car j'ai demandé de l'aide. S'agissant de l'argent prêté à mon ami africain, je suis partie en ville, début janvier 2018. C'était mon ami-amant depuis janvier 2018 et cela a duré quelques mois. Je suis partie au Cameroun en juillet 2018. Je me suis retrouvée être la deuxième femme, selon ce qu'il a annoncé à sa famille, sa première femme résidant en Suisse, et je suis restée enfermée 13 jours dans une maison sans pouvoir sortir, avec la famille de mon ami, surtout les enfants. Lui je ne l'ai pas vu du tout. Quand je vois la garde-robe que je me suis achetée pour y aller, je me dis que cela ne va pas du tout. J'étais complètement à côté de la plaque, comme cela ne m'était pas arrivé depuis des années. Pour l'argent, j'étais également à côté de la plaque. J'étais prête à lui prêter CHF 60'000.-. Heureusement que j'en ai parlé mon médecin qui m'en a dissuadé. J'ai "planté" mon ami à l'aéroport en rentrant. Je le revois de temps en temps pour qu'il me rembourse la somme que je lui ai donnée. Ensuite, j'ai été déprimée, mais je ne suis pas tombée très bas comme avant, car je prends des médicaments qui me "stonent" suffisamment.

Quand j'ai vu l'expert, j'avais pris des Xanax et j'étais relativement calme. Je commençais à aller mieux, car cela faisait une année que je ne travaillais plus. Aujourd'hui, j'étais stressée par l'audience et j'ai pris des médicaments. Cela va à peu près. Je confirme que je faisais des choses de type loisirs avec deux ou trois personnes très intimes avec lesquelles je peux prendre du plaisir à faire des choses. On se voit pour discuter, boire un verre. J'écoute régulièrement du jazz à la maison. Cela met une ambiance et habille l'espace à la maison. J'aime bien les promenades

en voilier. La dernière fois, je ne me sentais toutefois pas bien, en automne 2018, de mémoire. S'agissant de la préparation des repas, j'achète en général des mets tout faits ou je mange toujours la même chose. Je m'occupe de ma chienne. J'ai un problème, quand je fais quelque chose, je laisse tout en plan, notamment la cuisine, mes habits. Au moment de l'expertise, je ne passais pas toutes les journées allongée et inactive. Je l'avais fait jusqu'à mai-juin 2018. À l'heure actuelle, je lis plutôt des nouvelles. Je n'arrive plus à lire des romans, car j'oublie au fur et à mesure. J'essaie de prendre des notes. Quand je regarde un film, je ne me souviens pas le lendemain du nom du cinéaste en général. En général, je me souviens toutefois de l'histoire. J'ai des problèmes de mémoire depuis toujours, qui ont été accentués avec le stress. Je pense que l'expert a minimisé un certain nombre de choses que je pense lui avoir dites. Je suis moins obsessionnelle en raison du fait que je ne travaille plus. Du fait que je ne touchais plus d'argent, notamment de l'assurance perte de gain, j'ai été dans une situation très difficile. J'ai emprunté de l'argent, vidé mes cartes de crédit et mangé des spaghettis au thon. Mon collègue refusait ma démission en décembre 2018, car il voulait continuer à me défendre envers l'assurance perte de gain. Moi je voulais démissionner pour aller au chômage. Finalement je lui ai envoyé ma démission, en février ou mars 2019. Je me suis inscrite au chômage. Un délai-cadre a été ouvert dès le 19 mars 2019. Je suis toutefois partie au Japon un mois en mars-avril 2019. Le chômage m'a indemnisé cinq jours de travail en avril 2019, puis régulièrement jusqu'à fin août 2019. Je n'ai pas eu besoin de faire des recherches d'emploi. Le chômage m'a dit que cela n'était pas nécessaire, car j'étais à quelques mois de la retraite. Vous me demandez si j'estime que depuis mars 2019, j'étais capable de travailler dans une activité adaptée. J'aurais peut-être pu pour autant qu'il s'agisse d'une activité simple telle que le nettoyage mais probablement pas dans une activité de type administrative. Je me suis inscrite au chômage, car j'avais besoin d'argent. Je savais pertinemment qu'on ne me demanderait pas de travailler, ce que le conseiller du chômage m'avait dit. Ils ont juste fait des recherches pour voir si j'étais en tort du fait que j'avais démissionné et ont vu que ce n'était pas le cas. J'indique que mon conseil B_____ n'intervient que pour l'aspect AI et que SOS Patients qui est pris en charge par mon assurance juridique, constitue un dossier complet dans le cadre de ma demande envers l'assurance perte de gain notamment. »

21. Le 15 octobre 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans des pièces relatives à sa démission de son emploi au 27 février 2019.
22. Le 23 octobre 2019, la recourante a encore transmis à la chambre de céans :
 - sa lettre de démission du 27 février 2018, au motif que son état de santé ne lui permettait plus d'exercer son métier d'enseignante ;
 - un rapport de synthèse établi le 7 octobre 2019 par le Dr D_____, qui estimait, notamment, que l'appréciation du Dr E_____ était erronée et que celui-ci avait hâtivement conclu à une reprise de travail alors que l'assurée était en cours de stabilisation. On pouvait s'étonner que l'expert se soit étendu sur un passé

médical qui ne constituait en rien un état antérieur. Il aurait fallu poursuivre l'arrêt de travail pour permettre à l'assurée une stabilisation acquise et assurée. La décision de l'expert avait entraîné une décompensation anxieuse chez l'assurée, avec des idées répétitives et des troubles obsessionnels tournant autour de sa précarisation économique, qui allait intervenir avec cette décision. L'assurée était encore en incapacité de travail en août 2018 et ce, jusqu'en août 2019.

23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. 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.
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. Le litige porte le bien-fondé de la décision de refus de prestation de l'intimé.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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).

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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6. 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 malade, 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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. 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), à l'aide des indicateurs suivants :

c.a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

c.b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

c.c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

c.d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

c.e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

c.f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

c.g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

d. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. 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).

7. 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 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 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

8. 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).
9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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).

10. a. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).
- b. Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans

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

c. Pour la part de l'activité ménagère, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

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

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

d. Pour part professionnelle, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2).

11. En l'espèce, l'intimé a retenu par erreur dans sa décision que la recourante avait un statut mixte avec une part professionnelle de 75% alors qu'elle était de 21%.

a. S'agissant de cette part professionnelle, l'intimé a considéré que la recourante était totalement incapable de travailler du 17 novembre 2017 au 31 août 2018 et pleinement capable de travailler dans toute activité depuis le 1^{er} septembre 2018. Il a pris ainsi en compte le 1^{er} jour du mois suivant la date du rapport d'expertise du Dr E_____, conformément aux conclusions de celle-ci, puisque l'expert retenait que telle était la capacité de travail « actuelle » de la recourante.

b. Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de cette expertise. Elle remplit a priori les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle contient une anamnèse détaillée et mentionne les indications subjectives de la recourante, le résultat des observations cliniques et une discussion complète. Ses conclusions sont motivées et convaincantes. On peut certes lui reprocher de ne pas avoir daté clairement le retour à une activité à 100%, mais cela est sans conséquence, puisque l'intimé a retenu une date conforme aux conclusions de l'expertise, à savoir la capacité de travail de la recourante au moment de celle-ci.

c. La recourante a contesté les conclusions de l'expertise, faisant essentiellement valoir que celle-ci ne permettait pas d'établir qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une quelconque activité professionnelle au moment de la décision.

Le fait que la recourante ait mal vécu son entretien avec l'expert ne suffit pas à nier toute valeur probante aux conclusions de celui-ci.

Les rapports du Dr D_____ des 27 novembre 2018 et 7 octobre 2019 produits par la recourante qui attestent d'une totale incapacité de travail de celle-ci ne font pas état d'éléments de faits qui aurait été ignorés par l'expert et qu'il aurait pu connaître au moment de son examen (sous réserve de son hospitalisation en octobre 2018 qui n'est pas déterminante en l'occurrence, comme cela sera examiné ci-après). Il s'agit

d'une appréciation différente de la situation qui ne suffit pas remettre en cause la valeur probante des conclusions de l'expert.

Il faut d'ailleurs relever que ces dernières sont corroborées par les déclarations de la recourante à la chambre céans, laquelle a indiqué que sa bipolarité était stabilisée depuis plusieurs années et que si elle avait encore des phases d'hyperactivité et d'autres périodes où elle « descendait », ces périodes étaient moins fortes qu'avant. Elle a également ajouté qu'à la fin du printemps 2018, son état s'était amélioré et elle se sentait mieux, bien que pas encore très vaillante. Enfin, si à son retour du Cameroun, en juillet 2018, elle avait été déprimée, elle n'était pas tombée très bas, en raison des médicaments qu'elle prenait.

S'agissant de son hospitalisation à la clinique de Montana du 4 au 17 octobre 2018, il s'agit d'un fait postérieur à l'expertise du 29 août 2018, qui ne pouvait donc pas être pris en considération par l'expert. La teneur de la lettre de sortie du 4 décembre 2018 ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de l'expertise sur la capacité de travail de la recourante. En effet, elle fait état d'une péjoration thymique temporaire liée à des problèmes de nature sentimentale qui n'apparaît pas l'avoir gravement et durablement affectée. Ce rapport ne se prononce en outre pas sur sa capacité de travail.

De plus, la recourante a déclaré à la chambre de céans que quand elle avait lu la décision de Mutuel, selon laquelle elle devait reprendre son travail dans les 15 jours ou une autre activité, elle s'était retrouvée à Montana, car il lui était impensable de reprendre son poste.

Outre le fait que les déclarations précitées ne concordent pas avec la teneur de la lettre de sortie de la clinique de Montana, elles mettent en évidence que cette hospitalisation semble avoir été décidée à la suite de la décision de cessation de prestations de Mutuel et qu'elle a donc pu être influencée par celle-ci. Cela relativise la portée et on ne peut en déduire une psychopathologie durablement invalidante (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 242/05 du 16 novembre 2005).

La lecture du rapport d'expertise permet de se convaincre que les indicateurs développés par le Tribunal fédéral démontrent que l'atteinte à la santé psychique de la recourante n'était plus incapacitante dès le 1^{er} septembre 2018. En effet, l'expert a constaté, notamment, qu'elle ne présentait pas, lors de son examen, de tristesse, de pleurs, de diminution de l'élan vital, ni d'abattement, et qu'elle avait encore la capacité de passer de bons moments avec ses amis et d'avoir des loisirs. S'il persistait des troubles du sommeil, une libido un peu diminuée et un appétit augmenté, il n'y avait pas de diminution de l'énergie et elle ne passait pas des journées entièrement inactive. Il n'y avait pas de perte de confiance en soi, ni de diminution de l'aptitude à penser. L'étayage socio-familial était relativement préservé. Le trouble affectif bipolaire dont souffrait l'assurée était en rémission et n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques.

Il résulte des considérations qui précèdent que le rapport d'expertise du Dr E_____ doit de se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d. La recourante a encore fait valoir que la décision rendue le 14 novembre 2018 par l'intimé était fondée sur une évaluation de l'invalidité prématurée et qu'il aurait dû attendre que son état de santé soit stabilisé.

L'intimé n'avait pas à attendre que l'état de santé de la recourante soit stabilisé, comme c'est le cas en matière d'assurance-accidents selon l'art. 19 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Il était fondé à prendre sa décision le 10 octobre 2018, dès lors qu'il prenait en compte les conclusions de l'expert, selon lesquelles la recourante était capable de travailler à 100% dans toute activité au jour de l'expertise, avec un pronostic favorable. Il pouvait en effet d'ores et déjà constater que la condition d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était pas remplie et que la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

e. L'on ne peut reprocher à l'intimé, comme le fait la recourante, de n'avoir entrepris aucune mesure d'instruction particulière et de n'avoir pas sollicité une appréciation de son propre service médical, dès lors qu'il s'est fondé sur une expertise administrative qui avait été diligentée par Mutuel et qui lui permettait de prendre sa décision.

f. La décision querellée n'apparaît pas en contradiction avec la communication du 13 septembre 2018, qui indiquait à la recourante que des mesures de réadaptation n'étaient pas possible en raison de son état de santé. En effet, l'intimé a précisé dans son projet de décision que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne respecteraient pas le principe d'équivalence. Il en résulte que ce n'est pas parce que l'intimé considérait que la recourante était totalement incapable de travailler qu'il lui refusait des mesures professionnelles. Il n'y a donc pas de contradiction dans ses décisions.

g. La recourante a encore fait valoir que l'appréciation du Dr E_____ portait sur sa capacité de travail à temps partiel et qu'une reprise à 100% dans une activité professionnelle n'était possible que si celle-ci était adaptée. Ainsi, elle se trouvait confortée dans le bien-fondé de sa démarche.

À cet égard, il faut rappeler que l'invalidité dans le cadre du statut mixte s'établit de manière différente pour la part professionnelle et la part ménagère des activités de la personne concernée. En l'occurrence, la part professionnelle est de 21%. Il en résulte que l'on doit retenir que la capacité de travail de la recourante est de 100% de 21%. Par ailleurs, du point de vue l'assurance-invalidité, l'on doit tenir compte pour établir le degré d'invalidité de la capacité de travail de la personne atteinte dans sa santé dans une activité adaptée raisonnablement exigible d'elle (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

h. En conclusion, il doit être retenu en l'espèce que la recourante était, au moment de la décision querellée, totalement capable de travailler dans la part professionnelle de son activité (21%), soit une invalidité de 0%.

12. S'agissant de la part ménagère de l'activité de la recourante (79%), l'appréciation de sa capacité dans ce domaine faite par l'expert apparaît suffisante, dès lors qu'elle souffre d'une atteinte psychique et non physique. L'intimé pouvait donc trancher cette question sans avoir recours à une enquête ménagère. Il ressort de l'expertise que la recourante était, en août 2018, pleinement capable de s'occuper de son ménage. Il en résulte que l'invalidité dans la part ménagère est également de 0%.
13. En conclusion, l'invalidité globale de la recourante est de 0% dès septembre 2018. La décision querellée qui lui nie le droit aux prestations de l'invalidité doit en conséquence être confirmée et le recours rejeté.
14. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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