



POUVOIR JUDICIAIRE

A/974/2019

ATAS/1071/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée _____, à GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
RUDERMANN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____1988, souffre d'une acromégalie (tumeur cérébrale sécrétant l'hormone de croissance), responsable des douleurs aux yeux et à la tête, un problème d'audition et des vomissements.

Licenciée par son employeur en janvier 2010, l'assurée n'a plus travaillé depuis lors, à l'exception d'une activité exercée à 20% dans le domaine du nettoyage entre juillet 2013 et juillet 2014, après avoir bénéficié des prestations de l'assurance-chômage jusqu'au 31 janvier 2012.

2. Le 10 novembre 2016, l'assurée a rempli une demande de prestations que l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a réceptionnée en date du 15 décembre 2016, dans laquelle l'assurée invoque des « douleurs aux yeux, à la tête, un problème d'audition, et des vomissements occasionnés par une tumeur.

3. Ont été versés à son dossier, notamment :

- un rapport du docteur B_____, chef de clinique au Service d'endocrinologie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG), du 4 janvier 2017, concluant à une acromégalie connue et diagnostiquée depuis août 2015 ; l'atteinte entraînait entre autres des céphalées et une photophobie ; la maladie était accompagnée d'asthénie, de douleurs articulaires et de maux de tête ; le médecin ne se prononçait pas sur la capacité de travail, indiquant simplement que l'activité habituelle était exigible à temps partiel (sans préciser à quel taux) et qu'il espérait que le traitement puisse arrêter l'évolution ostéo-articulaire, cardiaque et musculaire ; selon lui, il y avait une « réponse volumique favorable, mais ponctuelle » et « une réponse biologique minime » ;
- un rapport du docteur C_____, spécialiste en neurologie, du 20 janvier 2017, relatant que l'assurée avait commencé à le consulter en septembre 2015 pour des céphalées quotidiennes apparues quatre à cinq ans plus tôt et une légère photophobie ; l'imagerie avait montré la présence d'un micro-adénome hypophysaire ; il suspectait pour sa part une origine « cervicogène » aux symptômes, avec un état anxiodépressif sous-jacent ; divers traitements avaient été essayés, qui n'avaient permis qu'une amélioration très partielle de la symptomatologie ; le médecin évoquait un possible trouble somatoforme douloureux entraînant de nombreuses limitations, tant dans une quelconque activité professionnelle que dans la vie quotidienne ; le pronostic était réservé au vu de l'évolution peu favorable après plus d'une année de suivi ;
- un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant depuis 2011, du 6 mars 2017, concluant à une acromégalie sur micro adénome hypophysaire, à un état dépressif et à des céphalées chroniques ; les céphalées dont l'assurée se plaignait en 2015 avait amené à la découverte d'une tumeur ; l'incapacité

de travail était totale depuis le 1^{er} janvier 2016 dans l'activité habituelle ; le médecin ne répondait pas à la question de savoir si une reprise d'activité était possible, se contentant de mentionner que cela dépendait de l'évolution de l'état dépressif ;

- un rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 8 septembre 2017, indiquant que le status psychiatrique était marqué par une thymie diminuée/dysphorique avec aboulie et anhédonie, une insomnie, de la fatigue et une fatigabilité accrue, une légère inappétence, un discours pauvre, mais globalement cohérent, des idées noires, mais non suicidaires, ainsi que des céphalées ; le médecin concluait à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, évoluant probablement depuis plusieurs années ; les limitations fonctionnelles en découlant étaient : une tristesse, une irritabilité, un certain ralentissement psychomoteur, une aboulie, une anhédonie et une fatigue ; l'évolution depuis janvier 2017 était marquée par une persistance de la symptomatologie dépressive avec une intensité modérée à sévère ; le médecin concluait à une capacité de travail de 0%, précisant qu'il lui était difficile d'évaluer la capacité à exercer une activité adaptée et suggérant une observation pour ce faire ;
- un avis du Service médical régional de l'AI (SMR) du 3 juillet 2018 retenant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, mais une capacité d'au moins 50% dans une activité adaptée depuis septembre 2017, date du rapport médical du Dr E_____, puisque ce dernier suggérait un stage d'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, ce qui impliquait une aptitude à la réadaptation ;
- une enquête économique sur le ménage réalisée le 15 octobre 2018, concluant à un empêchement pondéré avec exigibilité de 31,65% (empêchement sans exigibilité : 61,15%, total de l'aide exigible retenue : 29,5%).

4. Par décision du 15 février 2019, l'OAI - auprès duquel elle avait déposé une demande de prestations - lui a nié le droit à une rente.

L'OAI a reconnu l'existence d'une atteinte à la santé invalidante depuis janvier 2016, mais estime qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aurait été recouvrée en septembre 2017.

Quoi qu'il en soit, il a retenu que l'assurée devait être considérée comme une personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels et s'est référé, s'agissant des empêchements pour accomplir les travaux habituels, à une enquête ménagère effectuée au domicile de l'intéressée concluant à des empêchements à hauteur de 32%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

5. Par écriture du 12 mars 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, subsidiairement à l'octroi d'une rente, sans en préciser le taux.

L'assurée conteste en premier lieu le statut retenu par l'intimé, affirmant que si elle a été licenciée, c'est en raison de ses problèmes de santé. Elle met au surplus en doute les conclusions de l'enquête ménagère.

Quant à sa supposée capacité résiduelle de travail de 50%, elle la conteste également, car ne reposant que sur une appréciation purement subjective du SMR, alors que son médecin traitant a conclu à une totale incapacité et que son psychiatre traitant ne s'est pas déterminé mais a suggéré d'organiser un stage d'observation.

La recourante demande en substance qu'une expertise psychiatrique, voire neurologique et endocrinologique, soit mise sur pied après renvoi de la cause à l'intimé.

6. Invité à se déterminer, celui-ci, dans sa réponse du 9 avril 2019, a conclu au rejet du recours.

Il relève que les médecins traitants ne font état d'aucune incapacité de travail médicalement objectivable avant le 1^{er} janvier 2016.

S'agissant du statut de l'assurée, l'intimé maintient que celle-ci doit être considérée comme non active et que c'est dès lors à juste titre qu'un empêchement pondéré avec exigibilité de 31,15% arrondi à 32% a été retenu sur la base de l'enquête à domicile à laquelle il soutient qu'une pleine valeur probante doit être reconnue.

7. Par écriture du 11 avril 2019, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

Elle demande une fois de plus que l'instruction médicale soit reprise pour déterminer de manière précise la date de la survenance de son invalidité.

8. Par écriture du 13 mai 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

9. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 20 février 2020. Ont été entendus à la demande de la recourante :

- sa sœur, Madame F _____,

- sa mère, Madame G _____,

- sa belle-sœur (c'est-à-dire la femme du frère de son époux), Madame H _____,

- et son époux, Monsieur I _____.

Ce dernier, en particulier, a expliqué qu'ils se sont connus en 2008 à Fribourg. Il travaillait alors déjà à Genève. Le couple s'est marié en 2009 et s'est installé à Genève en 2010.

Le mari de l'assurée a expliqué avoir constaté des anomalies peu après le début de leur relation : l'assurée se couchait très tôt, vers 20 h. ; lorsqu'ils sortaient faire du shopping, il lui fallait s'asseoir fréquemment. La situation a empiré jusqu'en 2009. Elle a alors été hospitalisée à Berne et l'éventualité d'une tumeur a été évoquée, mais sans pouvoir la localiser. Ce n'est que par la suite, après la naissance de leur fille, en 2014, qu'une imagerie par résonance magnétique a mis en évidence la tumeur. Celle-ci a été opérée et partiellement enlevée, mais l'assurée doit encore subir des injections toutes les quatre semaines.

Dans l'intervalle, entre 2009 et 2014, la situation n'a fait qu'empirer : augmentation de la fatigue, douleurs dans différentes régions du corps, céphalées, gonflements des mains, perte d'intérêt, repli sur soi, photophobie, etc.

10. Dans ses conclusions après enquêtes du 14 avril 2020, l'intimé est revenu sur sa position concernant le statut de l'assurée et a admis, au vu des témoignages apportés, que c'était bien un statut d'active à 100% qui devait lui être reconnu puisque c'est bien son état de santé qui l'a empêchée de procéder à des recherches d'emploi.

Pour le reste, il maintient que si l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle depuis janvier 2016, elle n'est plus que de 50% dans une activité adaptée depuis septembre 2017.

L'intimé conclut désormais à l'admission partielle du recours et à l'octroi d'une rente entière de juin à décembre 2017, puis d'une demi-rente dès janvier 2018.

Il soutient qu'à défaut d'une situation professionnelle stable et de données salariales concrètes, le revenu avant invalidité doit être déterminé d'après les statistiques, tout comme le revenu d'invalidité, de sorte qu'il est 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 revenu d'invalidité, réduction dont il estime qu'elle n'a pas lieu d'être en l'espèce, les limitations fonctionnelles de la recourante ayant été prises en compte pour fixer sa capacité résiduelle de travail.

11. Par écriture du 20 avril 2020, la recourante a pris acte de cette nouvelle position.

Elle conteste le taux d'invalidité de 50% retenu dès janvier 2018, suite à une prétendue amélioration de sa capacité de gain en septembre 2017. Elle fait valoir que celle-ci résulte uniquement de l'appréciation unilatérale du SMR et rappelle que son médecin traitant a pour sa part estimé que sa capacité de travail était globalement nulle et que son psychiatre traitant ne s'est pas déterminé sur la question, estimant qu'un stage d'évaluation devait être organisé.

Dès lors, l'avis isolé du SMR ne constitue pas une base médicale suffisante pour affirmer qu'elle aurait recouvré une capacité de 50% dans une activité adaptée dès septembre 2017.

Elle soutient pour sa part qu'au contraire, cette capacité de travail est restée nulle et demande que l'investigation médicale soit complétée par la mise en œuvre d'une expertise pour confirmer ou infirmer cette prétendue capacité de travail résiduelle de 50%. Cette expertise devra comporter un volet psychiatrique, un volet neurologique et un volet endocrinologique.

12. Par écriture du 22 mai 2020, l'intimé a campé sur sa position.

13. Par écriture du 15 juin 2020, l'assurée a produit des pièces supplémentaires dont elle tire la conclusion qu'elles confirment que sa capacité de travail est restée nulle dans toute activité au-delà de septembre 2017 :

- un rapport rédigé le 2 juin 2020 par le Dr E_____, indiquant que la capacité de travail de sa patiente est « actuellement probablement fortement diminuée par une symptomatologie dépressive d'intensité modérée à sévère », marquée par une thymie triste/irritable, des difficultés subjectives de concentration et de mémorisation, un discours à contenu dépressif, une affectivité anxieuse avec composante compulsive, une aboulie, une anhédonie, un appétit fluctuant, une insomnie, une fatigabilité, des douleurs diffuses et, occasionnellement, des idées noires voire suicidaires sans projet précis ; le médecin précise que l'échelle MADRS tourne autour de 25-30 sur 60, ce qui correspond à une intensité sévère et ce, depuis qu'il suit la recourante c'est-à-dire depuis 2017, malgré des essais pharmacologiques multiples ; il souligne que la comorbidité somatique peut jouer un rôle, tout comme des facteurs psychosociaux (désinsertion sociale et professionnelle, possibles difficultés économiques...) ; il émet un pronostic plutôt sombre et indique que l'évolution dépendra aussi de la réduction des facteurs psychosociaux et non seulement du traitement en général ;
- un bref certificat rédigé le 6 juin 2020 par le Dr D_____, concluant à une dépression modérée, à une acromégalie non stabilisée, ainsi qu'à un diabète décompensé en précisant que sa patiente souffre également de céphalées multi-résistantes ; ce médecin précise que malgré de très nombreux changements de traitement, sa patiente n'a jamais pu être stabilisée, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique ; pour ces raisons, sa capacité de travail est nulle en tout cas depuis 2017.

14. Par écriture du 8 juillet 2020, l'intimé s'est référé à un avis émis le 7 juillet 2020 par le SMR.

Celui-ci y indique qu'il est incapable de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée depuis septembre 2017 et qu'à ce stade, une expertise multidisciplinaire lui paraît indispensable comprenant les spécialités suivantes : médecine interne, endocrinologie, neurologie et psychiatrie.

En conséquence de quoi, l'intimé conclut à ce que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire.

15. Par écriture du 13 juillet 2020, la recourante s'est étonnée de cette position.

Elle soutient à présent qu'il était inutile de renvoyer la cause à l'AI pour instruction complémentaire dans la mesure où il suffit de reconnaître que sa capacité de travail est nulle dans toute activité depuis janvier 2016 sans discontinuer et qu'une rente entière doit lui être octroyée sans limitation de temps à compter du 1^{er} juin 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. A 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. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. N'est plus litigieuse, à ce stade de la procédure, que la question de savoir si la recourante a droit à une rente entière au-delà du 31 décembre 2017, étant pris acte du fait que l'intimé lui reconnaît un statut d'active à plein temps et le droit à une rente entière de juin à décembre 2017.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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).

7. a. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références).

b. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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).

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).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).

9. En l'espèce, comme indiqué précédemment, n'est plus litigieux à ce stade que le droit aux prestations au-delà du 31 décembre 2017.

En d'autres termes, ne se pose que la question de savoir s'il y a eu amélioration de l'état de la recourante en septembre 2017, au point de lui permettre de recouvrer une capacité de travail et de réduire son degré d'invalidité.

A l'époque, le psychiatre traitant concluait encore à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais admettait ne pouvoir se prononcer sur la capacité de sa patiente à exercer une activité adaptée. Dans la mesure où il n'a toutefois pas d'emblée exclu une telle éventualité, son rapport semble effectivement corroborer une possible amélioration, d'autant que le médecin y évoque une symptomatologie d'intensité modérée à sévère et non plus seulement sévère.

A ce stade, il apparaît manifeste que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires pour confirmer ou infirmer une telle amélioration, l'évaluer et déterminer ses conséquences en termes de capacité à exercer une activité adaptée et de taux d'invalidité. En l'état, les éléments figurant au dossier ne sont pas suffisants.

Les investigations menées par l'intimé ont été lacunaires, sans doute parce qu'à l'époque, il considérait encore l'assurée comme une personne non active : dès lors, l'évaluation des empêchements dans le ménage revêtait une importance prépondérante par rapport à la détermination de la capacité à exercer une activité lucrative.

Mais, dans la mesure où il a été admis que la recourante devait se voir reconnaître le statut d'active à 100%, il convient de procéder à des investigations approfondies quant à sa capacité de travail au-delà de septembre 2017, sur laquelle le SMR a admis ne pouvoir se déterminer.

On relèvera que, de l'avis de la recourante également, la cause n'est pas suffisamment instruite puisqu'elle n'a cessé, depuis le dépôt de son recours et tout au long de la procédure - jusqu'à ses dernières écritures -, de solliciter précisément le renvoi à l'intimé pour mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il convient de donner suite à la proposition de l'intimé de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise multidisciplinaire et nouvelle décision.

En ce sens, le recours est admis partiellement.

Il est également admis en tant que le droit à une rente entière est reconnu à la recourante de janvier à décembre 2017, conformément à la proposition de l'intimé.

C'est le lieu de rappeler que, selon l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision sur opposition contre laquelle un recours est formé jusqu'à l'envoi de son préavis. En l'occurrence, l'intimé ayant reconsidéré sa position après avoir répondu au recours, il ne pouvait plus rendre de décision formelle, mais a clairement conclu à l'admission partielle du recours dans le sens susmentionné.

10. La recourante qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens ainsi que de ceux de son mandataire. Des dépens seront donc alloués à la recourante à hauteur de CHF 3'000.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 15 février 2019.
4. Dit que la recourante le droit à une rente entière de juin à décembre 2017.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues, instruction complémentaire sous la forme d'une expertise multidisciplinaire (médecine interne, endocrinologie, neurologie et psychiatrie) et nouvelle décision s'agissant de la période postérieure à septembre 2017.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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