

GE_GERICHTE A/1945/2018 vom 2. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1945_2018

FR: GE_GERICHTE A/1945/2018 du 2 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/1945/2018 del 2 aprile 2019

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à LA CROIX-DE-ROZON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1956, a obtenu un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce en 1976. Elle a travaillé dans le domaine de l'import-export, puis en dernier lieu, en tant qu'employée administrative au département accessoires de B_____ SA (ci-après : l'employeur) à 100 % dès le 16 août 2009.![endif]>![if> 2. Dans un rapport du 5 février 2011 adressé à l'assurance perte de gain, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une suspicion de crises de panique et un syndrome d'évitement. Au printemps 2010, l'assurée avait manifesté pour la première fois de l'anxiété, des oppressions et de l'agoraphobie. L'incapacité de travail était nulle depuis le 5 octobre 2011 (sic).![endif]>![if> 3. Le 22 mars 2011, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'allocation de mesures professionnelles ou d'une rente. Elle souffrait d'une maladie depuis le 5 octobre 2011 (sic) qui avait entraîné une incapacité de travail de 100 % du 5 octobre 2010 au 21 février 2011, puis de 80 % depuis le 22 février 2011.![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 1 er mai 2011, la doctoresse D_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec manifestations mixtes et attaques de panique (F43.22 et F41.00). L'assurée n'avait aucun antécédent psychiatrique en dehors de quelques épisodes anxieux itératifs apparus ces deux dernières années. Dans un contexte de stress professionnel croissant, elle était devenue de plus en plus irritable durant l'année 2010 et présentait depuis août 2010 des manifestations anxieuses de plus en plus aiguës avec apparition d'attaques de panique extrêmement violentes associées à des sensations de brûlures dans tout le corps. L'assurée lui avait été adressée par le médecin traitant le 20 octobre 2010. Les entretiens réguliers de psychothérapie lui avaient permis de mieux appréhender les facteurs qui déclenchaient ses angoisses et d'accéder à de meilleures ressources adaptatives. Une reprise progressive du travail avait été possible dès le 26 janvier 2011 à 20 %, puis à 40 %. Actuellement, la capacité de travail de l'assurée était de 60 %, grâce à son employeur qui avait aménagé le lieu de travail pour faciliter cette reprise, et elle devrait pouvoir travailler à 80 % à mi-mai.![endif]>![if> 5. Selon une note de travail du service d'intégration professionnelle de l'OAI du 30 mai 2011, l'assurée avait repris le travail à 80 % dès le 2 mai 2011 dans une activité adaptée, puis la semaine du 23 mai dans son activité initiale, avant de reprendre celle-ci à 100 % le 30 mai 2011.![endif]>![if> 6. Par projet de décision du 8 août 2011, confirmé par décision du 19 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Au vu de l'amélioration de la capacité de travail depuis le 5

octobre 2010, le droit à la rente ne pouvait pas prendre naissance et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Ladite décision est entrée en force.!

7. Le 25 juin 2014, l'assurance perte de gain a déposé auprès de l'OAI une demande de détection précoce concernant l'assurée. Celle-ci avait été victime d'un accident qui avait entraîné une incapacité de travail à 100 % depuis le 21 juin 2014 (recte : 20 juin 2013). Elle avait eu des absences répétées huit mois plus tôt pour maladie. L'employeur avait résilié le contrat de travail avec effet au 31 octobre 2013 pour des raisons économiques.!

8. Le 25 juillet 2014, sur demande de l'OAI, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'allocation de mesures professionnelles ou d'une rente. Elle était en incapacité de travail à 100 % depuis le 20 juin 2013 en raison de multiples fractures du bassin.!

9. Sur demande de l'OAI, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) lui a transmis son dossier le 7 août 2014.!

Dans la lettre de sortie du 3 septembre 2013, consécutive au séjour de l'assurée du 13 août au 17 septembre 2013 dans le service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le docteur E_____, médecin adjoint, a diagnostiqué à titre principal une fracture du sacrum (processus transverse de L5 et branche ischio-pubienne droite). Parmi les comorbidités actives, il a mentionné un état dépressif. L'assurée présentait depuis une semaine des lombalgies survenues brutalement alors qu'elle marchait. La symptomatologie s'était péjorée jusqu'à une impotence fonctionnelle totale. Le scanner pratiqué à l'admission avait révélé de nombreuses fractures notamment au niveau du processus transverse L5 de l'aileron sacré gauche et de la branche ischio-pubienne droite. Selon le rapport du 20 mars 2014 de la doctoresse F_____, médecin d'arrondissement de la CNA, consécutif à son examen de la veille, l'assurée avait glissé et fait une chute le 20 juin 2013 qui avait provoqué des fractures des branches ischio-ilio-pubiennes et du sacrum dont l'évolution était peu favorable. Elle avait souffert et souffrait encore probablement d'un syndrome anxio-dépressif. L'évolution semblait défavorable malgré une consolidation des fractures. L'assurée refusait de se rendre à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour une évaluation pluridisciplinaire et surtout pour un sevrage médicamenteux au motif que selon le Dr E_____, le traitement devait durer une année. Au vu de l'examen de ce jour et des plaintes de l'assurée, la Dresse F_____ l'avait informée qu'elle devait progressivement diminuer les doses médicamenteuses, notamment les dérivés morphiniques, que la physiothérapie n'était plus nécessaire, qu'elle pouvait marcher à l'extérieur et que les visites médicales à domicile n'étaient plus justifiées. Un contrôle radiologique du bassin et du sacrum devait avoir lieu le 20 mars 2014. Si la consolidation était acquise, l'assurée pouvait travailler à 100 % dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire. Dans son rapport complémentaire du 8 avril 2014, la Dresse F_____ a observé que les radiographies du bassin et du sacrum du 20 mars 2014 montraient toujours un trait de fracture des branches ilio et ischio-pubiennes avec un important cal osseux. Le scanner du bassin du 1^{er} avril 2014 démontrait une bonne consolidation de la fracture au niveau du sacrum et du processus transverse gauche de L5. Au vu des nouveaux éléments radiologiques, l'assurée devait être évaluée à la CRR. Dans un rapport de la CRR du 27 juin 2014, consécutif au séjour de l'assurée du 4 au 25 juin 2014, le docteur G_____, chef de service ainsi que spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et chirurgie orthopédique, a diagnostiqué notamment une chute le 20 juin 2013 avec fractures des

branches ischio/ilio-pubiennes droites, du sacrum et de l'apophyse gauche L5, une arthrose postérieure L4-L5 et une polyneuropathie sensitive axonale. Il a retenu au titre des comorbidités, des lombalgies chroniques, une ostéoporose, un trouble anxio-dépressif, de l'asthme et de l'obésité. L'assurée avec été victime d'une chute avec mécanisme de grand écart en juin 2013, mais n'avait consulté que six semaines après la chute. Elle se plaignait de douleurs au bassin, au pli de l'aîne droite et à la cuisse droite. Elle n'arrivait pas à rester assise ou debout longtemps et marchait quelques centaines de mètres avec des cannes avant de devoir s'arrêter. Elle n'arrivait plus à se faire à manger et ne prenait plus les transports publics. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par des lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs en lien avec la consommation d'alcool, une focalisation sur la douleur, une perception élevée du handicap fonctionnel, une peur du mouvement et un catastrophisme élevé avaient également joué un rôle dans l'évolution et le tableau clinique. Aucune incohérence n'avait été relevée. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient le port de charges supérieures à 10 kg, le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, la flexion-torsion répétée du tronc, ainsi que le maintien prolongé des postures assises et debout. La situation n'était pas totalement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'une physiothérapie active permettrait d'améliorer encore les capacités fonctionnelles et l'endurance de l'assurée. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six à huit semaines. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable sur la base des éléments somatiques, mais il fallait rappeler la fragilité de la situation de l'assurée, le risque de récurrence de la consommation d'alcool et la perception du handicap fonctionnel toujours hors de proportion avec les données objectives. Sur le plan objectif, une reprise initiale à 50 % paraissait réaliste vers la mi-août. Toutefois, l'assurée ne pensait pas pouvoir reprendre le travail avant le mois de novembre au vu de ses douleurs résiduelles et du marché du travail dans son domaine. 10. Dans un rapport du 21 août 2014, le docteur H_____, généraliste et médecin auprès de Médecins à domicile, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un syndrome anxio-dépressif depuis 2011, et sans effet sur la capacité de travail, une ostéoporose diagnostiquée en 2013, une bronchopneumopathie chronique obstructive (PCO)/asthme et une polyneuropathie L5-S1 gauche. Il suivait l'assurée depuis le 20 janvier 2014. En juin 2013, l'assurée avait subi de multiples fractures du bassin suite à une chute de sa hauteur sur ostéoporose. La double fracture du bassin était en cours de consolidation. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 20 juin 2013 et toujours en cours. Les restrictions physiques concernaient le périmètre de marche limité à 300 m, les douleurs permanentes lombaires et l'absence de port de charges. Aucune activité n'était possible pour le moment au vu de la consolidation en cours. Dans son rapport subséquent du 23 septembre 2014, le Dr H_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, des fractures du bassin et sans effet sur la capacité de travail, un état dépressif et un burnout en 2010. L'incapacité de travail actuelle était de 100 %. Les lombalgies aiguës en permanence limitaient le périmètre de marche. L'évolution était favorable et un prochain bilan radiologique était prévu en décembre 2013 (recte : 2014).!endif]>!if> 11. Dans un rapport d'examen du 14 octobre 2014, la Dresse F_____ a considéré que le cas était stabilisé concernant les seules suites de l'accident. S'agissant de l'exigibilité, il fallait s'en tenir aux limitations déjà décrites à la CRR.!endif]>!if> 12. Par communication du 6 novembre 2014, l'OAI a pris en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un coaching individuel auprès d'EMB consulting du 4 octobre 2014 au 2 février 2015, soit dix séances de coaching personnalisé d'une heure trente minutes. Selon le courrier

d'EMB consulting du 4 novembre 2014, ce coaching avait pour objectif de favoriser un processus de deuil et une prise de distance par rapport aux événements passés, d'apprendre le lâcher prise et à demander de l'aide, de stimuler l'hémisphère droit pour optimiser l'intégration de nouvelles données et situations, ainsi que d'élaborer un projet professionnel adapté à son état de santé.![endif]>![if> 13. Par décision du 14 novembre 2014, la CNA a notamment mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2014 au motif que selon les médecins de la CRR, une pleine reprise du travail dans une activité administrative serait tout à fait envisageable en tenant compte des limitations fonctionnelles. L'assurée a formé opposition à cette décision, le 25 novembre 2014. Elle a estimé qu'elle n'était pas remise de son accident tant sur le plan des douleurs que des déplacements. Elle ne pouvait pas marcher plus de 100 m et le côté droit de son fémur lui faisait toujours très mal. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition de juillet 2015 qui n'a pas fait l'objet d'un recours.![endif]>![if> 14. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2014, le Dr H_____ a attesté qu'une reprise du travail à 100 % paraissait inenvisageable pour le mois suivant. Une évolution favorable de l'état de santé de l'assurée pourrait permettre une reprise de travail à 50 % au maximum au vu de son état de santé actuel.![endif]>![if> 15. Par courrier du 15 janvier 2015, l'employeur a reporté la fin des relations contractuelles au 31 mars 2015 afin de respecter le délai de protection.![endif]>![if> 16. Dans un rapport du 9 février 2015, la Dresse D_____ a précisé que l'assurée avait pu reprendre son travail habituel à plein temps le 30 mai 2011, puis avait été brusquement licenciée en juillet 2013, à la veille de ses vacances. Face à sa détresse, elle l'avait mise en arrêt de travail à 100 % du 6 août au 3 septembre 2013. En raison de l'incapacité de marcher de l'assurée consécutive à l'apparition de violentes lombalgies le 13 août 2013, celle-ci n'avait pu la reconsulter que le 11 novembre 2014 pour la reprise d'un soutien psychothérapeutique. La Dresse D_____ l'avait trouvée extrêmement affectée par les séquelles algiques qui freinaient sa mobilité. Elle était toujours sous antidépresseurs et anxiolytiques en raison de l'impact émotionnel des difficultés qu'elle avait dû traverser.![endif]>![if> 17. Dans un rapport du 10 mars 2015, le Dr H_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. L'évolution était lentement favorable. L'état de santé s'était légèrement amélioré de façon progressive. La capacité de travail était de 50 %.![endif]>![if> 18. Par communication du 10 avril 2015, l'OAI a considéré qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de l'état de santé de l'assurée. Il allait examiner son droit à une rente.![endif]>![if> 19. L'office cantonal de l'emploi a ouvert un délai-cadre d'indemnisation du 3 août 2015 au 2 août 2017 en faveur de l'assurée qui recherchait un travail à 50 %.![endif]>![if> 20. Dans un avis du 1^{er} septembre 2015, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu comme atteintes à la santé au sens de l'AI des fractures multiples du bassin et de L5 sur ostéoporose, ainsi qu'un trouble de l'adaptation réactionnelle. Le début de la longue maladie datait du 20 juin 2013. La capacité de travail exigible était de 50 % dans l'activité habituelle si les limitations fonctionnelles étaient respectées et de 50 % dans une activité adaptée puis augmentation progressive. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence de port de charges de plus de 10 kg, de position en porte-à-faux, de torsion et flexion répétées du tronc, de maintien prolongé des postures assises et debout. À la suite des fractures du bassin et de la vertèbre, une douleur persistait et l'assurée présentait parallèlement un état dépressif réactionnel. Selon l'évaluation de la capacité de travail faite à la CRR en août 2014, celle-ci était de 50 % avec possibilité d'amélioration de façon très

progressive.![endif]>![if> 21. Dans un rapport du 20 janvier 2016, le Dr H_____ a mentionné une amélioration lente, progressive et favorable de l'état de santé de l'assurée. Ce dernier s'était globalement amélioré depuis plusieurs semaines. Il avait observé des douleurs lombaires et une mobilisation douloureuse du bassin. La capacité de travail était de 50 %![endif]>![if> 22. Dans un rapport du 23 février 2016, la Dresse D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Les douleurs chroniques à la mobilisation ainsi que l'insécurité quant à son avenir professionnel et à ses ressources financières entraînaient un état d'anxiété important et une labilité thymique dans le sens dépressif. L'angoisse venait aggraver les limitations physiques liées au problème somatique. Une reprise professionnelle progressive jusqu'à un maximum de 50 % serait nécessaire en recourant à des stages à durée progressive afin de permettre à l'assurée de s'adapter à une nouvelle activité professionnelle dont le profil restait à définir. Le trouble anxieux de l'assurée tendait à augmenter avec l'insécurité et le stress, de sorte qu'il y avait une concordance entre l'état clinique et la situation socio-professionnelle actuelle.![endif]>![if> 23. Dans un avis du 26 avril 2016, le SMR a observé qu'après le séjour à la CRR, les médecins de l'assurée continuaient à attester une incapacité de travail de 50 % bien qu'ils estimaient que l'évolution était favorable et que son état de santé s'était amélioré. Ils justifiaient cette incapacité de travail par des limitations fonctionnelles en lien avec des douleurs à la mobilisation du bassin et un état anxio-dépressif connu de longue date, ainsi qu'un état réactionnel aux douleurs et un contexte psychosocial difficile. Étant donné que les médecins traitants ne mentionnaient que les atteintes déjà connues qui avaient fait l'objet d'une évaluation détaillée dans le rapport final de la CNA et durant le séjour à la CRR, celles-ci ne justifiaient pas la poursuite d'une incapacité de travail après le 15 octobre 2014.![endif]>![if> 24. Par projet de décision du 30 juin 2016, l'OAI a rejeté la demande. Selon le SMR, l'incapacité de travail avait été de 100 % du 20 juin 2013 au 14 août 2014, puis de 50 % du 15 août au 14 octobre 2014 et nulle dès le 15 octobre 2014. Par conséquent, à l'issue du délai de carence, soit en date du 20 juillet 2014, un droit à la rente serait ouvert. Toutefois, la demande de prestations du 28 juillet 2014 était tardive si bien que le droit aux prestations ne pourrait pas débiter avant le 1^{er} janvier 2015. À cette date, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toutes activités, de sorte que les conditions ouvrant le droit à la rente n'étaient plus remplies. S'agissant des mesures professionnelles, l'assurée n'avait droit ni à une orientation professionnelle, ni à un reclassement professionnel, ni encore à une aide au placement, les conditions nécessaires n'étant pas réalisées.![endif]>![if> 25. Par courrier du 13 juillet 2016, l'assurée a fait part de ses objections. Elle a relevé que dans son avis du 26 avril 2016, le SMR se basait sur l'examen de la CNA pour définir les limitations fonctionnelles et conclure à l'exigibilité d'une activité administrative. Or, ni la CNA – dès lors qu'elle ne s'intéressait qu'aux atteintes causées par l'accident au contraire de l'assurance-invalidité –, ni le médecin du SMR n'avaient examiné la problématique sous l'angle psychiatrique. Par conséquent, il y avait lieu d'instruire le dossier sous cet angle, puis de rendre un nouveau projet de décision étant donné que le projet du 30 juin 2016 était prématuré. Elle allait lui transmettre un rapport de la Dresse D_____ après le 14 août 2016.![endif]>![if> 26. Par courrier du 29 août 2016, l'assurée a transmis à l'OAI un nouveau rapport de la Dresse D_____ daté du 17 août 2016 dont il ressortait qu'elle souffrait des troubles de l'adaptation et d'un trouble panique. Étant donné qu'elle présentait également des douleurs résiduelles dont ne traitait pas la psychiatre traitante, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise conformément à la jurisprudence.![endif]>![if> Dans son rapport du 17 août 2016, la Dresse D_____ a

indiqué qu'après la reprise du travail à 100 % le 30 mai 2011 grâce à une augmentation progressive du taux d'activité par paliers de 20 %, l'assurée avait continué à la consulter à un rythme bimensuel, puis mensuel en raison de la persistance d'un fond anxieux qui entretenait une certaine fragilité. Au vu de la bonne stabilisation de son mieux-être, il avait été envisagé d'arrêter les séances à fin 2013 en maintenant de faibles doses d'antidépresseurs pour le long terme. Le tableau clinique touchait à toute la sphère émotionnelle et entraînait fatigue, troubles de la concentration et de la mémoire, hyperalgies et panique par anticipation du stress. Seul un réapprovisionnement progressif aux situations anxiogènes permettrait de sortir du cercle vicieux. Il n'y avait pas d'autres facteurs, même de types environnementaux, qui influenceraient négativement la reprise d'une activité professionnelle. C'était surtout l'anxiété qui prédominait, à des degrés parfois très graves. Sans une aide avec des mesures de réadaptation sous forme de stages d'observation, on risquait une cristallisation chronique des symptômes. Il n'y avait pas de résistance au traitement dès lors que l'ensemble des possibilités d'aide à l'assurée n'avait pas été appliqué. 27. Dans un avis du 2 novembre 2016, le SMR a relevé que le psychiatre traitant décrivait actuellement une situation globalement superposable à celle de 2014. Il a admis qu'à l'époque, les évaluations médicales s'étaient surtout focalisées sur le volet somatique des atteintes, la fragilité de l'état psychique de l'assurée semblant plus en lien avec des facteurs psychosociaux extra-médicaux défavorables qu'avec une atteinte psychiatrique avérée. Au vu de la persistance de la problématique anxio-dépressive associée à des douleurs qui n'étaient qu'en partie expliquées par un substrat organique, il y avait lieu de demander une expertise psychiatrique. En cas d'atteinte de la lignée psychosomatique, l'expert devait tenir compte des indicateurs jurisprudentiels en cours pour déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée. 28. Le 2 décembre 2016, l'OAI a transmis son dossier au professeur I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, afin d'effectuer une expertise. 29. Par courrier du 14 mars 2017 et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, l'assurée par l'entremise de son mandataire a reproché à l'OAI de ne pas l'avoir associée à la désignation de l'expert. 30. L'expert a eu deux entretiens avec l'assurée, les 1^{er} mars et 25 mai 2017. Dans son rapport du 8 juillet 2017, l'expert a constaté qu'il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité. Toutefois, au niveau de la personnalité, l'assurée présentait notamment un Moi surinvesti, un référentiel fort à l'autosuffisance comme valeur clé et une réactivité rapide à la menace d'une dévalorisation narcissique. Il a constaté une baisse de l'élan vital et du plaisir, un sentiment de dévalorisation et d'inutilité, une irritabilité et une perte d'espoir, une anxiété situationnelle bien gérée sans attaques de panique. L'assurée rapportait des crises anxieuses l'après-midi qui étaient toutefois en diminution. L'expert a indiqué qu'il s'était entretenu par téléphone avec la mère de l'assurée le 1^{er} juin 2017 et avec la Dresse D_____ le 2 juin 2017. Cette dernière soutenait la nécessité d'une moitié de rente et la mise en place d'une réadaptation progressive. Selon elle, l'assurée avait des ressources et beaucoup de bonne volonté, mais elle pouvait rapidement paniquer. L'expert a également obtenu un rapport du Dr H_____ le 27 juin 2017, qui faisait état d'une instabilité psychique avec crises d'angoisse et sensation de panique qui limitaient les sorties du domicile. Cette symptomatologie serait actuellement en cours d'amélioration. Aucun traitement psychotrope n'était mentionné. L'expert a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) dès 2013 et un trait de personnalité narcissique (Z73.1) dès le début de l'âge adulte. L'assurée avait investi de manière massive le monde professionnel. Face à la remise en question d'un pilier de son

existence, elle avait développé une réaction anxieuse et dépressive qui prenait actuellement la forme d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Il s'agissait de la « queue de comète » d'une décompensation dépressive et anxieuse de plus grande ampleur suite à son licenciement et à la perte de son intégrité physique. L'origine de cette décompensation provenait des traits de la personnalité narcissique de l'assurée. Celle-ci était très preneuse d'une réadaptation professionnelle qui devait, toutefois, débiter progressivement (50 %) et arriver à un temps plein d'ici douze mois. L'assurée présentait actuellement un trouble anxieux et dépressif mixte qui ne remplissait pas les critères pour un trouble dépressif ou anxieux franc. Elle n'avait aucun signe d'un syndrome douloureux somatoforme, ni d'une pathologie addictive. En soi, l'ampleur des symptômes n'était pas invalidante pour une reprise d'activité en milieu adapté. En revanche, l'exigence de performance de l'assurée, la prise de conscience de sa vulnérabilité et le sentiment de désespoir qu'ils induisaient rendaient illusoire une reprise dans son activité usuelle. La prescription d'un traitement antidépresseur à fort potentiel anxiolytique et la poursuite du suivi psychiatrique étaient nécessaires pour arriver à une reprise à temps plein d'ici douze mois en milieu adapté. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 0 % et celle dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée était de 50 % immédiatement et de 100 % après douze mois dans un domaine différent de son champ professionnel.!

31. Dans son rapport final du 28 août 2017, le SMR a considéré qu'il ne pouvait pas retenir les conclusions de l'expertise tant sur la question du diagnostic incapacitant que de la capacité de travail dès lors que l'expert ne décrivait aucune limitation fonctionnelle, datait le début du diagnostic incapacitant à 2013 en le rattachant au licenciement – alors que celui-ci n'avait été effectif qu'en mars 2015 –, qu'il s'agissait d'un licenciement de groupe et que l'assurée avait recherché un nouvel emploi dans les mois ayant suivi son accident de 2013. Par ailleurs, un trait de personnalité narcissique dès le début de l'âge adulte n'était pas un diagnostic incapacitant au sens de l'assurance-invalidité. Par conséquent, les atteintes à la santé au sens de l'assurance-invalidité consistaient en des fractures multiples du bassin et de la vertèbre L5. Le début de la longue maladie remontait au 20 juin 2013. La capacité de travail exigible était de 100 % dès le 15 octobre 2014 aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le SMR a confirmé les limitations fonctionnelles qu'il avait déjà retenues.!

32. Par décision du 11 septembre 2017, l'OAI a confirmé sa position au motif que le SMR était d'avis que l'expertise ne permettait pas de s'écarter de son rapport final du 26 avril 2016.!

33. Par courrier du 27 octobre 2017, l'assurée a relevé que dans ses observations du 13 juillet 2016, elle avait sollicité qu'un nouveau projet fût rendu à l'issue de l'instruction sous l'angle psychiatrique. De plus, elle n'avait pas reçu une copie de l'expertise et n'était pas en mesure de se prononcer à son sujet, respectivement d'exercer son droit d'être entendue. Par conséquent, il y avait lieu de révoquer la décision et de répéter le processus de projet de décision.!

34. Par décision incidente du 14 novembre 2017, l'OAI a annulé sa décision du 11 septembre 2017. Il a transmis à l'assurée une copie du rapport d'expertise du 17 juillet 2017 et lui accordé un délai pour exercer son droit d'être entendue.!

35. Par courrier du 15 décembre 2017, l'assurée s'est déclarée d'accord avec les conclusions de l'expertise. Elle estimait n'être en mesure de reprendre une activité à 100 % qu'au mois de juillet 2018 après une phase d'adaptation, compte tenu du caractère évolutif des troubles dépressifs et anxieux. Il était curieux que les conclusions du SMR, établies par un médecin n'ayant aucun titre de spécialiste, pût primer celles d'un expert mandaté par l'OAI et de surcroît professeur aux HUG. Elle concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2015

au 31 juillet 2018 et allait suivre la thérapie préconisée par la Dresse D_____ afin d'être prête à reprendre le travail à cette échéance. Elle était ouverte à des mesures d'orientation ou de reclassement de l'OAI.![endif]>![if> 36. Par projet de décision du 11 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100 % du 20 juin 2013 au 14 août 2014 et de 50 % entre le 15 août 2014 et le 14 octobre 2014. L'assurée avait droit à une rente entière dès le 20 juin 2014 et à une demi-rente jusqu'au 15 novembre 2014. La rente était supprimée à partir du 16 novembre 2014. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en juillet 2014, elle était tardive, de sorte que la rente ne pouvait pas lui être versée.![endif]>![if> 37. Dans sa détermination du 1^{er} février 2018, l'assurée a conclu principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 31 juillet 2018, même échelonnée dans son taux, et subsidiairement, à un complément d'expertise auprès du Prof. I_____ en proposant quatre questions complémentaires ayant trait notamment aux limitations fonctionnelles et à la cohérence. Elle a relevé que le SMR ne pouvait pas substituer son appréciation à celle de l'expert dont l'avis était convaincant. Les diagnostics incapacitants retenus par le SMR avaient prévalu sur une longue durée, de sorte qu'il n'était pas possible de parler d'un état temporaire d'un point de vue psychiatrique. Selon la jurisprudence, on ne pouvait rien inférer en terme d'incapacité de travail ni d'un diagnostic, ni du caractère guérissable de l'atteinte. Il appartenait également à l'OAI de se prononcer sur les mesures professionnelles auxquelles elle était ouverte.![endif]>![if> 38. Par décision du 30 avril 2018, reçue le 7 mai 2018, l'OAI a confirmé sa position. Il a relevé que la jurisprudence évoquée ne s'appliquait pas dès lors qu'aucune atteinte n'avait été retenue qui justifiait une telle analyse. Un médecin SMR, quelle que fût sa spécialisation, était en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport médical. Des mesures d'ordre professionnel n'entraient pas en considération puisque l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail.![endif]>![if> 39. Par acte du 6 juin 2018, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente échelonnée dans le temps, soit d'abord d'une rente entière du 1^{er} janvier 2015 au 31 juillet 2017, puis d'une demi-rente du 1^{er} août 2017 jusqu'au 31 juillet 2018, ainsi qu'à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel tendant à un reclassement dans une autre activité. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire auprès du Prof. I_____ et nouvelle décision. L'expertise de ce dernier avait été établie selon les réquisits usuels. Pourtant, le SMR concluait que la problématique anxio-dépressive – associée à des douleurs pas ou partiellement expliquées par un substrat organique et sans argument en faveur d'un trouble anxieux ou d'un syndrome douloureux – n'entraînait aucune limitation fonctionnelle. Elle a répété ses griefs précédents.![endif]>![if> 40. Dans sa réponse du 5 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'est référé aux motifs contenus dans la décision. Il a précisé que s'agissant des troubles psychiques et selon la jurisprudence, la preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente n'était rapportée que lorsqu'il existait une cohérence dans tous les domaines de la vie. Or, l'expert reconnaissait que l'assurée disposait de très bonnes ressources, notamment dans la relation qu'elle entretenait avec sa mère. De plus, il mentionnait l'absence de suivi psychiatrique et de traitement psychotrope. S'agissant des plaintes de l'assurée, il notait que les moments d'angoisse étaient espacés ainsi que non invalidants et que les plaintes essentielles ne concernaient que les limitations somatiques. Selon l'OAI, les plaintes de l'assurée étaient en relation avec la perte de son emploi, soit avec des facteurs psychosociaux qui ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles

d'entraîner une incapacité de gain. L'expert retenait un trouble anxieux et dépressif mixte bien qu'il ne remplissait pas les critères qualifiants pour un trouble dépressif ou anxieux franc. Il admettait que l'ampleur des symptômes n'était pas invalidante pour une reprise d'activité en milieu adapté. Cependant, pour préjuger d'une difficulté à reprendre le travail, il abordait l'exigence de performance de l'assurée envers elle-même, la prise de conscience de sa vulnérabilité et un sentiment de désespoir. Ainsi, tout en se contredisant et sans davantage motiver ses conclusions, il retenait une capacité de travail de 50 % immédiatement, puis de 100 % dans douze mois. Or, selon la jurisprudence, le fait que le SMR ait tenu compte des constatations faites par l'expert sans suivre ses conclusions ne suffisait pas pour qualifier son appréciation d'erronée, car il existait certaines constellations permettant de s'écarter de l'incapacité de travail déterminée par une expertise médicale sans que celle-ci n'en perdît pour autant sa valeur probante. En définitive, la recourante n'avait pas apporté la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante.!

41. Dans sa réplique du 17 août 2018, l'assurée a reproché au service juridique de l'OAI de s'appuyer sur les « morceaux choisis » de l'expertise. Ledit service n'avait pas la compétence pour se prononcer sous l'angle médical, ni la spécialisation lui permettant de contredire l'appréciation de l'expert. Le Prof. I _____ était le seul expert à l'avoir examinée à diverses reprises, à avoir étudié son dossier de manière complète en prenant contact avec ses médecins traitants et en opérant également une hétéro-anamnèse. Il concluait à une incapacité de travail entière, puis partielle pour une période limitée dans le temps au vu de l'évolution de son état de santé. Ses conclusions n'étaient pas contradictoires. Le refus du traitement psychotrope initialement mis en œuvre était la manifestation du déni de sa maladie. Elle suivait bel et bien un traitement contre l'anxiété, à base de morphine ainsi que de Dafalgan 1000 et contre les troubles du sommeil. Elle ne prenait plus son antidépresseur car elle l'avait mal supporté. Elle sollicitait au besoin l'audition de l'expert. Elle a persisté dans ses précédentes conclusions.!

42. Dans sa duplique du 28 août 2018, l'OAI a répété que selon la jurisprudence, un médecin était capable d'apprécier la cohérence du rapport d'un confrère indépendamment de sa spécialisation. Il a persisté dans ses conclusions.!

43. Dans son écriture du 14 septembre 2018, l'assurée a observé que l'évaluation médicale du SMR ne contenait aucune observation clinique et avait pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Elle a requis, si les observations du SMR ébranlaient la force probante de l'expertise, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Elle a persisté dans ses conclusions.!

44. La chambre de céans a transmis une copie de cette écriture à l'OAI.!

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).!

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que

la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Est litigieux le taux d'invalidité de la recourante, respectivement sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit plus particulièrement de déterminer s'il existe une modification sensible de l'état de santé de la recourante et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision du 19 septembre 2011. 5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). En 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. 1 LAI). b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. 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. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du

droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. 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. 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). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 7. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2). b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les

allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

8. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 et la référence). Le point de savoir si les critères de la durée de quinze années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la cinquante-cinquième année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). Ces critères ne sont en revanche pas applicables lors de l'octroi initial d'une rente, peu importe qu'il s'agisse d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_324/2017 du 6 juillet 2017 consid. 4.3).

9. a. 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).!

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). 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 ; 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). 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).

10. En l'espèce, c'est à juste titre que

l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante du 25 juillet 2014, formée en raison d'une péjoration sensible de son état de santé et de sa capacité de travail postérieurement à la décision initiale du 19 septembre 2011. En effet, à l'époque de ladite décision, après avoir souffert de troubles psychiques, l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail depuis le 30 mai 2011. Puis, à la suite de l'accident du 20 juin 2013, elle a souffert sur le plan somatique d'une double fracture du bassin et de L5 avec incapacité de travail de 100 % depuis le jour de l'accident. De plus, son employeur a résilié son contrat de travail le 15 juillet 2013, soit juste après l'accident, avec effet au 31 octobre 2013, délai qui a été reporté au 31 mars 2015 au vu de l'incapacité de travail. Selon le rapport de la Dresse D_____ du 9 février 2015, eu égard à la détresse de la recourante, elle lui a accordé un arrêt de travail du 6 août au 3 septembre 2013.!

Après être entré en matière, l'intimé a instruit la cause en requérant le dossier de la CNA. Dans un rapport du 8 avril 2014, la Dresse F_____ a fait état d'un important cal osseux au niveau du trait de fracture des branches ilio et ischio-pubiennes confirmé par les radiographies du sacrum du 20 mars 2014. Dans un rapport de la CRR du 27 juin 2014, le Dr G_____ a diagnostiqué une fracture des branches ischio/ilio pubiennes droites, une fracture du sacrum ainsi qu'une fracture de L5 et a relevé parmi les comorbidités un trouble anxio-dépressif. Il a considéré que l'état de santé n'était pas totalement stabilisé du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six à huit semaines. Il a retenu au titre des limitations fonctionnelles, un port de charges supérieures à 10 kg, le maintien du tronc prolongé en porte-à-faux, la flexion-torsion répétée du tronc, ainsi que le maintien prolongé des postures assises et debout. Il a estimé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable mais a rappelé notamment la fragilité de la situation de la recourante. Dans un rapport du 21 août 2014, le Dr H_____ a indiqué que la double fracture du bassin était en cours de consolidation. Dans son rapport du 26 septembre 2014, il a retenu une incapacité de travail de 100 % en mentionnant pour seul diagnostic incapacitant des fractures du bassin. Après avoir examiné la recourante le 14 octobre 2014, la Dresse F_____ a considéré que le cas était stabilisé concernant les seules suites de l'accident. Enfin, dans ses rapports des 1^{er} décembre 2014, 10 mars 2015 et 20 janvier 2016, le Dr H_____ a fait état d'une évolution lentement favorable et a retenu une capacité de travail de 50 %. Même s'il n'existe au dossier aucun rapport du bilan radiologique prévu en décembre 2014 qui attesterait d'une consolidation acquise des fractures du bassin, il y a lieu de retenir, sur la base des rapports médicaux postérieurs au séjour de la recourante à la CRR, que les séquelles de l'accident du 20 juin 2013 sont stabilisées depuis le 14 octobre 2014, voire au plus tard en novembre 2014 et que sa capacité de travail est de 100 % dans son activité habituelle dès ce moment pour les seuls aspects somatiques de l'accident. Il convient encore d'examiner si les troubles psychiques de la recourante sont invalidants.

11. Selon la jurisprudence récente, le caractère invalidant tant des syndromes douloureux somatoformes persistants que de toutes les autres affections psychiques doit en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la

personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).!

Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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. 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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils peuvent être pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de

travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir 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.

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit 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 (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne 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 toujours 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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique 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 (consid. 4.4.2). 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 (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

12. En l'espèce, sur demande de la recourante formulée dans le cadre d'un premier projet de refus de rente et faisant suite à l'avis du SMR du 2 novembre 2016, l'intimé a également instruit l'aspect psychiatrique du dossier en mettant en œuvre une expertise auprès du Prof. I_____, sans toutefois qu'il n'existe au dossier une quelconque trace du questionnaire envoyé à cet expert, respectivement à la recourante. La recourante reconnaît une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise. Le SMR indique pour sa part qu'il a valeur probante s'agissant des constatations cliniques, mais conteste les

conclusions de l'expert s'agissant des diagnostics posés et à la capacité de travail. Le service juridique de l'intimé dénie, quant à lui, toute valeur probante à ce rapport, au regard notamment de ses contradictions et des ressources de la recourante. En l'occurrence, dans son rapport du 8 juillet 2017, l'expert a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) présent depuis 2013, ainsi qu'un trait de la personnalité narcissique (Z73.1) présent depuis le début de l'âge adulte. Il a motivé les diagnostics posés en fonction des éléments cliniques mis en évidence, à savoir une baisse de l'élan vital et du plaisir, un sentiment de dévalorisation et d'inutilité, une irritabilité et une perte d'espoir, un Moi surinvesti, un référentiel fort à l'autosuffisance comme valeur clé et une réactivité rapide à la menace d'une dévalorisation narcissique. Il a établi clairement une péjoration du tableau clinique en expliquant qu'à la suite de son licenciement et de la perte de son intégrité physique, la recourante avait développé une réaction anxieuse et dépressive de grande ampleur dont il ne restait actuellement que la « queue de la comète », à savoir un trouble anxieux et dépressif mixte. Il a retenu également une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée jusqu'à la date de l'expertise, puis de 50 % dès celle-ci et dans un domaine différent du champ professionnel de la recourante, enfin de 100 % progressivement au bout de douze mois, soit d'ici le 7 juillet 2018. L'expert a donné des indications sur le degré de gravité des symptômes et des limitations fonctionnelles inhérents à son diagnostic en expliquant concrètement la nature de ceux-ci, à savoir notamment que la recourante avait subi une décompensation dépressive et anxieuse de grande ampleur suite à son licenciement et à la perte de son intégrité physique. Sous l'angle de l'indicateur « comorbidités », il a relevé une interaction des deux diagnostics posés, indiquant que la recourante présentait un trouble anxieux et dépressif mixte qui ne remplissait pas les critères pour un trouble dépressif et anxieux franc. Il a expliqué que l'origine de la décompensation dépressive et anxieuse provenait des traits de la personnalité narcissique de la recourante qui l'exposaient à un effondrement face à la perte de l'autosuffisance et que celle-ci avait privilégié la vie professionnelle dans une optique d'épanouissement narcissique avec des relations affectives mises au deuxième plan. Ce déséquilibre n'avait pas porté à conséquence jusqu'en 2010, lorsque la recourante avait développé un burnout dans un contexte de conflits au travail. L'accident de 2013 était venu souligner sa fragilité physique face à l'âge qui avançait et, in fine, son licenciement en "2015" (sic) l'avait obligée à se questionner sur ses priorités et sur la faisabilité de reprise d'une activité professionnelle à un tel niveau d'exigence. S'agissant du succès du traitement, l'expert a considéré que le suivi psychothérapeutique et la prescription médicamenteuse étaient adéquats en tant qu'ils tenaient compte du caractère confrontant de la recourante et de la nécessité de tisser une alliance difficile pour l'aider. Selon lui, il n'y avait pas lieu de modifier le « setting » du suivi chez cette patiente réticente à des interprétations qui pouvaient être vécues comme très intrusives. Il a relevé que la gestion de l'anxiété reflétait les craintes répétées d'insuffisance existentielle, de sorte que la prescription d'un traitement antidépresseur à fort potentiel anxiolytique et la poursuite du suivi psychiatrique étaient nécessaires pour permettre une reprise du travail à 100 % en milieu adapté d'ici une année. Par conséquent, il a reconnu que le traitement était adéquat et que la recourante le suivait. Par ailleurs, la recourante était fortement preneuse d'une réadaptation professionnelle, ce qui établissait de façon déterminante le caractère invalidant de l'atteinte à la santé (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Étant donné que l'incapacité de travail admise par l'expert était limitée dans le temps, par la force des choses une amélioration thérapeutique était possible. S'agissant ensuite de l'appréciation des ressources

personnelles de la recourante, si l'expert a certes relevé l'absence d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité, il a toutefois retenu des traits de la personnalité narcissiques, notamment un Moi surinvesti, un référentiel fort à l'autosuffisance et une réactivité rapide à la menace d'une dévalorisation narcissique. S'agissant du contexte social, l'expert a relevé que la recourante avait une vie sociale très pauvre depuis son licenciement en juillet 2013, mis à part avec sa mère qu'elle voyait très régulièrement et son frère de temps en temps. Quant à la cohérence du comportement, l'expert a mis en évidence une limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie puisque la recourante nécessitait l'aide de sa mère pour les commissions qu'elle ne pouvait pas transporter dans les escaliers de son immeuble, que le maintien du domicile était assuré par une femme de ménage et que selon le rapport du Dr H_____ du 27 juin 2017, la recourante présentait des crises d'angoisse et des sensations de panique qui limitaient les sorties de son domicile. L'expert a également fait état du sentiment de désespoir et des lourdes souffrances de la recourante qui était prise dans une spirale de dévalorisation narcissique en lien avec le traumatisme subi et son licenciement, respectivement la perte de l'autosuffisance. Au vu de l'ensemble des éléments mis en évidence par l'expert, il apparaît que les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués sur la capacité de travail de la recourante (100 % d'incapacité de travail jusqu'à la date de l'expertise, puis 50 % du 8 juillet 2017 au 7 juillet 2018) sont établies. L'appréciation du SMR du 28 août 2017 n'est pas susceptible de faire douter de la valeur probante de l'expertise. En effet, contrairement à ce que soutient le SMR dans son rapport, l'expert a retenu des limitations fonctionnelles puisqu'il a fait état des éléments cliniques lui permettant de poser les diagnostics incapacitants. L'expert a du reste expliqué dans son rapport que le trouble anxieux et dépressif mixte était incapacitant depuis 2013 eu égard à la décompensation dépressive et anxieuse provoquée par la perte de l'autosuffisance, soit tout d'abord par la perte d'intégrité physique provoquée par l'accident, puis par le licenciement de la recourante qui l'avait obligée à se questionner sur ses priorités et sur la faisabilité d'une reprise de l'activité professionnelle à un tel niveau d'exigence. Par ailleurs, contrairement à ce qu'indique le SMR, au vu des nouveaux principes applicables en matière de troubles psychiques, notamment quant à l'interaction entre les diagnostics posés, le fait que le trait de personnalité narcissique ne serait à lui seul pas invalidant n'est pas déterminant. Il s'ensuit que l'appréciation du SMR du 28 août 2017, en tant qu'elle repose sur des éléments non pertinents, n'a aucune valeur probante. L'intimé voit une contradiction dans le fait que l'expert retienne une incapacité de travail de 100 % jusqu'au jour de l'expertise, puis de 50 % pendant une année tout en indiquant que l'ampleur des symptômes n'est pas invalidante pour une reprise d'activité dans un milieu adapté. En réalité, l'expert précise qu'au vu des attentes investies par la recourante, il convient de bien consolider les premières expériences de retour au travail et de débiter une réadaptation progressivement à 50 %, avant d'arriver à un temps plein d'ici douze mois. Par conséquent, l'expert justifie son évaluation de la capacité de travail et l'augmentation progressive de celle-ci par les traits de personnalité narcissique de la recourante qui se fixe des impératifs d'exigence élevés dans son travail et qui est susceptible de décompenser en cas d'échec de sa reprise de travail, soit une appréciation qui n'est pas en contradiction avec ses constats. L'intimé soutient également que les plaintes exprimées par la recourante auprès de l'expert, à savoir des sentiments de dévalorisation et de frustration intense en lien avec l'absence d'emploi, ressortent pour l'essentiel de facteurs psychosociaux. Ce faisant, l'intimé perd de vue que la recourante présente une décompensation psychique due à l'interaction entre, d'une part, le trouble

anxieux et dépressif mixte, et, d'autre part, le trait de la personnalité narcissique qui l'expose à un effondrement face à la perte de l'autosuffisance provoquée par la perte d'intégrité physique et la perte de son travail. Par conséquent, l'expert mentionne bel et bien des atteintes psychiques même si une décompensation a eu lieu à la suite de son licenciement, étant précisé que chez une personne ne présentant pas un tel trait de personnalité narcissique, la perte de travail n'aurait pas provoqué une telle décompensation. En définitive, l'expert a tenu compte des plaintes de la recourante, établi une anamnèse et statué en prenant en considération les pièces du dossier médical, de sorte que son rapport d'expertise remplit les conditions formelles permettant de lui reconnaître une valeur probante. Bien que la chambre de céans ne soit pas en mesure de vérifier si l'expert a répondu à toutes les questions posées dans le mandat d'expertise en l'absence de ce dernier dans le dossier, l'intimé ne fait pas valoir un tel grief, de sorte qu'il convient d'admettre que l'expertise répond à toutes les questions posées. En outre, il n'existe pas de contradictions, d'éléments qu'il aurait omis de prendre en compte, de rapports contraires des divers médecins de la recourante, de sorte qu'il remplit également les conditions matérielles à cet effet. De plus, son rapport permet d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence des diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte ainsi que de trait de la personnalité narcissique et leur caractère invalidant. Par conséquent, la chambre de céans suivra les conclusions de l'expert, à savoir que la recourante présente une capacité de travail nulle jusqu'au 7 juillet 2017, puis de 50 % dans une activité adaptée jusqu'au 7 juillet 2018 et de 100 % dès le 8 juillet 2018 dans une activité différente de son champ professionnel. 13. a. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2).> Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88 a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). b. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88 a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références). En revanche, l'art. 88 bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88 a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision ; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être

supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88 a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_78/2018 du 26 juin 2018 consid. 4.1). c. En l'espèce, la recourante présente une incapacité de travail de 100 % dans toute activité professionnelle depuis le 20 juin 2013 et jusqu'au 7 juillet 2017, puis de 50 % du 8 juillet 2017 au 7 juillet 2018. Étant donné qu'elle a déposé une demande de rente le 25 juillet 2014, le droit à celle-ci ne peut pas débiter avant le 1^{er} janvier 2015 (art. 29 al. 1 LAI). S'agissant de la date à partir de laquelle l'amélioration de la capacité de gain doit être prise en compte, il convient d'examiner si elle avait un caractère durable et stable, susceptible d'entraîner des effets immédiats dès le 8 juillet 2017, respectivement dès le 8 juillet 2018. Dans son rapport d'expertise du 8 juillet 2017, le Prof. I_____ fait état, à la suite de son dernier examen du 24 mai 2017, d'une capacité de travail de 50 % dès le 8 juillet 2017, évaluation qui est partagée par le psychiatre traitant de la recourante. Cette appréciation signifie que la recourante dispose des ressources pour travailler de façon durable et stable au moins à ce taux dès cette date. Par ailleurs, dans son recours, la recourante admet qu'elle a présenté une capacité de travail de 50 % stable et durable dès le 8 juillet 2017 puisqu'elle conclut à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} août 2017 et ne mentionne aucune variation de sa capacité de travail entre le 8 juillet 2017 et les trois mois suivants. S'agissant de la capacité de travail entière retenue par le Prof. I_____ dès le 8 juillet 2018, dans ses écritures des 17 août 2018 et 14 septembre 2018, la recourante admet également qu'elle présente une capacité de travail de 100 % stable et durable dès le 8 juillet 2018 puisqu'elle conclut à l'octroi d'une demi-rente jusqu'au 31 juillet 2018 et ne fait pas davantage mention d'une variation de sa capacité de travail entre le 8 juillet 2018 et les trois mois suivants. Étant donné que ces points ne sont pas contestés par la recourante et compte tenu de ses conclusions, rien ne permet de douter de la stabilité de l'amélioration de la capacité de travail depuis le 8 juillet 2017, respectivement le 8 juillet 2018. Par ailleurs, selon les directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, le droit à une rente d'invalidité s'éteint à la fin du mois (ch. 3316). Par conséquent, au vu de l'amélioration de la capacité de gain de la recourante et en application de l'art. 88 a al. 1 RAI, il y a lieu de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 31 juillet 2017 et à une demi-rente du 1^{er} août 2017 au 31 juillet 2018. 14. S'agissant des mesures d'ordre professionnel tendant à un reclassement, étant donné que celles-ci ont été préconisées afin de permettre une reprise de l'activité professionnelle depuis le jour de l'expertise jusqu'à la récupération d'une capacité de travail de 100 % au bout d'une année, soit au 31 juillet 2018, elles ne sont plus d'actualité puisque la recourante dispose d'une capacité de travail de 100 % depuis le 8 juillet 2018. Au demeurant, dans ses écritures des 17 août 2018 et 14 septembre 2018, la recourante ne fait pas état d'une incapacité de travail perdurant au-delà du 7 juillet 2018 et confirme ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente jusqu'à fin juillet 2018. Par ailleurs, même si la recourante est âgée de plus de 55 ans, elle n'a pas droit à des mesures professionnelles en cas de réduction ou de suppression de la rente initiale dans la mesure où elle n'a pas bénéficié d'un rente pendant quinze ans au moins (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_324/2017 précité consid.

4.3).![endif]>![if> Par conséquent, sur cette question, il ne sera pas fait droit aux conclusions de la recourante. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 30 avril 2018 sera annulée.![endif]>![if> La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.