

## GE\_GERICHTE A/3976/2016 vom 3. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3976\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3976_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3976/2016 du 3 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3976/2016 del 3 ottobre 2017

### Erwägungen

#### E. 2

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilles-Antoine HOFSTETTER 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 ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1974, mariée et mère de trois enfants (dont l'un décédé en 2006), pharmacienne de formation, travaillait pour B\_\_\_\_\_ Sàrl, entreprise exploitant une pharmacie au centre commercial de C\_\_\_\_\_, à l'enseigne « Pharmacie de C\_\_\_\_\_ » (ci-après : l'employeur), à un taux d'activité de 86.2% du 1<sup>er</sup> février 2005 au 29 février 2008, 80% du 1<sup>er</sup> mars 2008 au 31 janvier 2011, puis à 60% à compter du 1<sup>er</sup> février 2011. Durant ces mêmes périodes, elle était femme au foyer à un taux de 13.8%, 20%, respectivement 40%. [endif]>![if> 2. Le 4 juin 2012, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant qu'elle souffrait « de longue date » d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) ayant conduit à un burn-out. Son incapacité de travail était totale depuis le 4 février 2012. [endif]>![if> 3. Par courrier du 13 juin 2012, Axa Assurances SA, assureur maladie perte de gain maladie de l'employeur (ci-après : APM), a transmis à l'OAI le dossier qu'il avait ouvert au nom de l'assurée le 12 avril 2012. Celui-ci comportait notamment : [endif]>![if> - une liasse comprenant une succession ininterrompue de certificats d'arrêt de travail à 100% délivrés par la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, entre le 3 février et le 25 mai 2012 ; [endif]>![if> - un rapport du 26 mai 2012 de ce même médecin à l'APM, posant le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif avec pensées ou ruminations au premier plan. La Dresse D\_\_\_\_\_ suivait l'assurée depuis novembre 2011 mais son affection était déjà présente avant et se manifestait par une anxiété généralisée. L'assurée se rendait aux consultations de Madame E\_\_\_\_\_, psychologue, et bénéficiait d'un suivi médical et d'un traitement médicamenteux dispensés par la Dresse D\_\_\_\_\_ elle-même. [endif]>![if> 4. Dans un rapport d'évaluation du 8 août 2012, qui faisait suite à un entretien du même jour avec l'assurée, l'OAI a noté que le TOC remontait probablement à l'enfance et s'était manifesté sous forme d'un épisode sévère en 2003, époque à laquelle elle ne supportait plus la vue du sang. Elle avait alors abandonné son emploi, éprouvant une aversion pour une certaine clientèle (toxicomanes, sidéens), tout en précisant, au moment de l'entretien avec l'OAI, qu'elle se rendait compte que son attitude n'était pas normale. Son employeur d'alors lui avait dit qu'elle n'était pas faite pour ce métier si elle n'était pas en mesure de servir des personnes malades. Par la suite, elle avait su saisir une nouvelle opportunité professionnelle en effectuant d'abord des remplacements dans une pharmacie (moins fréquentée par une certaine clientèle qui exacerbait ses TOC) avant de retrouver un emploi fixe dans son métier de pharmacienne. Évoquant sa situation actuelle depuis le 4 février 2012, l'assurée a

indiqué qu'elle avait commencé une psychothérapie et un traitement antidépresseur. Son sommeil s'était amélioré mais elle souffrait toujours d'une énorme fatigue et faisait tout très lentement. Décrivant ses TOC, l'assurée a fait état d'une peur de la contamination par le biais d'objets (tickets, ordonnances) et vis-à-vis de certaines personnes, notamment les toxicomanes et sidéens qu'elle répugnait à approcher. Elle ne supportait pas la vue du sang, se lavait compulsivement les mains avec un gel désinfectant à chaque contact et avait également des « compulsions de vérification ». Elle connaissait des crises d'angoisse qui se manifestaient par des étourdissements et des difficultés respiratoires. Cela se produisait au travail mais aussi dans la rue et les transports publics. Elle évitait même totalement certains quartiers (quitte à ne plus rendre visite à ses parents qui habitaient Plainpalais), adressait des mises en garde à ses enfants, ce qui nourrissait son inquiétude, par peur qu'il leur arrivât quelque chose ou qu'ils devinssent comme elle. Elle éprouvait un profond désarroi face à cette situation, « se rendant compte du ridicule » sans pouvoir l'empêcher. Même si elle ne s'imaginait pas exercer un autre métier que celui de pharmacienne, elle n'envisageait aucune reprise d'activité professionnelle pour le moment et encore moins à terme dans son métier de pharmacienne.

5. Lors d'un entretien téléphonique du 28 août 2012, l'assurée a informé l'OAI de son licenciement pour le 30 novembre 2012.

6. Le 5 février 2013, l'APGM a fait parvenir à l'OAI les pièces relatives aux développements récents intervenus en parallèle. Il en ressort que le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, avait reçu l'assurée à deux reprises à la demande de l'APGM, la première fois le 6 juillet 2012, la seconde le 13 novembre 2012 en vue de la réalisation d'une expertise psychiatrique.

Après avoir posé les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif, avec idées et ruminations obsédantes au premier plan (F42.0) et d'anxiété généralisée (F41.1), l'expert a considéré dans un premier rapport, du 9 juillet 2012, que l'incapacité de travail dans la profession habituelle était de 100% et de 50% dans un poste adapté, c'est-à-dire sans contact avec la clientèle ni avec des produits biologiques, ajoutant que ce taux « pourrait diminuer par la suite ». L'anamnèse tendait à montrer que l'assurée présentait depuis longtemps, probablement depuis l'adolescence, des troubles anxieux chroniques. Suite à des événements traumatisants, comme la mort d'un enfant en bas âge, ainsi que du fait de l'évolution naturelle de la pathologie anxieuse, son état s'était progressivement dégradé et les symptômes obsessionnels étaient devenus de plus en plus envahissants. Elle avait lutté contre ces symptômes mais s'était progressivement épuisée et présentait, en février 2012, des « symptômes somatoformes à type de nausées et vertiges » en plus de ses troubles obsessionnels et anxieux. Après cinq mois d'arrêt de travail accompagnés d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique régulier, les symptômes anxieux et la fatigue étaient légèrement atténués mais les troubles obsessionnels étaient toujours très présents et observables lors de l'examen. La rémission était donc faible. Dans son second rapport d'expertise, du 7 décembre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic posé lors du premier examen, ajoutant que la rémission du TOC était faible. Même s'il avait évoqué, dans son premier rapport, la possibilité que l'assurée travaille à un poste de pharmacienne sans contact avec la clientèle, il convenait d'avoir à l'esprit qu'elle avait été licenciée dans l'intervalle. Or, selon l'expert, la recherche d'un poste adapté constituait un effort actuellement irréalisable au vu des nombreuses phobies et troubles anxieux qu'elle présentait. Il fallait donc considérer qu'actuellement, son incapacité de travail était totale dans toute profession. En revanche, les légers progrès qu'elle avait pu réaliser étaient de nature à lui permettre de suivre des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité. De

telles mesures étaient de nature à l'aider à garder contact avec le milieu professionnel et à la soutenir dans la recherche d'un emploi adapté. 7. Par communication du 22 février 2013, l'OAI a informé l'assurée de la mise en place de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un coaching. 8. Dans un rapport du 20 février 2013 à l'OAI, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis juillet 2012, sans changement dans les diagnostics. Considérant qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dresse D\_\_\_\_\_ n'en a pas moins estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de pharmacienne restait nulle. 9. Dans un rapport du 19 avril 2013, la doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a fait savoir à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis janvier 2013. Après avoir posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.10), épisode actuel moyen (F33.11) depuis 2011, de trouble obsessionnel compulsif (F42.2) et de burn-out, elle a indiqué que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de pharmacienne était totale depuis février 2012 en raison des restrictions suivantes : anxiété importante, fatigue, tristesse, irritabilité, peur de contamination. D'un point de vue médical, cette activité n'était plus exigible et le rendement y était réduit en raison des « rituels de désinfection ». On pouvait certes s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, mais il était trop tôt pour dire à quelle date, respectivement à quel taux cela se produirait. 10. Par communication du 27 mai 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée que des mesures d'ordre professionnel n'étaient actuellement pas indiquées. 11. Le 6 octobre 2014, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour clarifier son droit aux prestations. 12. L'assurée a été reçue les 12 et 15 janvier 2015, ainsi que le 15 février 2015 par les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, respectivement médecin interne et médecin adjoint au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG. Ceux-ci ont rendu leur rapport d'expertise le 3 août 2015. Après avoir retracé l'anamnèse de l'assurée, recueilli ses plaintes et établi son status clinique, les experts ont retenu les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : - trouble obsessionnel compulsif, forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2) ; - trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) ; - syndrome des jambes sans repos (G25.8) ; Le premier diagnostic était devenu manifeste durant les études de pharmacie à l'Université mais il n'avait été formellement posé qu'en 2013, dans le cadre du suivi psychiatrique ayant suivi le licenciement de l'assurée pour le 30 novembre 2012. Elle était également connue pour un trouble dépressif récurrent avec un premier épisode documenté vers la fin de son activité professionnelle. Ce trouble était réactionnel au TOC. Malgré un suivi psychiatrique avec un traitement médicamenteux et un suivi psychologique sous forme d'une thérapie cognitivo-comportementale, l'assurée n'avait présenté qu'une légère amélioration du TOC. Les pensées obsédantes concernant la contamination restaient présentes. Il en allait de même des comportements compulsifs et des évitements de situations qu'elle jugeait à risques. Les experts ont relevé que le psychiatre de l'assurée, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait diagnostiqué un trouble de la perturbation de l'activité et de l'attention qui ne ressortait pas de l'anamnèse, que ce soit durant l'enfance ou à l'heure actuelle. Quoi qu'il en soit, la présence ou non de ce diagnostic restait peu significative en termes de pronostics et de capacité de travail car le tableau clinique était dominé par le TOC et le trouble dépressif. Interrogés sur les limitations en relation avec les troubles constatés, les experts ont indiqué que celles-ci étaient en rapport avec le TOC mixte (avec pensées obsédantes au premier plan et

comportements compulsifs) ainsi qu'avec le trouble dépressif chronique, actuellement de degré moyen. La peur de la contamination par des maladies contagieuses était particulièrement invalidante pour quelqu'un qui travaillait dans un milieu médical, l'assurée étant quotidiennement exposée à une clientèle malade. De plus, elle présentait une généralisation de ses phobies lorsqu'elle était à proximité ou qu'elle voyait du matériel médical, comme des seringues. Les phobies de contamination entraînaient une incapacité de travail complète avec une angoisse permanente sur le lieu de travail ainsi qu'une incapacité de fonctionner de manière normale dans une pharmacie, de sorte que la capacité de travail était nulle depuis février 2012 dans l'activité habituelle de pharmacienne. Cette dernière n'était plus exigible non plus. En revanche, l'assurée était susceptible de s'adapter à un autre environnement professionnel, à la condition qu'elle le considère « comme propre » et qu'elle ne soit pas obligée d'avoir des contacts avec des personnes potentiellement porteuses de maladies contagieuses ou avec du matériel médical. Il fallait néanmoins savoir que les personnes souffrant d'un TOC sévère pouvaient présenter des angoisses de contamination irrationnelles quel que soit l'environnement de travail et qu'un changement de milieu n'était pas une garantie d'amélioration. L'assurée pensait elle-même pouvoir travailler dans un milieu professionnel sans lien avec des patients malades ou des sources de contamination, soit un travail administratif. Toutefois, selon les experts, la capacité d'adaptation de l'assurée à un environnement professionnel était réduite au vu de son état dépressif et de son épuisement face aux symptômes obsessionnels compulsifs qui se manifestaient également à la maison et lors de déplacements. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, le syndrome des jambes sans repos avait une influence significative sur la qualité de son sommeil et, par voie de conséquence, un sentiment de fatigue durant la journée limitait également sa capacité d'adaptation. Interrogés sur les autres activités exigibles de la part de l'assurée, les experts ont répondu que l'assurée pouvait travailler, dès aujourd'hui, dans un environnement adapté, par exemple dans un domaine administratif en adéquation avec ses connaissances, mais en aucun cas en contact direct avec des patients ou du matériel médical. Dans une telle activité, l'assurée pouvait théoriquement avoir un rendement de 50%. Elle pouvait commencer une activité à temps partiel avec une possible augmentation progressive du taux d'activité. La reprise progressive d'une activité adaptée « permettrait d'évaluer au plus juste l'évolution de sa capacité de travail ». 13. Par avis du 13 août 2015, la docteure L\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé que le rapport d'expertise du 3 août 2015 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ permettait de dire que les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles qu'elles impliquaient rendaient nulle la capacité de travail dans l'activité habituelle. De plus, il y avait lieu de retenir une fatigabilité en lien non seulement avec « l'énergie que son économie psychique [devait] dépenser pour surmonter le TOC qui [restait] sévère » mais probablement aussi avec des troubles du sommeil (syndrome des jambes sans repos). En conséquence, la Dre L\_\_\_\_\_ a estimé que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (poste de travail sans contact avec des personnes malades ou potentiellement malades ou avec du matériel potentiellement vecteur de maladies ou de contaminations, diminution de la capacité d'adaptation, fatigabilité), la capacité de travail sur le plan médico-théorique ne dépassait pas 50%. Ceci était valable au moins depuis janvier 2015, date de l'examen effectué par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. À terme, une augmentation de ce taux n'était pas exclue si l'assurée était « aidée dans cette démarche » et son suivi psychiatrique poursuivi. Aussi la Dre L\_\_\_\_\_ a-t-elle proposé de réviser le dossier d'ici un an. 14. Le 13 octobre 2015, l'OAI a convoqué l'assurée à un entretien de réadaptation appelé à se dérouler le 16 novembre

2015.![endif]>![if> 15. Le 16 novembre 2015, Madame M\_\_\_\_\_, chargée de réadaptation auprès de l'OAI, a relevé que lorsqu'elle a fait part des conclusions du SMR du 13 août 2015 à l'assurée, cette dernière avait manifesté son inquiétude sur le point de savoir si tous les diagnostics avaient bien été retenus. Selon Mme M\_\_\_\_\_, il ressortait du discours de l'assurée lors de l'entretien que toute « projection professionnelle » semblait vécue comme une entrave à son travail thérapeutique. Aussi Mme M\_\_\_\_\_ a-t-elle évoqué la possibilité de mettre en place, dans un premier temps, une mesure de réinsertion, soit un stage de mobilisation socio-professionnelle. ![endif]>![if> 16. Par courriel du 30 novembre 2015, Mme M\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assurée que le début de son stage de réinsertion auprès de l'entreprise N\_\_\_\_\_ était prévu le 15 décembre 2015.![endif]>![if> 17. Le 6 décembre 2015, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle ne commencerait pas le stage précité, référence étant faite à un certificat médical du 4 décembre 2015 délivré par le Dr K\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, l'assurée n'était pas apte, pour des raisons médicales, à participer à la mesure de réadaptation mise en place par l'OAI. En effet, elle ne pouvait exercer la moindre activité professionnelle ou occupationnelle pour une durée indéterminée.![endif]>![if> 18. Dans un rapport médical du 17 décembre 2015 à l'OAI, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait pris connaissance du rapport d'expertise du 3 août 2015 mais qu'il était en mesure de relater quelques changements apparus courant 2015 sur le plan de l'évolution clinique. En effet, l'assurée présentait un TOC invalidant ainsi qu'un état dépressif, actuellement de gravité moyenne à sévère, sans caractéristiques psychotiques. De plus, le Dr K\_\_\_\_\_ disait être en mesure de confirmer son diagnostic de syndrome hyperkinétique avec déficit de l'attention, celui-ci étant étayé par des tests cliniques. « Ces syndromes TDAH [trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité] » étaient d'une grande sévérité et la littérature mentionnait que ceux-ci pouvaient se manifester sous forme de comorbidité liée à un TOC. Cette sévérité était absolument compatible avec une intelligence élevée « qui aurait pu lui permettre de faire des études universitaires sans trop de difficultés » (sic). L'expertise des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ n'avait pas exploré convenablement le syndrome du TDAH, ces médecins s'étant fondés sur l'absence d'effets cliniques du traitement par Concerta®. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, depuis que ce traitement était bien dosé, l'assurée en avait tout à fait tiré des bénéfices, tant sur le plan cognitif qu'émotionnel. Néanmoins, il restait « une fragilité extraordinaire » qui pouvait entraîner une décompensation sur un mode anxio-dépressif avec une grande intolérance aux frustrations. En effet, l'univers de l'assurée, sur le plan cognitif et affectif, devait rester sous contrôle eu égard à sa personnalité extrêmement obsessionnelle. Le fait de la sortir de son cadre habituel et même la tentative d'une telle démarche représentaient pour elle un facteur de stress extrême qui pouvait entraîner une grave décompensation.![endif]>![if> Avec la poursuite du traitement actuel, l'assurée allait améliorer sa qualité de vie et pouvoir s'investir dans ses activités de mère et de femme au foyer. En revanche, l'incapacité de travail restait entière dans toute activité, pour une durée indéterminée. Sur la base de ces éléments, le Dr K\_\_\_\_\_ a invité l'OAI à octroyer à l'assurée une rente d'invalidité sans projet de réadaptation professionnelle. 19. Par avis du 20 janvier 2016, le docteur O\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé qu'en tant que le Dr K\_\_\_\_\_ faisait état d'un TDAH depuis l'enfance, il s'agissait d'un élément qui ne ressortait pas de l'anamnèse établie par les experts alors que ceux-ci étaient au courant des thèses de leur confrère. De plus, selon les experts, la présence ou non de ce diagnostic revêtait une signification faible en termes de pronostic et de capacité de travail. Pour ces motifs, le rapport SMR du 13 août 2015 restait d'actualité. ![endif]>![if> 20. Le 15 avril 2016, la chargée de réadaptation de l'OAI a

proposé d'évaluer l'invalidité de l'assurée en l'état, compte tenu du positionnement du Dr K\_\_\_\_\_, pour qui un projet de réadaptation professionnelle n'était pas compatible avec l'état de santé de sa patiente. ![endif]>![if> Au moment de l'atteinte à la santé, soit en février 2012, l'assurée exerçait son activité de pharmacienne à 60% (depuis le 1<sup>er</sup> février 2011) pour un revenu annuel brut de CHF 54'946.- (12 x CHF 4'578.85). En réactualisant ces données au moyen des indices statistiques sur les salaires les plus récents disponibles (ISS 2014) à la date médico-théorique de l'aptitude à la réadaptation, soit en 2015, le salaire annuel brut 2012, ramené à 2014, s'élevait à CHF 55'845.-. Quant au salaire avec invalidité, il pouvait être attendu de l'assurée qu'elle mette à profit sa capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès lors qu'elle disposait d'un diplôme fédéral de pharmacienne, soit un diplôme d'études supérieures, il convenait qu'elle mette à profit essentiellement ses compétences transférables et reste dans une activité du secteur tertiaire englobant toutes sortes d'activités de service, comme par exemple : - assistante administrative dans une entreprise médicale ;![endif]>![if> - régulatrice médicale au sein d'une caisse maladie ;![endif]>![if> - administratrice de banques de données dans une entreprise médicale ;![endif]>![if> - spécialiste en affaires réglementaires pour une société pharmaceutique ;![endif]>![if> - employée en assurance qualité.![endif]>![if> L'assurée étant sans emploi à ce jour et en l'absence de données salariales concrètes, il convenait de se référer aux données salariales statistiques telles qu'elles ressortaient de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer le revenu hypothétique. En se basant sur l'ESS 2012, selon le tableau TAI (secteur privé), une femme effectuant des tâches pratiques administratives dans le secteur des services pouvait prétendre, à 50% et en tenant compte de données réactualisées à 2014 au moyen de l'ISS le plus récent possible (2014), à un revenu annuel brut de CHF 29'167.-. Selon la méthode de comparaison des revenus, ceci amenait, pour la part professionnelle, à retenir un degré d'invalidité de 47.8% au moyen de l'opération suivante :  $(55'845 - 29'167) / 55'845 \times 100 = 47.77\%$ . 21. Le 6 mai 2015, l'OAI a chargé une enquêtrice de la réalisation d'une enquête économique sur le ménage afin d'évaluer les empêchements de l'assurée dans la sphère privée.![endif]>![if> 22. Le 6 juin 2015, une enquêtrice de l'OAI s'est rendue à la villa que l'assurée occupait avec son mari et leurs deux filles, nées en 2007, respectivement 2009. ![endif]>![if> Entendue par l'enquêtrice, l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité de pharmacienne à 60%. Son mari était employé à plein temps. Sous ch. 1 du formulaire d'enquête (« atteintes à la santé »), il était indiqué que l'assurée souffrait d'un TOC de forme mixte avec idées obsédantes et comportements compulsifs ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et que ses limitations fonctionnelles faisaient qu'il y avait lieu de privilégier un poste de travail où l'assurée n'était pas en contact avec des personnes malades ou potentiellement malades ou avec du matériel pouvant conduire à des maladies ou à une contamination. S'y ajoutaient une diminution de l'adaptation et de la fatigabilité. L'enquêtrice a considéré qu'une exigibilité de 24.5% pouvait être retenue de la part du mari de l'assurée. Aussi l'enquêtrice a-t-elle estimé qu'en faisant abstraction de l'aide qui pouvait être exigée de ce dernier, les empêchements de l'assurée se présentaient comme suit : - 50% dans la conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle), soit 1.5% en tenant compte d'une pondération de ce champ d'activité à 3% ;![endif]>![if> - 25% dans l'alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions), soit 6.5% (pondération de 26%) ;![endif]>![if> - 40% dans l'entretien du logement (épousseter, passer

l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits), soit 8% (pondération de 20%) ;

- 40% pour les emplettes et courses diverses (poste, assurances, services officiels), soit 4% (pondération de 10%) ;
- 10% pour la lessive et l'entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures), soit 2% (pondération de 20%) ;
- 50% pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, soit 10% (pondération de 20%) ;
- 0% dans le poste « divers » (soins infirmiers, entretien des plantes, confection de vêtements, etc.), soit 0% (pondération de 1%).

Au total, les empêchements pondérés s'élevaient à 32%. En fixant l'aide exigible du mari à 0% pour la conduite du ménage, 25% pour l'alimentation, 40% pour l'entretien du logement, 40% pour les emplettes et courses diverses, 10% pour la lessive et l'entretien des vêtements et à 0% pour le poste « divers », soit à 24.5% en tout et pour tout, l'assurée ne rencontrait d'empêchement que dans les deux postes suivants : conduite du ménage (1.5%) et soins aux enfants ou aux autres membres de la famille (6%), de sorte que son empêchement dans la sphère ménagère s'élevait à 7.5% (32 – 24.5).

23. Par projet de décision du 28 juin 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité limitée dans le temps et refusé des mesures d'ordre professionnel.

Depuis février 2012 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était considérablement restreinte. En tenant compte du fait que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait continué d'exercer son activité habituelle à 60%, les 40% résiduels correspondaient aux travaux habituels, de sorte que le degré d'invalidité se présentait de la manière suivante à l'issue du délai précité, soit le 1<sup>er</sup> février 2013 :

Situation au 1 <sup>er</sup> février 2013	Part	Empêchement	Degré d'invalidité	Activité partielle
100%	60%	Travaux habituels	40%	7.5%
3%	Degré d'invalidité	63%		

Cependant, en tenant compte d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'assurée ne remplissait plus les conditions lui permettant de prétendre au trois quarts de rente qui lui était dû depuis le 1<sup>er</sup> février 2013. Ainsi, il y avait lieu de supprimer cette rente trois mois après la modification de la capacité de gain, c'est-à-dire à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015. En effet, le taux d'invalidité était inférieur au minimum légal de 40% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 :

Situation au 1 <sup>er</sup> janvier 2015	Part	Empêchement	Degré d'invalidité	Activité partielle
60%	47.8%	28.7%	Travaux habituels	40%
7.5%	3%	Degré d'invalidité	32%	

En conséquence, l'assurée avait droit à un trois quarts de rente pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2015, basée sur un degré d'invalidité de 63%.

24. Le 19 octobre 2016, la caisse de compensation FER CIAM 106.1 a notifié à l'assurée une décision lui octroyant un trois-quarts de rente d'invalidité, soit CHF 1'404.- par mois du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 décembre 2014. S'y ajoutaient, sur cette même période, deux rentes pour enfant – liées à la rente de l'assurée – de CHF 562.- chacune. Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2015, le montant de ces mêmes rentes était porté à CHF 1'410.-, respectivement CHF 564.-, à la faveur d'une adaptation de celles-ci au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

25. Par acte du 18 novembre 2016, l'assurée, agissant par l'entremise d'un avocat, a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière pour elle-même et pour ses deux enfants, Solange et Lucie, dès le 1<sup>er</sup> février 2013. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants.

Les motifs « très lapidaires » de la décision querellée ne résistaient pas à l'examen pour divers motifs. En premier lieu, la capacité de travail professionnelle de la recourante avait été mal appréciée, tant sur le plan médical que juridique. Sur le premier plan, il convenait de relever que les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ avaient évoqué la possibilité –

théorique – d'une mise en place d'un travail à temps partiel. De plus, aux dires des experts, cette activité pouvait être déployée avec un rendement de 50%. L'on peinait ainsi à comprendre comment l'intimé avait pu en déduire que la capacité de travail, respectivement de rendement de la recourante était de 50%. Il ressortait en effet de l'expertise que la recourante ne pouvait qu'exercer une activité à temps partiel – dont le taux n'était d'ailleurs pas précisé – et que cette possibilité était encore tempérée par une diminution de rendement de 50%. Qui plus est, l'exercice d'une telle activité n'était que théorique. En effet, les experts avaient évoqué une exposition progressive à une activité professionnelle, permettant d'évaluer au plus juste l'évolution de la capacité de travail de la recourante. Il était ainsi prématuré, sinon arbitraire d'en déduire que l'on pouvait retenir, sans cette cautèle, une capacité de travail exigible de 50% sans diminution de rendement. Il y avait là une interprétation erronée des conclusions des experts, assez ambiguës il est vrai. Il n'était pas inutile de rappeler à ce propos que ceux-ci avaient émis les plus sérieuses réserves quant à une capacité de travail, fût-elle déployée dans une activité adaptée. Les experts avaient signalé expressément que les personnes souffrant d'un TOC sévère tel que celui qui accablait la recourante pouvaient être en proie à des peurs de contamination irrationnelles, quel que soit l'environnement de travail, et qu'un changement de milieu n'était pas une garantie d'amélioration. En outre, les experts avaient pointé une capacité d'adaptation à un environnement professionnel restreinte au vu de l'état dépressif de la recourante et de son épuisement face aux symptômes obsessionnels compulsifs se manifestant d'ailleurs également à domicile et lors de déplacements. Là encore, les réserves émises par les experts n'avaient nullement été prises en compte par l'intimé. Par opposition, le Dr K\_\_\_\_\_ avait exposé de façon convaincante pour quel motif l'incapacité de travail de la recourante était entière dans toute activité. De plus, ce médecin avait évoqué des syndromes TDAH d'une grande sévérité qui n'avaient pas été pris en considération par les experts. Il s'agissait là, de toute évidence, d'un élément important dès lors que celui-ci participait à l'incapacité de travail de la recourante. Aussi l'expertise apparaissait-elle lacunaire sur ce point. S'agissant des taux d'empêchements retenus suite à l'enquête ménagère diligentée au mois de juin 2016, ils n'emportaient pas non plus la conviction, notamment à la lumière des informations communiquées par la recourante à l'enquêtrice. Tout cela amenait à considérer que l'enquête ménagère n'avait pas été menée avec tout le soin nécessaire ou à tout le moins, que l'enquêtrice avait sous-évalué les taux d'empêchement de la recourante. Globalement, c'était bien un total pondéré sans exigibilité de 60% qu'il convenait de retenir en l'espèce. De plus, l'exigibilité de 24.5% à l'endroit de l'époux était discutable. Dès lors que des facteurs – autres que ceux inhérents au rendement – justifiaient la prise en considération de limitations fonctionnelles à hauteur de 20% au moins, on pouvait reprocher aux experts et à l'intimé de ne pas les avoir prises en considération. En définitive, le taux d'invalidité professionnel de la recourante – pour peu que la répartition 60% / 40% fût correcte – était de 60% (taux d'empêchement de 100%) et son degré d'invalidité pour les travaux habituels domestiques certainement pas inférieur à 14% (taux d'empêchement pondéré avec exigibilité de 35% au moins). Cela aboutissait à un taux d'invalidité de 74% au moins donnant droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2013. Si la chambre de céans nourrissait des doutes à ce propos, en dépit des avis convaincants du Dr K\_\_\_\_\_, il convenait de mettre sur pied une expertise psychiatrique dans le but de déterminer la capacité de travail exigible, tant sur le plan professionnel que sur celui des travaux habituels. 26. Le 7 décembre 2016, la recourante a transmis un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2016 du docteur P\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé auprès du département de santé mentale et psychiatrie des

HUG. Ce médecin avait eu l'occasion de voir la recourante à plusieurs reprises depuis le 15 septembre 2016 pour une évaluation d'un trouble déficit de l'attention-hyperactivité (TDA-H). Même si son évaluation ne mettait pas en évidence, au premier plan, l'existence d'un tel trouble, il avait pu constater qu'elle souffrait d'un état dépressif d'intensité sévère sans symptôme psychotique (CIM-10 F32.2) qui rendait l'exercice d'une activité impossible au vu de l'intensité des symptômes ci-après : - difficulté à se concentrer ; - sentiment de tristesse important ; - diminution de l'estime et de la confiance en soi ; - idées de culpabilité et de dévalorisation très importantes, associées à des idéations suicidaires et à une difficulté à se projeter dans l'avenir ; - importants troubles du sommeil et une diminution de l'appétit présente depuis au moins début 2013 De plus, la symptomatologie dépressive se voyait compliquée d'un TOC également d'intensité sévère avec peur de la contamination, particulièrement handicapant dans l'exercice de l'activité habituelle de pharmacienne. Compte tenu de la sévérité des deux troubles évoqués, il était illusoire, depuis 2013 au moins, que la recourante ait une capacité de travail même à un pourcentage très faible. De l'avis de ce médecin, les conclusions des experts H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ étaient trop optimistes en tant qu'elles renaient une capacité de travail théorique de 50% dans une activité adaptée. Dans le contexte des troubles évoqués, le Dr P\_\_\_\_\_ avait instauré un traitement antidépresseur et adressé la recourante à l'unité des troubles de l'humeur et anxieux pour une évaluation approfondie et une prise en charge adéquate pour les symptomatologies évoquées plus haut. Toutefois, au vu de la chronicité du trouble, le pronostic était moyen et il ne fallait pas s'attendre à une amélioration symptomatologique rapide dans les mois à venir. 27. Par réponse du 9 décembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, soutenant qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas et qu'il convenait de s'en tenir aux conclusions des Drs H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et du SMR relativement à la capacité de travail de la recourante. Il n'y avait pas non plus lieu de s'écarter de l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la recourante ; elle remplissait toutes les exigences pour lui reconnaître une pleine valeur probante. 28. Le 15 décembre 2016, la chambre de céans a invité l'OAI à compléter son écriture du 9 décembre 2016 au vu du courrier de la recourante du 7 décembre 2016 et du rapport du 1 er décembre 2016 du Dr P\_\_\_\_\_ qui y était joint. 29. Le 19 décembre 2016, la recourante a transmis à la chambre de céans un courriel que le Dr P\_\_\_\_\_ lui avait adressé le 16 décembre 2016. Dans ce message, ce médecin « confirmait » que la recourante était déjà incapable de travailler depuis février 2012 pour les raisons évoquées dans son rapport du 1 er décembre 2016. Enfin, le Dr P\_\_\_\_\_ a précisé que la docteure Q\_\_\_\_\_, spécialiste des troubles anxieux et des troubles de l'humeur au département de santé mentale et psychiatrie des HUG, reprendrait le suivi de la recourante sur les aspects anxieux et du TOC et pourrait confirmer ses observations du 1 er et du 16 décembre 2016 au sujet de la capacité de travail de la recourante. 30. Par écriture complémentaire du 3 janvier 2017, l'intimé a annoncé avoir soumis le rapport du 1 er décembre 2016 du Dr P\_\_\_\_\_ au SMR, qui s'était déterminé à son sujet le 16 décembre 2016 en ces termes : selon la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin SMR, les informations du Dr P\_\_\_\_\_ suggéraient que le trouble dépressif ait pu s'aggraver, éventuellement dans le contexte d'un arrêt du traitement antidépresseur qui aurait précédé la prise en charge de la recourante par le Dr P\_\_\_\_\_. Selon la Dresse R\_\_\_\_\_, il convenait de rappeler que la Dresse G\_\_\_\_\_ et les experts H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ étaient d'accord sur un tableau dépressif moyen alors que le Dr P\_\_\_\_\_ retenait – et surtout décrivait – un épisode actuel d'allure nettement plus sévère que celui rapporté par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Ceci ressortait clairement de la

comparaison du status clinique de 2015 avec celui décrit dans le rapport médical du docteur P\_\_\_\_\_. Or, aux dernières nouvelles, en 2015, la recourante était prise en charge par le Dr K\_\_\_\_\_ et bénéficiait d'une médication antidépressive (Trittico). Les informations à disposition ne donnaient pas de précision sur la nature du suivi après fin 2015, date du dernier rapport du Dr K\_\_\_\_\_ au dossier. Dès lors, la Dresse R\_\_\_\_\_ a formulé les questions suivantes :!

- La recourante a-t-elle interrompu son suivi et son traitement ?!
- S'agit-il d'une aggravation temporaire, susceptible de s'améliorer après reprise d'un suivi et d'un traitement légal ?!
- Quel est le traitement en cours ?!
- Quelle est l'évolution du trouble de l'humeur depuis la réinstauration d'un traitement approprié ?!
- L'état est-il stabilisé et quel est le pronostic ?!

Selon la Dresse R\_\_\_\_\_, il paraissait utile d'obtenir une copie du bilan de l'unité des troubles de l'humeur et un rapport détaillé du psychiatre en charge du suivi. À la lumière de ces développements, l'intimé a conclu à titre préalable que les questions du SMR soient soumises au psychiatre en charge du suivi de la recourante, éventuellement en collaboration avec le Dr K\_\_\_\_\_. 31. Par courrier du 4 janvier 2017, la recourante a versé à la procédure un rapport du 30 décembre 2016 de la Dresse D\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, la recourante présentait toujours une incapacité totale de travail depuis février 2012 et bénéficiait d'un suivi psychologique (psychologue et psychiatres) important depuis cette date en raison d'un TOC avec pensées ou ruminations au premier plan. Se référant au projet de décision du 28 juin 2016, la Dresse D\_\_\_\_\_ a soutenu en substance que la détermination d'un degré d'invalidité de 32% se basait sur une activité adaptée à 50% que la recourante était incapable d'exercer et sur ses capacités à s'acquitter des tâches ménagères. Le jour de cette visite, « extrêmement pénible pour [sa] patiente », la recourante « [n'avait] pas voulu être mal jugée et [avait] exagéré sur ses capacités ». !

32. Le 12 janvier 2017, la chambre de céans a invité la Dresse Q\_\_\_\_\_ à adresser un bilan faisant état de ses constatations, diagnostics, appréciation de la capacité de travail (à tout le moins depuis janvier 2015) et de son pronostic, et à formuler d'éventuelles observations complémentaires.!

33. Par courrier du même jour, la chambre de céans a invité le Dr P\_\_\_\_\_ à répondre aux six questions du SMR du 16 décembre 2016.!

34. Par courrier du 20 janvier 2017, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a fait savoir à la chambre de céans que la recourante était suivie au « Programme des troubles anxieux » depuis le 9 janvier 2017 et qu'une adaptation médicamenteuse était actuellement en cours. L'état de santé de la recourante n'était pas encore stabilisé et la Dresse Q\_\_\_\_\_ indiquait avoir besoin de plusieurs semaines pour effectuer l'adaptation précitée et évaluer l'effet du traitement médicamenteux (minimum de deux semaines pour le trouble dépressif récurrent et huit semaines pour le TOC). S'agissant de la capacité de travail, elle avait évalué la recourante à l'unité du trouble de l'humeur du 15 décembre 2016 jusqu'à sa prise en charge « aux troubles anxieux » le 9 janvier 2017. Et elle continuait, à ce jour, à se charger du suivi. Durant cette période, la capacité de travail était nulle. Le pronostic restait ouvert. L'épisode dépressif était actuellement d'une intensité moyenne ; et parallèlement, elle présentait un TOC d'une intensité sévère, avec plusieurs évitements très importants. L'introduction d'un traitement pharmacologique adapté pour les deux troubles et, par la suite, une prise en charge psychothérapeutique restait nécessaire. Si ce traitement aboutissait à une amélioration de son état clinique, une reprise progressive du travail pouvait être envisagée. !

La Dresse Q\_\_\_\_\_ a également produit un rapport d'admission de l'unité des troubles de l'humeur des HUG. Daté du 20 janvier 2017 et établi par le professeur S\_\_\_\_\_ ainsi que les doctresses T\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, médecin-chef de

service, respectivement médecin adjoint et médecin chef de clinique, ce document relatait les rendez-vous de la recourante des 13, 15 et 16 décembre 2016. Il en ressort que cette dernière présentait un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était d'intensité moyenne et, parallèlement, un trouble obsessionnel compulsif d'intensité sévère, avec un impact important et des évitements dans le domaine familial, social et professionnel. Il existait, parallèlement, des éléments en faveur d'une phobie sociale et d'un trouble d'anxiété généralisée. En revanche, ces médecins ne retenaient pas actuellement ces diagnostics au vu de la sévérité de l'état dépressif, précisant qu'une réévaluation dans un deuxième temps permettrait de confirmer ou d'exclure « la présence des troubles ». La recourante avait été déjà diagnostiquée pour un TDA-H par le Dr K\_\_\_\_\_. Selon l'évaluation du Dr P\_\_\_\_\_, une réévaluation de cette dernière affection serait aussi nécessaire dans un deuxième temps, à distance de l'épisode dépressif sévère, et suite à l'introduction d'un traitement efficace pour le trouble obsessionnel compulsif sévère. De plus, la recourante présentait un syndrome des jambes sans repos qui compliquait le traitement du trouble dépressif récurrent et du TOC, « vu la péjoration du trouble avec plusieurs traitements antidépresseurs ». Enfin, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions que la chambre de céans avait soumises au Dr P\_\_\_\_\_ le 12 janvier 2017 :

- en 2015, la recourante avait bénéficié d'un suivi par le Dr K\_\_\_\_\_ et d'une médication par Trittico. Ce traitement avait été introduit pour améliorer les troubles du sommeil à un dosage auquel il n'avait pas de fonction antidépressive. Ce traitement avait été diminué et arrêté en accord avec le Dr K\_\_\_\_\_ en raison d'effets secondaires (sédation importante). La recourante n'avait pas interrompu son suivi mais avait été adressée au Dr P\_\_\_\_\_ pour une évaluation de TDA-H et une éventuelle prise en charge à l'unité TRE dans le programme groupal. Le Dr P\_\_\_\_\_ avait confirmé qu'il n'y avait pas de nécessité de prendre le Trittico et le Concerta et il avait introduit le traitement de Wellbutrin à 300 mg/j. Suite à l'introduction du Wellbutrin 300 mg/j, l'état dépressif s'était partiellement amélioré en intensité moyenne. Par la suite, il avait ajouté le Risperdal 0.5 pour potentialiser l'effet du Wellbutrin. En l'absence de réponse clinique suffisante, le Dr P\_\_\_\_\_ avait adressé la recourante « au programme trouble de l'humeur » pour évaluation. Suite à cette évaluation, la Dresse Q\_\_\_\_\_ avait proposé une adaptation médicamenteuse à la recourante (prescription d'Anafranil pour le trouble dépressif récurrent et le trouble obsessionnel compulsif), suivie par la mise en œuvre d'une prise en charge spécialisée du trouble anxieux pour effectuer l'adaptation médicamenteuse et, par la suite, mettre en place une psychothérapie ciblée sur le TOC. Actuellement, le pronostic restait ouvert mais une amélioration de l'état clinique global pouvait être amenée suite à l'adaptation médicamenteuse et la psychothérapie.

- Depuis le 9 janvier 2017, la Dresse Q\_\_\_\_\_ suivait elle-même la recourante dans le cadre du programme pour les troubles anxieux. Elle était en train d'effectuer l'adaptation médicamenteuse avec l'introduction d'Anafranil à 75 mg/j et avait interrompu le traitement par Wellbutrin. L'objectif était de poursuivre « l'augmentation de traitement » pour obtenir un effet clinique favorable et, par la suite, mettre en place une psychothérapie ciblée sur le TOC.

- Actuellement, l'intensité de l'état dépressif restait moyenne mais une adaptation médicamenteuse était en cours. Il était question de réévaluer l'effet du traitement à la fin de cette adaptation (une amélioration du trouble de l'humeur était envisagée deux semaines après un dosage adapté et l'amélioration du TOC pouvait être envisagée huit semaines après un dosage antidépresseur adapté).

- L'état de la recourante n'était actuellement pas stabilisé vu que l'adaptation médicamenteuse était

en cours. Le pronostic restait ouvert.![endif]>![if> 35. Par pli du 13 février 2017, le Dr P\_\_\_\_\_ s'est référé au courrier du 12 janvier 2017 que la chambre de céans lui avait adressé, précisant qu'il confirmait toutes les réponses que la Dresse Q\_\_\_\_\_ avait données aux questions posées.![endif]>![if> 36. Le 27 mars 2017, l'intimé a annoncé qu'il avait soumis les rapports nouvellement produits au SMR. Aussi a-t-il renvoyé à l'avis de ce dernier, daté du 21 mars 2017. Selon la doctoresse U\_\_\_\_\_, médecin SMR, il ressortait des pièces produites que l'on pouvait retenir une aggravation temporaire de l'état psychique de la recourante entre le 15 septembre 2016, date de sa prise en charge par le Dr P\_\_\_\_\_ et le 12 décembre 2016. En revanche, il ressortait du rapport d'admission de l'unité des troubles de l'humeur des HUG que dès le 13 décembre 2016, l'épisode actuel du trouble dépressif était moyen, situation superposable à l'expertise psychiatrique du 3 août 2015. Quant au status psychiatrique décrit dans ce rapport, il était également superposable, voire amélioré. Sur la base de ces considérations, la Dresse U\_\_\_\_\_ a conclu qu'on ne pouvait se fonder sur les conclusions de la Dresse Q\_\_\_\_\_ en tant que ce médecin retenait une capacité de travail nulle dans toute activité. Au final, les conclusions du rapport d'expertise du 13 août 2015 restaient valables.![endif]>![if> 37. Dans ses observations du 31 mars 2017, la recourante a soutenu qu'il ressortait des explications de la Dresse Q\_\_\_\_\_ que son tableau clinique n'était pas que complexe mais « alarmant » et que dans ces circonstances, il demeurait incompréhensible qu'une capacité de travail, fût-elle résiduelle, ait pu être exigée de sa part. Dit autrement, ses troubles incapacitants étaient totalement invalidants. Qui plus est, son état de santé, très difficile à traiter, n'était pas stabilisé à ce jour. À l'évidence, l'intimé avait statué par trop prestement.![endif]>![if> 38. Le 3 avril 2017, une copie de ce courrier a été adressée à l'intimé. ![endif]>![if> 39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. a. 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. ![endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Interjeté le 18 novembre 2016 contre la décision litigieuse du 19 octobre 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.![endif]>![if> L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la

contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références). En l'espèce, la décision querellée nie à la recourante aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à un trois quarts de rente après le 31 mars 2015. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de ceans ne concerne que le droit à une rente d'invalidité. Partant, le litige ne porte que sur cet aspect de la contestation, singulièrement sur le droit de la recourante à une rente entière pour elle-même et ses deux enfants du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2015 et le maintien de ces prestations au-delà du 31 mars 2015. 3. a. Selon la jurisprudence, il n'est pas admissible que l'administration rende plusieurs décisions – échelonnées dans le temps – pour déterminer rétroactivement le degré d'invalidité d'une personne assurée. Ainsi, l'octroi d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire doit faire l'objet d'une seule décision notifiée à un seul et même moment. Seule une telle approche est compatible avec l'obligation de l'office AI de clarifier et évaluer l'état de fait sur l'ensemble de la période courant jusqu'à la prise d'une décision. En revanche, l'administration ne saurait procéder à une évaluation anticipée de l'invalidité pour réduire et/ou limiter l'octroi d'une rente pour la période postérieure à ladite décision (ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et les arrêts cités).

b. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 consid. 4.1 et les références). Suivant cette disposition réglementaire (al. 1), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 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 et les références; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3<sup>ème</sup> éd., 2014, n. 110 ad art. 30-31; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015). c. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi

un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

4. 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 vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).> 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). L'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide

des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). 6. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).! [endif]>![if> Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).! [endif]>![if> b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante

d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c/dd. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 8. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V

64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).!

9. 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). Il n'existe 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).!

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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).!

11. En l'espèce, l'ensemble des médecins s'étant exprimés dans ce dossier s'accordent à considérer que la recourante présente, depuis février 2012, une incapacité de travail totale dans son activité de pharmacienne. En revanche, les avis divergent nettement sur l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée. En tant qu'elle supprime le trois quarts de rente octroyé du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2015 à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015, la décision querellée se fonde sur l'avis du SMR du 13 août 2015. Ce dernier se réfère, quant à lui, au rapport d'expertise du 3 août 2015 et en déduit qu'il existe une capacité de travail sur le plan médico-théorique ne dépassant pas 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (poste de travail sans contact avec des personnes malades ou potentiellement malades ou avec du matériel potentiellement vecteur de maladies ou de contaminations, diminution de la capacité d'adaptation, fatigabilité), ceci étant valable au moins depuis janvier 2015. !

À l'examen du rapport d'expertise du 3 août 2015, il est certes indiqué que l'exercice d'une activité adaptée est exigible « dès aujourd'hui » mais cette conclusion est assortie d'un trop grand nombre de cautèles pour être qualifiée de claire, empêchant ainsi une évaluation du taux d'invalidité de la recourante sur des bases

médicales fiables et précises. En effet, les experts indiquent « qu'il faut néanmoins savoir que les personnes souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif sévère peuvent présenter des angoisses de contamination irrationnelles quel que soit l'environnement de travail et qu'un changement de milieu n'est pas une garantie d'amélioration » (cf. p. 10 du rapport d'expertise). Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ajoutent que la recourante « pourrait commencer une activité adaptée à temps partiel avec une possible augmentation progressive du taux d'activité. L'exposition progressive à une activité professionnelle permettrait d'évaluer au plus juste l'évolution de sa capacité de travail ». En d'autres termes, les experts n'indiquent pas à quel taux d'activité cette reprise pourrait avoir lieu et à quelle(s) échéance(s) une/ des hausse(s) éventuelle(s) du temps de travail pourrai(en)t intervenir. Les experts font de surcroît dépendre une évaluation plus précise de la capacité de travail de la façon dont une reprise d'activité dans un environnement adapté se déroulerait. Enfin, les experts ne précisent pas si le rendement théorique de 50% qu'ils retiennent s'applique quel que soit le taux d'activité considéré. Dans ces circonstances, le SMR ne pouvait pas valablement considérer « comme les experts » (sic) que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail sur le plan médico-théorique ne dépassait pas 50%. Une telle conclusion revient à fixer un taux de reprise que les experts s'abstiennent justement de préciser. En outre, la diminution de rendement de 50% retenue par ces derniers ne trouve plus aucune place dans le raisonnement du SMR, à moins d'envisager la reprise immédiate d'une activité à plein temps avec un rendement de 50%. Or, cette dernière hypothèse ne ressort nullement des conclusions du rapport d'expertise du 3 août 2015 et serait de surcroît en contradiction avec la clé de répartition retenue par l'intimé entre l'activité professionnelle (60%) et la sphère privée (40%). Force est de constater que l'interaction des divers troubles psychiques de la recourante, de même que les effets de ceux-ci sur le taux de la capacité de travail et la date à laquelle une reprise du travail est possible ne sont pas clairs. Quant aux conclusions du SMR, qui substitue sa propre appréciation à celles des experts H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, elles emportent d'autant moins la conviction qu'elles ne sont corroborées ni par le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ ni par les rapports des médecins traitants. En effet, ceux-ci s'accordent à considérer, au stade de la décision entreprise – et même au-delà – que l'incapacité de travail de la recourante demeure entière, fût-ce dans une activité adaptée. De plus, ces praticiens considèrent au mieux qu'il est trop tôt pour dire à quelle date, respectivement à quel taux la reprise d'une telle activité adaptée serait exigible. En l'état actuel, la chambre de céans ne peut pas statuer de manière définitive sur le droit aux prestations de la recourante, à tout le moins depuis le mois d'avril 2015. Il appartiendra à l'intimé d'effectuer une instruction complémentaire et d'inviter les médecins à se prononcer de manière claire, au regard de l'ensemble des atteintes psychiques de la recourante, sur l'existence d'une amélioration de l'état de santé depuis janvier 2015, les limitations fonctionnelles, le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, le rendement dans une telle activité ainsi que la date d'exigibilité d'une reprise de travail. À défaut, il conviendra d'ordonner une expertise pour répondre à ces questions.

12. a. S'agissant de la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2015, la chambre de céans constate que pour l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante, l'intimé s'est partiellement fondé – comme pour la période postérieure – sur l'enquête ménagère du 6 juin 2016. Il s'avère toutefois que l'enquêtrice était nantie des conclusions du SMR du 13 août 2015, que ce soit pour les diagnostics ou les limitations fonctionnelles. Or à cette époque, le tableau clinique et les traitements étaient encore en cours d'exploration. De plus, la Dresse D\_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport du 30 décembre 2016 que la recourante « [n'avait] pas

voulu être mal jugée [par l'enquêtrice] et [avait] exagéré sur ses capacités ». Cela étant, les rapports des médecins traitants ne permettent pas à la chambre de céans, en l'état, de se prononcer sur l'existence d'un droit qui, aux dires de la recourante, serait supérieur à un trois-quarts de rente sur la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2015 (et au-delà), ne serait-ce qu'en raison de l'absence de renseignements exploitables de ces médecins sur les empêchements de la recourante dans la sphère ménagère.!

b. Selon la jurisprudence, une enquête économique sur le ménage est un moyen de preuve approprié, y compris pour évaluer l'invalidité de personnes souffrant d'une atteinte à la santé psychique. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical qu'il faut confier à un médecin le soin de procéder à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles. Toutefois, en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont en règle générale plus de poids. Mais encore faut-il que le rapport médical en cause ait valeur probante au sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets et que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. VSI 3/2004 p. 137 consid. 5.3 et 6 et les références). c. Vu l'absence, dans le cas concret, de constatations précises sur le plan médical relatives aux capacités réelles de la recourante d'accomplir ses travaux habituels, il incombera également à l'intimé de demander aux médecins – le cas échéant à l'expert désigné – de se prononcer sur l'empêchement de la recourante dans chacune des activités habituelles faisant l'objet du rapport d'enquête économique sur le ménage et d'indiquer le taux d'empêchement – et l'évolution de celui-ci depuis février 2012 – dans chacune des activités en question.

13. a. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision querellée être annulée en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité (et les deux rentes pour enfant qui y sont liées) au 31 mars 2015 et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. b. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-. Une indemnité de procédure doit être allouée à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est représentée par un avocat (art. 61 let. g LPG). Cette indemnité sera arrêtée à CHF 2'500.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA – E 5 10.03). \*\*\* 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.