

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1924/2019

ATAS/1081/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, de nationalité suisse, célibataire, titulaire d'un CFC d'employée de commerce G, exerçait une activité d'aide comptable auprès de l'agence immobilière B _____ SA (ci-après : l'employeur).
2. Selon un rapport du programme de troubles de l'humeur des HUG du 23 avril 2014, l'assurée avait été vue en consultation à deux reprises pour un trouble dépressif récurrent, qui était léger lors du premier entretien et sévère lors du dernier. Elle présentait aussi une utilisation de cannabis nocive pour la santé.
3. Le 7 octobre 2014, la Doctoresse C _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (F33.2).
4. Selon l'employeur, l'assurée a été en arrêt de travail à 50 % du 14 août au 15 septembre 2014 et à 100 % du 16 septembre 2014 au 1^{er} juin 2015. L'assurée a été licenciée pour le 31 mai 2015 et s'est inscrite à l'assurance-chômage.
5. A la demande de la compagnie d'assurances Nationale Suisse SA, assureur perte de gain de l'employeur, le docteur D _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 12 février 2015. L'assurée se plaignait de manque d'énergie et de motivation, d'anxiété, de fatigue et de fatigabilité. Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur récurrent actuellement de gravité moyenne (« type dépression narcissique ») et de personnalité borderline, (état limite) de type abandonnique décompensée. L'incapacité de travail était encore totale ; au vu de l'évolution actuelle et en fonction de l'adaptation de son traitement, comme il en avait discuté avec l'assurée, il estimait qu'au plus tard le 1^{er} avril 2015 la capacité de travail de l'assurée devait être considérée comme entière. Licenciée, il n'y avait donc pas d'indication à une reprise progressive. Elle devait s'inscrire à la fin de son délai de congé pour le 1^{er} juin 2015 à l'assurance-chômage.
6. Le 16 octobre 2015, la doctoresse E _____, FMH rhumatologie, a attesté de gonalgies gauches dans un contexte de chondropathie fémoro-patellaire externe sévère avec subluxation externe de la rotule, ayant nécessité une infiltration.
7. Dès le 23 mai 2016, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale, attestée par la Dresse C _____. Elle a, dès cette date, bénéficié de prestations de chômage en cas de maladie.
8. Le 11 novembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'un état anxieux dépressif.
9. Le 18 novembre 2016, l'employeur a rempli le questionnaire pour l'employeur en mentionnant un engagement de l'assurée comme aide-comptable du 1^{er} février 2008 au 31 mai 2015, à 100%, pour un salaire, en 2015, de CHF 6'710.- par mois, ainsi qu'un 13^{ème} salaire, avec un dernier jour de travail effectif le 15 septembre 2014.

10. Le 28 novembre 2016, la Dresse C_____, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 5 juillet 2010, de diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F32.10) existant depuis 30 ans, mais influençant sa capacité de travail depuis 2012 ; troubles mixtes de la personnalité, personnalité anxieuse et émotionnellement labile (F61.0) ; obésité morbide 125 kg pour 1.69, IMC 43 depuis 20 ans et asthme depuis 20 ans. L'incapacité de travail était totale. Il n'était pas possible de se prononcer sur une aptitude à la réadaptation car l'assurée devait subir une opération de bypass en 2017.
11. Le 7 février 2017, la doctoresse F_____, FMH médecine interne générale, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 17 juillet 2008, avec des diagnostics incapacitants de trouble dépressif, trouble de la personnalité anxieuse et émotionnellement labile, asthme bronchique et obésité morbide. Un bypass gastrique était prévu le 13 février 2017. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 23 mai 2016 (douleurs articulaires, surtout des genoux, épigastalgies, asthme, difficulté à se déplacer, fatigue, troubles du sommeil et de la concentration).
12. Le 13 février 2017, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (cholécystectomie par laparoscopie et Bypass gastrique) selon un rapport du 20 février 2017 de la doctoresse G_____, médecin adjointe au Département de chirurgie des HUG.
13. Par communication du 10 avril 2017, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible actuellement.
14. Le 4 mai 2017, le département de chirurgie des HUG a attesté d'une bonne évolution depuis la chirurgie bariatrique (perte de poids de 20 kg).
15. A la demande de l'OAI, la Dresse C_____ a rendu un rapport le 3 juillet 2017. Il n'y avait pas de changement notable depuis son rapport de novembre 2016 à part la satisfaction de l'assurée d'avoir bénéficié d'un bypass. Dès mai 2016, la capacité de travail était à nouveau nulle. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la symptomatologie dépressive associant une fatigabilité, des troubles de sommeil majeurs (la patiente décrivait des endormissements très régulièrement le matin après une nuit d'insomnie), des troubles de la concentration et de l'attention, des doutes répétitifs et un manque d'estime d'elle-même. Ces symptômes n'étaient pas compatibles avec le travail de comptable qui devait être précis. Une erreur d'inattention pouvait avoir des conséquences majeures et cela lui mettait une très forte pression qu'elle n'arrivait pas à surmonter. Son besoin d'être constamment rassurée était difficilement compatible avec une activité professionnelle qui requérait un minimum d'autonomie. Depuis 2014, la symptomatologie de l'assurée n'avait pas réellement évolué. Elle avait présenté une thymie fluctuant entre un état dépressif majeur et un état dépressif modéré avec une très forte angoisse toujours présente et très handicapante dans son fonctionnement quotidien. Les troubles psychiatriques de l'assurée avaient été en augmentant depuis 20 ans. Ces dernières

années, elle avait essayé de continuer à travailler malgré un stress de plus en plus important. L'employeur de l'assurée l'avait licenciée après de nombreuses années de collaboration. L'état dépressif de 2014 avait sûrement joué un rôle. L'anxiété que l'assurée avait beaucoup de peine à contrôler, son manque d'assurance, le besoin d'être constamment rassurée sur la valeur de son travail, avaient très vraisemblablement amené une baisse progressive de son rendement depuis quelques années. Les troubles de la concentration et de l'attention avaient eu comme conséquence des erreurs, de plus en plus fréquentes, la rendant inapte à occuper un poste de comptable.

16. A la demande de l'OAI, le 27 octobre 2017, la Dresse F_____, a rendu un rapport. Depuis son opération de bypass en février 2017 l'assurée avait perdu du poids, elle avait arrêté de fumer. Ces deux aspects avaient contribué au contrôle de l'asthme, elle n'avait plus fait de décompensation et elle se disait moins essoufflée à la marche ; par contre elle se plaignait de nausées, ballonnements et fatigue. Sur le plan alimentaire, elle avait encore beaucoup de peine à se nourrir correctement, à cuisiner et préparer ses aliments. Elle culpabilisait de ne pas être capable de préparer ses repas. Elle faisait des efforts, mais, en raison de nausées, n'arrivait pas à manger. La situation s'était aggravée en juin par la survenue d'une colite et iléite droite aggravant les symptômes et motivant l'introduction d'une antibiothérapie. Sur le plan psychiatrique, malgré le fait qu'elle était satisfaite de la perte pondérale, elle demeurait toujours très anxieuse et déprimée en dépit du traitement médicamenteux et du suivi psychiatrique et elle avait une faible estime de soi et une vision sombre de son avenir. Depuis mai 2016, la capacité de travail était nulle et une reprise semblait peu réaliste. L'assurée présentait un état anxio dépressif avec manque de concentration, thymie fluctuante en fonction des situations ; mobilité encore difficile au vu de l'obésité, douleurs articulaires aux genoux, nausées et ballonnements ainsi que fatigue et troubles du sommeil. Depuis 2014, il n'y avait pas d'évolution favorable.
17. Le 6 juin 2018, la Dresse C_____ a indiqué à l'OAI que l'état psychique de l'assurée était stationnaire, avec une incapacité de travail totale, sans reprise de travail envisageable, même à long terme.
18. Le 24 juillet 2018, le docteur H_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel une expertise psychiatrique était nécessaire.
19. Une note statut de l'OAI, du 5 septembre 2018, retient un statut d'active de l'assurée.
20. A la demande de l'OAI, le docteur I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Madame J_____, psychologue FSP, ont rendu un rapport d'expertise le 26 novembre 2018.

L'assurée se plaignait spontanément et principalement de difficultés financières et d'un éloignement de ses neveux et nièces partis étudier à l'étranger. L'assurée décrivait souffrir d'une fatigue et de troubles de la concentration et du sommeil

avec des difficultés d'endormissement en lien avec une impulsivité. Elle décrivait également avoir des difficultés à assumer ses tâches ménagères et administratives, des difficultés à s'organiser et à accepter ses limitations actuelles, bien qu'elle gérait seule la plupart de son quotidien. Accessoirement, elle se plaignait d'une faible estime de soi avec le sentiment de ne plus être à la hauteur. Dans ce contexte, elle expliquait devoir recevoir une rente AI à 100% pour des raisons psychiatriques, ce qui lui permettait de partir rendre visite à ses neveux et nièces comme elle leur avait promis.

Actuellement, il existait un retentissement modéré des plaintes dans les activités de la vie quotidienne et du ménage d'un point de vue psychiatrique, dans le sens où l'assurée gérait seule son quotidien avec difficulté, dans le sens d'une fatigue qui la ralentissait au quotidien, de même que ses activités administratives. En effet, l'assurée affirmait pouvoir réaliser une partie des tâches ménagères et les courses, avec difficulté. Elle bénéficiait chaque mois de l'aide d'une femme de ménage.

Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques en 2014, évoluant vers des troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique depuis 2015 au présent. Les indices jurisprudentiels de gravité étaient partiellement remplis pour les troubles dépressifs récurrents moyens ; ils ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, actuellement non décompensé. Ce trouble n'avait pas empêché une activité sans difficultés dans le passé, ni un CFC, ni la gestion adéquate du quotidien en dehors des épisodes dépressifs récurrents moyens susmentionnés ; dépendance primaire au cannabis, utilisation épisodique. Il s'agissait d'une dépendance primaire, car elle précédait l'éclosion des épisodes dépressifs et lors des consommations plus importantes, il existait des aggravations dépressives documentées, comme en 2014 selon l'anamnèse.

Depuis 2015, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées dans le sens d'une tristesse modérée présente la plupart de la journée, d'une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration subjectives (car elle pouvait gérer son quotidien, son administratif, s'occuper de son chien, conduire parfois la voiture de son père), d'une fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie, sans isolement social total, mais en partie. En 2014, on retenait une aboulie, une anhédonie et un ralentissement psychomoteur sévère selon l'anamnèse.

La capacité de travail était nulle fin 2014 et de 50% depuis 2015. L'activité habituelle était adaptée (activité avec une hiérarchie simple, sans enjeux relationnels complexes). Ils ont proposé de modifier la classe des antidépresseurs avec l'introduction d'un monitoring sanguin et un sevrage au cannabis.

21. Le 4 décembre 2018, le Dr H_____, du SMR, a rendu un rapport final selon lequel l'expertise psychiatrique était convaincante. L'incapacité de travail était de 50% du 4 août au 15 septembre 2014, de 100% du 16 septembre 2014 au 31 décembre 2014 et de 50% dès le 1^{er} janvier 2015. On pouvait exiger de l'assurée de modifier son traitement médicamenteux.
22. Par projet de décision du 15 janvier 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017. Au 4 août 2015, le taux d'invalidité de 50% ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité mais celle-ci ne pouvait être versée que dès le 1^{er} mai 2017, en raison du dépôt de la demande de prestations le 11 novembre 2016.
23. Le 21 janvier 2019, la Dresse C_____ a écrit à l'OAI que la rente de 50% ne correspondait pas à son évaluation.
24. Le 14 février 2019, l'assurée s'est opposée au projet de décision, en faisant valoir qu'elle était totalement incapable de travailler et que le changement de traitement médicamenteux n'avait pas de sens, car elle avait déjà testé les médicaments indiqués. Elle a communiqué un rapport de la Dresse C_____ du 12 février 2019, selon lequel celle-ci s'étonnait que l'expert ne l'avait pas contactée ; l'assurée ne prenait que très occasionnellement du cannabis et le test urinaire était négatif ; elle n'arrivait pas à gérer son logement, ni ses tâches administratives, ni à effectuer un voyage.

Le changement de traitement proposé par l'expert n'avait aucune chance de réussite car l'assurée avait déjà eu un traitement de cymbalta d'avril 2010 à janvier 2011 occasionnant des effets secondaires, ainsi que des SSRI, avec des effets secondaires de la Fluoxéline et une décompensation dépressive majeure sous Escitalopram. Son état psychique était bien stabilisé avec un antidépresseur qui lui convenait bien. Pendant toute ces années, elle avait fait avec l'assurée un travail conséquent et en profondeur pour qu'elle se sente mieux psychiquement, avec des résultats positifs. L'assurée avait pu supporter la maladie et le décès de sa mère sans décompenser, alors qu'elles vivaient dans une relation de codépendance (plusieurs appels téléphoniques par jour) et se rapprocher de son père qu'elle refusait de voir. Elle avait étoffé son réseau social et mis en place des relations plus équilibrées. Elle avait pu diminuer la consommation de cannabis. Elles avaient essayé depuis 2014 de mettre en route toutes les possibilités de reprise de travail qui, malheureusement, s'étaient soldées par des échecs. Une reprise de travail dans son métier n'était pas envisageable, vu le stress et les comportements dommageables pour la santé que cela occasionnait. L'assurée était complètement incapable de travailler dans toute activité.

25. Le 14 mars 2019, la Dresse H_____, du SMR, a rendu un avis médical confirmant ses précédentes conclusions, en dehors de l'exigibilité de changement de traitement ; par contre, le suivi de la compliance au traitement par un dosage sanguin tous les trois mois pendant six mois était à maintenir.

26. Par décision du 5 avril 2019, l'OAI a alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017.
27. Le 10 avril 2019, l'OAI a informé l'assurée et la Dresse C_____ de l'exigibilité d'un suivi psychiatrique comprenant un dosage sanguin tous les trois mois pendant six mois.
28. Le 14 mai 2019, la Dresse C_____ a écrit à l'OAI qu'un dosage avait été effectué le 23 janvier 2019 confirmant la compliance de l'assurée, mais qui était légèrement en-dessous de la dose thérapeutique, de sorte que celle-ci avait été augmentée mais avait dû être réduite en raison d'importants effets secondaires. Il apparaissait contre-indiqué de ré-augmenter la dose.
29. Le 20 mai 2019, l'assurée, représentée par l'APAS, Association pour la permanence de défense des patients et des assurés, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 5 avril 2019, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et au constat qu'elle n'était pas tenue de se soumettre aux traitements médicaux mentionnés par l'OAI. L'expertise du Dr I_____ n'était pas probante. Il était parti du principe qu'elle souhaitait pouvoir recevoir une rente d'invalidité à 100 % pour voyager en Italie, ce qu'elle ne parvenait même pas à faire. Elle avait besoin d'aide pour effectuer ses tâches administratives, de sorte qu'elle ne pouvait pas exercer comme comptable. Sa psychiatre traitante avait contesté de façon détaillée l'expertise. Elle sollicitait sa propre audition, celle de sa psychiatre, voire une expertise psychiatrique. Elle était totalement incapable de travailler.
30. Le 17 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise du Dr I_____ était probante et qu'aucun élément objectivement vérifiable ne remettait en cause les conclusions de l'expert. Une expertise judiciaire n'était pas justifiée.
31. Le 19 juillet 2019, l'assurée a répliqué. La Dresse C_____ la considérait capable de travailler à 50 % du 14 août au 15 septembre 2014 puis totalement incapable de travailler dès le 16 septembre 2014 ; elle réitérait que l'expertise du Dr I_____ n'était pas probante et indiquait qu'elle avait rendez-vous en septembre pour un examen neuropsychologique et auprès de son médecin, en raison de complications de l'opération de bypass gastrique.
32. Le 30 septembre 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « S'agissant de mon état de santé j'ai toujours des insomnies, des difficultés de concentration. Je n'arrive pas du tout à faire mes papiers administratifs. Je suis très angoissée, j'ai des crises d'angoisse. Je ne pourrais pas du tout travailler dans le domaine administratif. Quant à une autre activité, je ne sais pas si j'en serai capable. J'ai récemment passé des tests cognitifs aux HUG, j'attends le rapport. J'ai cependant eu un retour oral du test selon lequel je ne suis plus capable de travailler. Comme j'étais intéressée par un travail avec des

enfants, la psychologue m'a précisé que je n'étais pas capable d'effectuer ce travail en raison des crises d'angoisses.

J'ai subi une opération de bypass en 2017 mais j'ai eu des complications en juin 2017, soit une inflammation des intestins qui a été mal soignée. J'ai en permanence des difficultés à digérer et je dois me coucher après avoir mangé. J'ai des coliques, de la constipation et j'ai même dû être hospitalisée un jour en août 2019 en raison de mes douleurs au ventre. J'ai reçu une injection de morphine mais j'ai quitté l'hôpital rapidement car j'ai fait une crise d'angoisse. J'ai beaucoup d'angoisses qui me réveillent la nuit. Je dois me lever le matin pour promener mon chien ce qui m'oblige à sortir. Souvent je me rendors après. J'ai beaucoup de mal à faire mes tâches ménagères et c'est une amie qui m'aide pour mes affaires administratives. J'ai par exemple des arriérés d'impôts mais ça fait dix ans que je ne classe plus rien.

J'ai trouvé le Dr D_____ très spécial, il était déplacé sur toute la ligne. Il ne pensait qu'à draguer ses secrétaires. Il m'a beaucoup parlé de série TV car je lui ai dit que ma mère souffrait d'un cancer des poumons, récidive. A ce moment-là, il m'a demandé pourquoi ma mère ne faisait pas comme le héros de la série Breaking Bad qui, alors atteint par un cancer des poumons, se lance dans un trafic de drogue. Je ne me rappelle pas de la durée de notre entretien.

Le Dr I_____ a insisté sur le fait que je ne prenais pas mes médicaments alors que ce n'est pas le cas car je me sens mal si je ne les prends pas. Je sais que ma médecin a longuement téléphoné à une pharmacologue du CHUV laquelle lui a expliqué que l'opération du Bypass pouvait tronquer le résultat des dosages médicamenteux. Je prends du Wellbutrin 150 depuis juin 2015. L'effet est resté le même avant et après l'opération. Avant l'opération j'avais tenté une fenêtre thérapeutique mais en raison des angoisses, de vomissements, de phénomènes de somatisation, j'ai dû recommencer à prendre le médicament. J'ai aussi essayé de l'augmenter en doublant la dose mais cela m'a déclenché des migraines. Je ne fume plus du tout de cannabis. J'ai dû arrêter toute fumée, même la cigarette avant l'opération. Le test d'urine que j'ai fait avec le Dr I_____ était d'ailleurs négatif.

Nous avons tenté avec ma médecin d'améliorer le traitement suite à plusieurs crises d'angoisse qui m'ont prises cet été. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi je n'arrive plus à faire ni mon ménage, ni mes papiers, ni un téléphone administratif. Je vois cela comme une montagne à gravir. J'ai tous mes papiers dans des sacs ce qui me paraît très bizarre car j'ai été comptable durant des années. Je relève que mon travail était très important pour moi, c'était tout dans ma vie. Je n'ai jamais arrêté de travaillé, même pas un jour. Mon ménage est assuré par une femme de ménage depuis quatre mois toutes les deux semaines. Cela est compliqué pour moi d'avoir une personne qui vienne dans mon appartement. Je suis très angoissée à cette idée et je dois beaucoup ranger mes affaires avant qu'elle n'arrive. Tout me paraît insurmontable, cela s'est aggravé. Je signale qu'à la fin de mon emploi, j'ai passé toute une semaine à pleurer au travail, ce qui était dur pour mes collègues. Je ne voyais qu'une solution, celle de mourir mais je ne pouvais pas faire cela à ma mère.

Je suis très irritable avec d'autres personnes. Je m'énerve facilement, je me mets même parfois en danger car je me sens tout le temps agressée, je réponds sur le même ton. J'ai l'impression que j'ai été un paillason pour tout le monde durant toute ma vie. En particulier avant mon opération je recevais beaucoup d'insultes en relation avec mon poids.

Lors de la dernière expertise j'ai parfois été interrogée par le psychiatre seul, parfois par la psychologue seule et parfois par les deux ensembles ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous souhaitons l'audition de la psychiatre traitante, voire une expertise judiciaire. Nous fournirons également la copie du rapport d'examen neuropsychologique des HUG ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Je confirme que le SMR a abandonné l'exigence d'une modification du traitement médicamenteux de la recourante. Nous avons reçu des dosages médicamenteux. Je dois vérifier avec le SMR si la surveillance est terminée. Je pense que prochainement le SMR devra évaluer le suivi psychiatrique. Je vais voir avec le SMR ce qu'il en est ».

33. Le 2 octobre 2019, l'assurée a communiqué un rapport d'examen neuropsychologique-neurocomportemental, du 23 septembre 2019 du service de neurologie des HUG (Docteur K_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité et Madame L_____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie FSP).

Selon ce rapport, l'examen mettait en évidence : un ralentissement à l'accès lexical dans une tâche de fluence verbale catégorielle. Sur le plan exécutif : des performances inférieures à la norme dans une tâche d'inhibition informatisée. En mémoire à court terme, de travail et épisodique verbales, des performances se situant dans les limites de la norme. Au niveau attentionnel : des performances dans les normes en alerte phasique, à la limite inférieure des normes en attention divisée et qualitativement très inférieures aux normes (nombreuses omissions) en attention soutenue. Était objectivé un trouble de l'attention soutenue à corrélérer au reste des données cliniques et paracliniques. D'un point de vue strictement neuropsychologique, le tableau observé était compatible avec la souffrance psychiatrique connue.

34. Le 26 mars 2020, la Dresse M_____ du SMR a rendu un avis médical, selon lequel la présence d'un trouble de l'attention soutenue mis en évidence à l'examen neuropsychologique pouvait être mise en relation avec une fatigabilité de l'assurée, et un ralentissement psychomoteur connu, et était ainsi compatible avec les constatations de l'expert en octobre 2018. Le reste du bilan neuropsychologique était dans la limite de la norme, Par ailleurs, l'anamnèse recueillie par les examinateurs ne relevait pas d'aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assurée par rapport à fin 2018. Au contraire, l'assurée avait stoppé sa consommation de cannabis. Ainsi, pour le SMR, ce rapport de bilan neuropsychologique n'apportait pas d'élément objectif permettant de remettre en question sa précédente appréciation du cas..

35. Le 26 mars 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité et a persisté dans ses conclusions.
36. Le 28 mai 2020, la recourante a observé qu'elle persistait dans ses conclusions et sa demande d'audition de la Dresse C_____, subsidiairement elle concluait à la réalisation d'une expertise psychiatrique judiciaire. Sa capacité de travail comme comptable était nulle, de sorte qu'une comparaison de revenu devait être réalisée. Elle a communiqué un rapport du 24 mai 2020 de la Dresse C_____.

Selon celui-ci, la Dresse C_____ réfutait l'avis du SMR du 26 mars 2020 qui estimait que le rapport des HUG du 23 septembre 2019 n'apportait pas d'élément neuropsychologique nouveau ; il ne s'agissait pas de changements cognitifs intervenus mais d'éléments majeurs qui n'avaient pas été relevés par l'expert en 2018. L'assurée souffrait depuis de nombreuses années de troubles psychiatriques nécessitant un traitement psychotrope et un suivi psychothérapeutique intensif par la Dresse N_____ puis par elle-même. Plusieurs traitements antidépresseurs avaient été prescrits sans amener une amélioration significative. Ces troubles, de plus en plus envahissants, avaient eu pour conséquence un arrêt de travail en 2014 suivi d'un licenciement. Aucune reprise de travail n'avait été possible depuis lors.

Les troubles psychiatriques de l'assurée étaient suffisamment sévères pour induire des troubles cognitifs qui interféraient dans son quotidien et, en particulier, dans ses tâches administratives qu'elle n'arrivait plus à planifier et à exécuter sans aide, ce qu'avait confirmé l'assistante sociale de Pro Infirmis. La perception par l'assurée de ses troubles cognitifs avait pour conséquence une perte de confiance en soi qui induisait des pensées parasites d'incompétence, avec un besoin constant de réassurance par autrui, peu compatible avec un travail de comptable. Une activité adaptée devrait répondre à différents critères pour lui permettre de retrouver une confiance en ses capacités professionnelles, soit un travail sans stress dans une atmosphère sereine, permettant à l'assurée d'aller à son propre rythme pour éviter qu'elle se mette sous pression (ce qui diminuerait son efficacité) et permettant de la rassurer sur ses compétences, avec un superviseur pour valider la qualité de son travail. Ce type d'activité pourrait être exercé par l'assurée à un taux inférieur à 50 %. On notait une discordance entre les tests de l'expertise de 2018 et les résultats des tests effectués par le service de neuropsychologie des HUG. Le Dr I_____ avait par ailleurs reconnu son intolérance au stress. En effet, l'expertise du Dr I_____ concluait que l'assurée avait de très bonnes capacités intellectuelles et de concentration contrairement aux plaintes subjectives de l'assurée. En revanche, les tests des HUG mettaient en évidence des résultats inférieurs à la norme dans certaines fonctions exécutives, en mémoires et surtout au niveau attentionnel, avec des résultats très inférieurs à la norme en attention soutenue. Le rapport concluait à un trouble de l'attention soutenue compatible avec la souffrance psychiatrique connue. Le SMR, en s'appuyant sur l'expertise de 2018, avait proposé des solutions peu convaincantes pour améliorer la capacité de travail de l'assurée et avait dû se rétracter.

Au vu de l'importance de la pathologie psychiatrique, l'assurée nécessitait une rente d'invalidité à 100 %. A la rigueur un taux inférieur à 50 % pourrait être envisagé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

37. Le 9 juin 2020, la Dresse M_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel, si l'on reprenait les conclusions du bilan neuropsychologique du 23 septembre 2019, il était objectivé des troubles de l'attention soutenue, pouvant être compatibles avec la souffrance psychiatrique connue. Ces troubles pouvaient être compatibles avec le trouble dépressif d'intensité moyenne, et pouvaient être mis en relation avec une fatigabilité de l'assurée et un ralentissement psychomoteur connu, constaté par l'expert en 2018 ; ainsi, le résultat du bilan neuropsychologique n'était pas incompatible avec les constatations de l'expert en octobre 2018. Il n'avait pas été constaté de troubles de la mémoire lors du bilan neuropsychologique. L'expert, à l'anamnèse, relevait que l'assurée pouvait faire ses courses seule, se préparer à manger, faire un ménage léger, conduire une voiture et élever ses chiens ; toutes ces activités relevaient l'absence de troubles cognitifs majeurs. On constatait chez l'assurée, endettée, des difficultés à payer ses dettes, et elle s'en remettait pour cela à une assistante sociale, mais cela ne signifiait pas qu'elle n'était plus apte à effectuer ses tâches administratives.

Par ailleurs, on ne savait pas si des tests de validation des symptômes avaient été pratiqués dans le cadre de ce bilan neuropsychologique, ceci afin d'évaluer au mieux la participation de l'assurée, pour les tâches d'attention soutenue. Le rapport médical du 24 mai 2020 de la Dresse C_____ n'amenait en outre pas de nouvel élément objectif permettant de remettre en cause les constatations et conclusions du Dr I_____ lors de son expertise de 2018. La psychiatre reconnaissait que l'assurée pourrait effectuer une activité adaptée à un taux partiel, même si cela serait à moins de 50 %, alors que l'expert l'estimait à 50 %. La psychiatre n'amenait pas d'éléments objectifs pour appuyer ses dires. Il s'agissait d'une appréciation différente du même état de fait.

38. Le 10 juin 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.
39. A la demande de la chambre de céans, le Dr I_____ a donné des renseignements complémentaires le 12 août 2020.

Après lecture des nouveaux rapports des HUG (examen neuropsychologique) et de la psychiatre traitante, il maintenait ses conclusions, car ces rapports ne discutaient pas les indices jurisprudentiels de gravité de novembre 2017 ; c'était en tenant compte de ceux-ci qu'il avait pu conclure à une capacité de travail de 50 % dans le dernier emploi, mais aussi en tenant compte des limitations fonctionnelles et de la journée-type objectivables.

Le traitement antidépresseur sous-dosé était peu efficace et devait être augmenté et analysé.

La psychiatre traitante indiquait que les troubles étaient de plus en plus envahissants alors même qu'elle avait constaté une évolution du trouble dépressif

de sévère à moyen ; les troubles cognitifs apportés n'étaient pas objectivables par les activités possibles durant une journée-type alors qu'il confirmait qu'un travail stressant pouvait aggraver la situation de l'assurée, avec risque de rechute augmenté ; toutefois, tous les emplois de comptable n'étaient pas par définition tous stressants et il devait évaluer la capacité de travail à un moment donné, sans considérer que s'il existait un risque d'aggravation en cas de stress (qui était possible mais pas certain en fonction de l'employeur) la capacité de travail devait être considérée comme étant nulle.

La psychiatre traitante fixait un taux de capacité de travail inférieur à 50 % ce qui était imprécis et indiquait à tort que les HUG avaient objectivé un trouble de la mémoire. Au jour de l'examen neuropsychologique, l'assurée avait fait état de plaintes différentes, en particulier d'attaques de panique et cet examen avait eu lieu près d'une année après le sien, de sorte que la situation avait pu évoluer. L'assurée avait indiqué lire des romans, des histoires vraies alors que tel n'était plus le cas au jour de l'examen aux HUG. Les troubles objectivés étaient modérés et il n'y avait pas de validation des plaintes de l'assurée (par exemple celle liée à la perte d'objets dès lors qu'il n'y avait pas de trouble mnésique objectivable). Il maintenait ses conclusions constatant une capacité de travail de 50 % dans le dernier emploi, en précisant qu'il n'avait pas revu l'assurée en 2019.

40. Le 31 août 2020, la Dresse M_____, du SMR, a estimé que le rapport du Dr I_____ lui permettait de maintenir les conclusions précédentes.
41. Le 1^{er} septembre 2020, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du Dr I_____ et du SMR.
42. Le 9 septembre 2020, l'assurée a observé que c'était à tort que le Dr I_____ ne tenait pas compte du rapport de la Dresse C_____ du 24 mai 2020 au motif que celui-ci ne discuterait pas les indices jurisprudentiels de gravité ; son traitement antidépresseur n'était pas sous-dosé car son dosage était correct et des tentatives d'augmentation du traitement avaient été un échec ; la Dresse C_____ avait décrit correctement l'évolution de son état de santé, avec l'aggravation en 2014, reconnue d'ailleurs par l'expert, de sorte que la critique de celui-ci quant aux troubles de plus en plus envahissants n'était pas compréhensible. La journée-type était décrite de façon différente par l'expert et la Dresse C_____ ; le Dr I_____ ne se prononçait pas non plus sur l'avis de la psychiatre traitante quant à son incapacité totale d'assumer une activité de comptable, ce d'autant qu'il estimait que tout travail stressant pouvait aggraver la symptomatologie et qu'elle n'arrivait plus à remplir les exigences de son ancien emploi, compte tenu de l'environnement de travail stressant. Le Dr I_____ admettait qu'une évolution avait pu avoir lieu depuis son expertise, de sorte qu'on ne comprenait pas pourquoi il maintenait ses conclusions. Le Dr O_____ ne relevait pas, à tort, que les performances attestées à l'examen neuropsychologique étaient très inférieures aux normes en attention soutenue.

Contrairement à l'avis du Dr I_____, cet examen retenait des troubles mnésiques objectivables et l'atteinte n'était pas modérée. Les attaques de panique ressortaient du dossier car la psychiatre traitante avait mis en avant un trouble de la personnalité anxieuse. Les réponses du Dr I_____ étaient peu motivées et peu convaincantes.

43. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. a. 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

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 qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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.

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

d. 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt

du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
10. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être

déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

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

11. a. En l'occurrence, l'intimé se fonde sur l'expertise du Dr I_____ et de Mme J_____ du 26 novembre 2018 (complétée le 12 août 2020) ainsi que sur les avis du SMR des 4 décembre 2018, 14 mars 2019, 26 mars 2020, 9 juin 2020 et 31 août 2020 pour retenir une capacité de travail de la recourante dans toute activité de 50 % du 4 août au 15 septembre 2014, nulle du 16 septembre au 31 décembre 2014 et de 50 % dès janvier 2015.

La recourante invoque une incapacité de travail totale depuis le 16 septembre 2014, en se fondant sur les avis de sa médecin traitante, la Dresse C_____, ainsi que sur le rapport d'évaluation neuropsychologique - neurocomportemental du 23 septembre 2019.

b. Fondée sur trois entretiens d'une durée totale de six heures, les pièces médicales du dossier et des examens psychométriques et biologiques, comprenant les plaintes de la recourante, une anamnèse, la description d'une journée-type et du status, des diagnostics clairs et motivés, l'analyse des indicateurs de gravité jurisprudentiels et une évaluation de la capacité de travail motivée et convaincante, le rapport d'expertise du 26 novembre 2018 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Le Dr I_____ a retenu, comme diagnostic incapacitant, des troubles dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques en 2014, évoluant vers des troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique depuis 2015. Les limitations fonctionnelles étaient modérées, soit une tristesse modérée, une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie, avec isolement social partiel.

Les indices jurisprudentiels de gravité pour le diagnostic retenu étaient partiellement remplis depuis 2015.

L'expert a proposé un changement de classe des antidépresseurs, avec monitoring sanguin et sevrage au cannabis. Cette proposition de modification du traitement n'a finalement pas été retenue par l'intimé. Seul un suivi de la compliance pendant six

mois a été maintenu, lequel n'est pas litigieux (avis du SMR du 14 mars 2019 ; procès-verbal d'audience du 30 septembre 2019) et l'intimé a par ailleurs reconnu que la recourante avait stoppé sa consommation de cannabis (avis du SMR du 26 mars 2020).

c. Les avis de la Dresse C_____ ne sont pas à même de mettre en doute la reconnaissance, par l'expertise précitée, d'une capacité de travail de la recourante de 50 % depuis janvier 2015, dans toute activité, à tout le moins jusqu'au jour de la décision litigieuse, le 5 avril 2019.

En effet, la Dresse C_____ a mentionné des limitations fonctionnelles liées à la symptomatologie dépressive, soit fatigabilité, troubles du sommeil majeurs, troubles de la concentration et de l'attention, doutes répétitifs, manque d'estime d'elle-même (rapport du 3 juillet 2017) et du stress (rapport du 12 février 2019). Or, ces limitations fonctionnelles ont été prises en compte par le Dr I_____, celui-ci ayant constaté notamment une intolérance au stress et une fatigue avec un ralentissement psychomoteur. Seuls les troubles de la concentration et de l'attention n'ont pas été considérés par l'expert comme objectivés, au vu de l'examen clinique et de l'examen psychométrique effectués, contrairement à l'avis de la Dresse C_____.

A cet égard, le rapport neuropsychologique des HUG du 23 septembre 2019 conclut à la présence d'un trouble de l'attention soutenue (performances très inférieures aux normes). Contrairement à l'avis du Dr I_____, cette appréciation ne permet pas de retenir une atteinte seulement modérée, compatible avec ses constatations d'octobre 2018. Au contraire, cet examen permet d'objectiver un trouble important, lequel a été corroboré par la Dresse C_____ et l'assistante sociale en octobre 2019, qui semble interférer de manière significative avec la capacité de la recourante à gérer toute tâche administrative et qui permet de douter de la capacité de la recourante à exercer une activité de comptable, voire à exercer une autre activité, même à un taux réduit de 50 %. En effet, la Dresse C_____ relève, dans son rapport du 24 mai 2020, que les troubles psychiatriques induisent des troubles cognitifs qui empêchent la recourante de gérer ses tâches administratives, de sorte qu'elle a besoin d'être aidée, ce que l'assistante sociale de Pro Infirmis avait confirmé le 21 octobre 2019. Ces troubles engendrent aussi une perte de confiance en soi, avec un besoin constant de réassurance, incompatible avec un travail de comptable. Elle a relevé une discordance entre les tests effectués par le Dr I_____ et Mme J_____ et celui effectué par les HUG, lequel met en évidence des troubles, surtout en attention soutenue.

Cependant, cette aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'examen du Dr I_____ d'octobre 2018, n'est objectivée qu'à partir de l'examen neuropsychologique de septembre 2019, soit postérieurement à la date de la décision litigieuse, le 5 avril 2019. Dans son complément d'expertise du 12 août 2020, le Dr I_____ admet d'ailleurs qu'une évolution a pu avoir lieu entre son

propre examen (en dernier lieu le 31 octobre 2018) et l'examen neuropsychologique des HUG (le 23 septembre 2019).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

En conséquence, cette aggravation ne saurait être prise en compte dans le cadre du présent litige, mais pourrait faire l'objet d'une nouvelle demande de la part de la recourante.

12. Au vu de ce qui précède, s'agissant de la période de 2015 à avril 2019, objet du présent litige, aucun élément ne permet de contester les conclusions probantes du Dr I_____ et de Mme J_____ quant à une capacité de travail de 50 % de la recourante dès janvier 2015, dans toute activité.

Partant, le degré d'invalidité de la recourante, de 50 %, calculé sur la base d'un revenu sans et avec invalidité identique, ne peut qu'être confirmé.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Vue l'issue du litige, il y a lieu de condamner la recourante 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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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