RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2766/2020 **ATAS/1169/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Stéphane CECCONI	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

A **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'expertisée ou la recourante), née le _____1989, est au bénéfice d'une maturité gymnasiale. Elle a travaillé en dernier lieu en tant qu'assistante d'équipe à 100 % du 1er juillet 2016 au 31 octobre 2017 (résiliation par l'employeur).

b. L'assurée a été en incapacité de travail du 21 avril 2017 au 1er mai 2017, en raison d'une anémie ferriprive attestée par la docteure B_____, médecin généraliste, puis en raison d'un épuisement physique et moral attesté par le docteur C_____, médecin généraliste, qui a suivi l'assurée pour ce motif dès le 3 mai 2017.

c. L'assureur perte de gain du dernier employeur a alloué des indemnités journalières en raison de l'incapacité de travail, dès le 21 avril 2017 et jusqu'au 31 janvier 2019.

d. L'assurée a consulté un psychiatre, le docteur D_____, depuis le mois de septembre 2017.

B. **a.** Le 6 septembre 2017, l'assurée a sollicité des prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé).

b. L'OAI a obtenu de l'assureur perte de gain, pour les besoins de l'instruction de la demande du 6 septembre 2017, un rapport d'expertise établi par le docteur E_____, psychiatre, (rapport du 20 décembre 2017). Dans ce rapport destiné à l'assureur perte de gain, l'expert a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.11). Il était vraisemblable, sur la base de l'anamnèse, qu'une symptomatologie dépressive non connue ni traitée avait déjà été présente avant la prise d'emploi en juillet 2016. La pathologie de l'expertisée était chronique. Le pronostic concernant la reprise d'un travail était réservé en l'absence d'une adhésion de l'expertisée à son traitement psychothérapeutique et à la prise d'un traitement psychotrope. Au niveau clinique, la symptomatologie justifiait une incapacité de travail ; toutefois l'expertisée n'était pas libérée de l'obligation d'adhérer aux soins intégratifs, proposés selon les règles, tels qu'ils lui avaient été proposés par ses médecins. Il était dans son intérêt qu'une détection précoce auprès de l'assurance-invalidité soit mise en place en vue du prononcé de mesures de réadaptation. L'expert recommandait une réévaluation d'ici janvier 2018.

c. Selon le Dr C_____, l'assurée était apte à une réadaptation professionnelle dès le 3 janvier 2018. Sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée, mais nulle dans son ancienne activité.

d. Le 29 janvier 2018, l'OAI a proposé une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle à l'assurée (dix séances de coaching).

e. Le 14 mai 2018, l'OAI a accordé à l'assurée une formation sous la forme d'un cours de français rédactionnel et d'un perfectionnement en bureautique. Une personne chargée de la réadaptation professionnelle a relevé à la suite de cette

mesure que l'assurée lui avait fait part de problèmes de sommeil persistant et du fait qu'elle n'envisageait pas de pouvoir rechercher du travail avant le mois d'octobre 2018.

f. L'assurée a continué à percevoir des indemnités journalières de l'assurance perte de gain, malgré l'absence de la réévaluation sollicitée par l'expert E_____ dans le cadre de l'expertise.

g. Le 4 janvier 2019, l'OAI a reçu un rapport du Dr D_____, psychiatre de l'assurée, qui niait toute capacité de travail dans une activité habituelle ou adaptée. Le diagnostic qu'il posait était celui d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), depuis 2017, d'apparition progressive, et d'un trouble mixte de la personnalité, traits anxieux et dépendants (F61.0) non incapacitants. Ce médecin constatait une bonne amélioration de l'état psychique de sa patiente dès le mois de janvier 2018 et retenait un épisode dépressif moyen. La patiente avait selon lui besoin d'une aide à la réadaptation.

h. Par avis du 15 avril 2019, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), soit pour lui le docteur F_____, a résumé l'historique médical de l'assurée et sollicité un complément du Dr D_____ afin de clarifier si l'état de santé de l'assurée était compatible avec un programme d'entraînement au travail.

i. Le Dr D_____ a répondu à cette demande d'informations en ce sens que le programme était parfaitement adapté à l'assurée. La capacité de travail de cette dernière était susceptible de s'améliorer mais il était peu probable qu'elle dépasse 50 % dans un contexte probablement sans exigence de rendement.

j. L'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a, sur demande de l'OAI, indiqué que l'assurée avait droit aux indemnités de chômage et que le taux d'activité qu'elle recherchait était de 100 %. Du 1er février 2019 au 13 juin 2019, l'assurée avait cependant touché le chômage en fonction d'une capacité de travail de 50 %, puis plus rien, son dossier ayant été annulé.

k. Au mois d'août 2019, l'assuré a commencé un nouvel emploi dans un cabinet d'architectes à un taux d'activité de 60 %.

l. Dans un avis du 19 août 2019, le SMR a estimé que les différentes pièces médicales ne permettaient pas d'évaluer la sévérité de l'atteinte psychique de l'assurée, plusieurs diagnostics étant évoqués (épuisement burnout, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, troubles de la personnalité, traits anxieux et dépendants), de sorte qu'il était recommandé d'ordonner une expertise psychiatrique.

m. Au mois de novembre 2019, l'assurée a travaillé durant trois semaines à plein temps et envisageait de proposer à son employeur d'augmenter son taux d'activité à 80 % par la suite.

n. Sur mandat de l'OAI, le docteur G_____, psychiatre, a établi l'expertise psychiatrique requise par le SMR et a vu, pour se faire, l'assurée à son cabinet le 17 décembre 2019. Il a rendu son rapport le 10 janvier 2020. L'expert a retenu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère avec syndrome somatique (F32.01), sans trouble de la personnalité, mais une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.0). L'amélioration de la situation affective de l'expertisée dès le mois de mai 2018 (avec la rencontre d'un nouveau compagnon) avait amené à une amélioration sensible de son état de santé, laquelle était concomitante avec le début d'un traitement psychotrope préconisé par l'expert E_____. L'examen psychiatrique fait le 17 décembre 2019 était totalement normal. L'expertisée ne présentait quasi aucun trouble de concentration, aucun trouble de la conscience, de l'orientation, de la mémoire, des perceptions, ni de trouble formel de la pensée. L'expertisée n'avait pas de ralentissement psychomoteur, le contenu des pensées était sans particularités, la sphère des affects retrouvait une humeur tout à fait satisfaisante, sans tristesse particulière ; le seul petit signe persistant était la présence d'une fatigue à prédominance vespérale notamment après une journée de travail. Des troubles de concentration étaient évoqués mais n'étaient pas retrouvés lors de l'examen. Selon l'expert, on était loin d'une franche adynamie, la labilité émotionnelle était à peine perceptible et les fonctions du moi n'étaient pas altérées. L'expertisée travaillait avec un rendement entier, à un taux de 60 %, lequel allait augmenter à 80 % dans les semaines à venir. Il n'y avait plus aucune limitation fonctionnelle si ce n'était une fatigue résiduelle. Celle-ci imposait une augmentation progressive de la capacité de travail. Mme A_____ s'était entretenue avec son employeur qui acceptait une augmentation progressive de la capacité de travail. Au jour de l'expertise (soit « aujourd'hui »), l'on pouvait dire que l'état psychologique était très satisfaisant ; le retour en emploi était effectif depuis cinq mois. Aussi, il n'y avait plus de diagnostic incapacitant.

S'agissant de la différence de diagnostics avec celui retenu en décembre 2017 par le Dr E_____, l'expert G_____ ne notait pas de réelle discrépance, l'expertisée ayant été vue à des moments différents et, s'agissant de la première expertise, alors qu'elle ne prenait pas de psychotropes. Depuis lors, l'état de santé de l'expertisée s'était nettement amélioré. En outre, la longueur de l'évolution même avec une éviction professionnelle ne plaidait pas en faveur du diagnostic d'un trouble de l'adaptation F43.2 suggéré par le Dr C_____. Enfin, s'agissant de l'avis du psychiatre traitant, celui-ci n'était pas fondamentalement divergent, le psychiatre traitant ayant d'ailleurs estimé en janvier 2019 que l'assurée pouvait être soumise à une réadaptation professionnelle.

o. Le SMR, se référant à l'expertise du Dr G_____, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère avec syndrome somatique F32.01, traits de personnalité dépendante Z73.0. Il a demandé des précisions à l'expert qui décrivait un statut psychiatrique normal, hormis une légère fatigue vespérale non

incapacitante et pas de limitations fonctionnelles significatives, tout en attestant d'une capacité de travail de 60 % en décembre 2019, pouvant augmenter à 80 % dans les semaines à venir.

p. Par courrier du 4 février 2020, l'expert a répondu qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante, c'est-à-dire d'incapacité durable de travailler. En revanche, le diagnostic retenu était bien celui d'un épisode dépressif dont l'intensité avait pu varier en fonction des épisodes. Ce trouble était en phase de consolidation, ce qui avait permis une reprise de l'activité professionnelle (soit au mois d'août 2019). Il convenait de retenir une capacité de travail de 100 % car le choix de 80 % était contractuel et non lié à l'évolution de l'état de santé.

q. Dans un rapport final, le SMR a considéré que l'expert avait retenu, dans son complément d'expertise du 4 février 2020, une capacité de travail nulle dès le 21 avril 2017 et une pleine capacité dès le mois de mai 2018.

r. Par projet de décision du 30 mars 2020, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il lui octroyait une rente d'invalidité entière d'une durée limitée, soit du 1er avril 2018 au 30 juillet 2018. Le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'incapacité de travail avait été totale dans toute activité dès le mois d'avril 2017, soit dès le début du délai d'attente d'un an. À l'échéance de ce délai, à savoir en avril 2018, la capacité de gain de l'assurée était jugée nulle, par conséquent le droit à une rente entière était reconnu à l'assurée mais une pleine capacité de gain était retenue dès le 1er mai 2018, de sorte que le droit à la rente devait s'éteindre après une période d'amélioration constatée de trois mois, à savoir dès le 1er août 2018. Les mesures professionnelles n'étaient en conséquence pas indiquées.

s. Par courrier du 4 avril 2020, la recourante s'est opposée au projet de décision en relevant qu'elle n'avait pas la capacité de travailler à plus de 60 % et que sa santé ne s'était pas améliorée, la fatigue et le besoin d'un traitement antidépresseur persistaient. Son incapacité de travail était attestée par certificats médicaux.

t. Le 29 juin 2020, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait augmenté son taux d'activité à 70 %, à la demande de son employeur dès le 1er juin 2020 ; son activité pouvait être revue à la baisse selon l'évolution de son état de santé. Elle a transmis un certificat médical de son psychiatre qui résumait les périodes d'incapacité de travail et indiquait que les augmentations du temps de travail avaient pu se faire en accord avec l'employeur de manière synchrone à l'amélioration de l'état de santé de l'assurée. Cela s'était, pour l'instant, bien déroulé sans péjoration de l'état psychique.

u. Dans un avis du 5 juillet 2020, le SMR a confirmé le projet de décision, relevant que la capacité de travail était nulle depuis avril 2017 est pleine depuis mai 2018.

v. Par décision du 17 juillet 2020, l'OAI a confirmé le projet du 30 mars 2020 par lequel il octroyait à l'assurée une rente d'invalidité entière d'une durée limitée,

soit du 1er avril 2018 au 30 juillet 2018, dans la mesure où l'incapacité de travail était totale dans toute activité du mois d'avril 2017 (début du délai d'attente d'un an) au mois d'avril 2018, mais à nouveau entière dès le 1er mai 2018 ; le droit à la rente devait s'éteindre après une période d'amélioration constatée de trois mois à savoir dès le 1er août 2018. Les mesures professionnelles n'étaient en conséquence pas indiquées.

C. **a.** Par acte du 14 septembre 2020, complété le 19 octobre 2020, l'assurée a recouru contre la décision du 17 juillet 2020 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Elle concluait à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1er avril 2018 au 31 janvier 2019, puis à hauteur de ce que justice dirait, mais au minimum d'une demi-rente. Elle faisait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du fait qu'elle était toujours en incapacité de travail partielle.

b. Le 16 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'expert G_____ avait relevé des problématiques psychosociales à la base des diagnostics retenus (surcharge d'activité professionnelle et difficultés au sein de la relation affective) et estimé que l'assurée était pleinement capable de travailler dès le mois de mai 2018 compte tenu de l'amélioration de l'état de santé corroboré par les éléments au dossier, en l'absence de tout diagnostic incapacitant.

c. Le 29 janvier 2021, la recourante a fait parvenir sa réplique et une pièce médicale à la chambre de céans. L'expert G_____ ne s'était pas prononcé sur sa capacité de travail pour la période antérieure au rapport d'expertise dressé en décembre 2019. L'expert s'était en outre contredit en retenant une pleine capacité de travail dès le mois de décembre 2019 alors qu'il avait expliqué que la fatigue résiduelle imposait une augmentation progressive du temps de travail. Elle avait tout fait pour réduire son dommage en reprenant une activité à temps partiel, laquelle avait été rendue possible grâce à la grande flexibilité de son employeur. Son médecin et son psychologue traitants, dont elle produisait un nouveau rapport, retenaient des diagnostics de trouble dépressif récurent moyen (F33.1) et de trouble mixte de la personnalité (F.61) et une capacité de travail de 50 %.

d. Le Dr D_____ et le psychologue H_____ ont attesté dans un rapport du 28 janvier 2021 que leur patiente avait présenté un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique du mois d'août 2017 à janvier 2019 (F.32.2), puis un trouble dépressif récurrent, épisode moyen dès janvier 2019 (F.32.1), ainsi qu'un trouble de la personnalité, avec traits anxieux dépendants (F.61), sans incidence directe sur la capacité de travail mais constituant un facteur de vulnérabilité.

e. Après transmission de cette écriture et des pièces y annexées à l'OAI, la chambre de céans a gardé la cause 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. Interjeté dans le délai et la forme prescrite, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité entière du 1er août 2018 au 31 janvier 2019 et d'une demi-rente au moins dès le 1er février 2019.

4. À teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, ladite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées ; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Étendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un

environnement psychosocial intact [ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; ATF 131 V 49 consid. 1.2]).

5. Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

6. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b ; ATF 107 V 219 consid. 2 ; ATF 105 V 29 et les références ; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou la suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2 ; ATF 131 V 164).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette

dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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 ne soit à craindre (arrêt du Tribunal fédéral I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

À cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge 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. 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 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a ; 1991 n°11 et 100 consid. 1b ; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157).

7. En l'espèce, le psychiatre mandaté par l'assurance perte de gain a dressé une expertise, le 20 décembre 2017, et posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.11). La pathologie était chronique et le pronostic concernant la reprise d'un travail réservé en l'absence d'une adhésion de l'assurée à son traitement psychothérapeutique et à la prise d'un traitement psychotrope. L'expert a cependant rappelé que l'assurée devait adhérer à un traitement thérapeutique et recommandé une réévaluation à fin janvier 2018.

L'expert mandaté par l'intimé a, pour sa part, le 10 janvier 2020, retenu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère avec syndrome somatique (F32.01) sans trouble de la personnalité mais une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.0). Le statut psychique était au jour de l'expertise, soit le 17 décembre 2019, quasi normal. La fatigue n'était pas incapacitante. À la fin de son rapport, en réponse à des questions sur la capacité de travail de l'expertisée, l'expert a indiqué une capacité de 60 %, qui augmenterait à 80 % dans les semaines à venir. Dans un complément requis par l'OAI, l'expert a considéré que la capacité de travail de l'expertisée était entière, le choix d'un taux de 80 % (indiqué par l'expertisée en décembre 2019) était un choix contractuel. L'expert expliquait l'amélioration de la santé de la recourante depuis la première expertise par l'introduction de la médication recommandée par le premier expert et une nouvelle rencontre sentimentale en mai 2018. Il constatait une reprise d'un emploi en août 2019 et l'absence d'atteinte invalidante, durablement, au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

Le SMR, puis l'OAI, se référant à l'expertise du Dr G_____, ont lu l'expertise et les quelques lignes qui leur avaient été adressées par l'expert en février 2020 comme le constat d'une capacité de travail entière dès le mois de mai 2018, faute d'atteinte incapacitante depuis lors.

Le psychiatre traitant estime au contraire que l'assurée a été en incapacité de travail totale jusqu'au mois de janvier 2019, de 50 % jusqu'au mois de juillet 2019, de 40 % d'août à décembre 2019, de 20 % en décembre 2019 puis de 50 % jusqu'à présent. Il a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurent, épisode sévère sans symptôme psychotique F33.2 jusqu'au début de 2018, puis une amélioration de l'état psychique en même temps qu'une bonne compliance

thérapeutique de l'assurée. Dès le mois de janvier 2019, ce médecin a changé de diagnostic pour retenir celui de trouble dépressif récurrent, épisode moyen.

S'agissant de différents avis médicaux, la chambre de céans constate tout d'abord que le trouble de la personnalité retenu par le psychiatre traitant n'a été retenu ni par l'expert E_____ ni par l'expert G_____. Cette divergence d'opinion n'a, cela étant, pas de réelle pertinence sur la cause à juger dans la mesure où le psychiatre traitant indique que ce trouble n'a pas d'incidence directe sur la capacité de travail de l'assurée, bien qu'il soit selon lui un facteur de vulnérabilité.

Quant aux diagnostics de dépression, la gravité des épisodes a varié au fil du temps comme le reconnaît le psychiatre traitant. Au moment de l'expertise ordonnée par l'OAI, soit le 17 décembre 2019, l'assurée jugeait elle-même que son état s'était amélioré. Elle avait travaillé trois semaines à plein temps et sollicitait un 80 %. Son médecin traitant retenait ce même mois une capacité de 80 %.

Au vu de ce qui précède, l'expert pouvait, sans arbitraire, retenir une pleine capacité de travail dès décembre 2019, en se fondant sur les explications de l'expertisée qui avait travaillé à plein temps durant plusieurs semaines alors que son contrat était initialement de 60 % et sur l'examen pratiqué le 17 décembre 2019 qui ne montrait aucune limitation, malgré la fatigue en fin de journée mentionnée par l'expertisée. L'expert a ainsi retenu à juste titre que dans les faits, malgré un contrat de travail à un taux de 60 %, l'expertisée avait travaillé à plein temps et souhaitait augmenter son taux contractuel de 60 % à 80 %.

L'expertise psychiatrique du Dr G_____ répond d'ailleurs aux réquisits jurisprudentiels. L'expert a pris en compte les plaintes de l'expertisée, a établi une anamnèse précise, pris en considération les différents avis médicaux et discuté les quelques divergences de diagnostics quant à la capacité de travail. Il a expliqué son diagnostic, précisé la raison pour laquelle il ne retenait pas de limitations et a constaté un statut psychique normal au moment de son expertise. S'agissant du diagnostic de l'expert E_____ posé en décembre 2017, l'expert G_____ a rappelé que le trouble dépressif qualifié alors de moyen, l'avait été avant toute médication et avant l'amélioration constatée dès mai 2018. Le trouble avait été considéré comme léger et non incapacitant en décembre 2019, une amélioration s'expliquant par l'introduction dès mai 2018 d'un traitement antidépresseur préconisé par le premier expert et auquel l'assurée s'opposait jusque-là et par le constat d'une reprise d'emploi en août 2019 et d'une future augmentation du temps de travail. L'amélioration de l'état de santé se lit par ailleurs également dans le parcours de l'expertisée qui a repris ses recherches d'emploi à 50 % dès février 2019 et a recommencé à travailler en août 2019 à 60 %. Quant à la divergence d'opinions entre l'expert et le médecin traitant sur la capacité de travail de l'assurée, force est de constater que l'expert a jugé que l'assurée n'était plus limitée dans sa capacité de travail (l'atteinte n'étant plus invalidante au jour de l'expertise) et que le médecin traitant a attesté une capacité de travail de 80 %

en décembre 2019, de sorte que les avis de ses deux médecins n'apparaissent pas particulièrement divergents.

Le rapport d'expertise du Dr G_____ étant plus complet que le simple rapport du médecin traitant, lequel a varié au fil de l'instruction, et plus conforme aux réquisits jurisprudentiels, la chambre de céans lui reconnaîtra une pleine force probante.

L'on ne saurait en revanche, comme l'a fait l'OAI, estimer, sur la base de cette expertise, que l'atteinte psychique n'était plus invalidante dès le 1er mai 2018.

En effet, comme l'a allégué la recourante, l'expert G_____ ne s'est pas expressément prononcé sur le taux de capacité de travail pour la période antérieure à son rapport. Il a, au contraire, jugé qu'au jour de l'expertise (le 17 décembre 2019), l'atteinte psychique n'était plus invalidante, le statut psychique étant quasi normal.

Il apparaît clairement que l'amélioration s'est faite progressivement à partir de l'introduction de la médication et d'une rencontre sentimentale à partir du mois de mai 2018. L'expert a expressément indiqué à plusieurs reprises dans son rapport qu'au jour de l'expertise, soit « aujourd'hui », l'atteinte n'était plus invalidante : « aujourd'hui, grâce au traitement, son état s'est nettement amélioré. Nous sommes donc très cohérents avec ce diagnostic (soit celui du Dr E_____). La seule persistance d'une fatigue ; cette dernière n'est pour le moins pas incapacitante » ; « avec l'amélioration, Madame A_____ a retrouvé aujourd'hui un poste de travail à 60 % auprès d'un cabinet d'architecture. Elle garde une certaine susceptibilité avec une fatigue résiduelle mais cette dernière n'a plus rien d'incapacitant. Aujourd'hui, notre examen objectivise un statu quasi normal » ; « il n'y a pas de franche discrépance. Nous avons évoqué des examens à des moments différents, ce qui pouvait nous amener à trouver des degrés de sévérité différents aux mêmes diagnostics. Aujourd'hui, restitutio ad integrum ».

L'on ne saurait déduire de son complément d'expertise d'une page qu'il aurait jugé que la capacité de travail était entière dès le mois de mai 2018, alors que l'expert ne mentionne même pas ce mois de mai 2018 dans ce complément.

La prise de position de l'expert dans ses quelques lignes de février 2020 permet uniquement de comprendre ce que l'expert voulait dire en retenant que l'atteinte n'était plus invalidante lors de l'expertise, alors qu'il avait répondu en toute fin de son rapport que l'assurée avait une capacité de 60 %, qui augmenterait à 80 % dans les semaines à venir. Ce que l'on comprend en effet de ce courrier, c'est que l'expert ne constatait plus d'atteinte incapacitante au jour de l'expertise, ce qui apparaît cohérent avec le reste du rapport et les explications de l'expertisée. L'expert n'a d'ailleurs pas nié que l'intensité des épisodes dépressifs avait pu varier au fil du temps. Il a ajouté que le trouble dépressif était en phase de consolidation, ce qui avait permis une reprise de l'activité professionnelle. Cette

consolidation semble avoir été suffisante au mois d'août 2019, au vu de la prise d'emploi effective.

En indiquant dans son rapport que l'état de santé psychique de l'expertisée était quasi normal et que l'atteinte psychique n'était plus invalidante, l'expert a dressé un constat au jour de l'expertise comme en témoignent les nombreuses assertions « aujourd'hui » dans son texte.

Quant aux réponses aux questions en fin de rapport, l'on ne peut en saisir le sens qu'en les lisant dans leur contexte. L'explication fournie par l'expert dans son complément du 4 février 2020 permet de s'en assurer.

Ainsi, l'expert se référait manifestement aux faits (taux de travail d'alors de 30 %, travail à plein temps durant trois semaines au mois de novembre 2019 et discussions en cours entre l'expertisée et son employeur pour un taux à 80 %) en répondant aux questions de l'OAI. Sans contredire son expertise, l'expert pouvait considérer que le fait que l'assurée avait souhaité augmenter son taux d'activité à 80 % et non à 100 % relevait du choix personnel, dans la mesure où il exposait plus haut dans son rapport que l'atteinte à la santé n'était pas incapacitante selon ses constats. Par ailleurs, l'expert a relevé que l'expertisée avait constaté une très nette amélioration de ses difficultés depuis sa reprise d'emploi en août 2019.

Ayant constaté qu'au jour de l'expertise, l'état psychologique était très satisfaisant et que le retour en emploi était effectif depuis cinq mois, l'expert était légitimé à retenir que le diagnostic posé n'était désormais plus incapacitant.

En tenant compte de l'ensemble de ce rapport et du courrier de l'expert, la seule lecture possible est celle d'une pleine capacité de travail au jour de l'expertise (soit de la rencontre dans le cabinet de l'expert le 17 décembre 2019) et non avant.

En effet, mis à part les pourcentages de taux de travail évoqués par l'expert qui ont pu porter à confusion, force est cependant de constater que l'expert a indiqué que cinq mois après le retour à l'emploi, l'expertisée ne souffrait plus d'une atteinte invalidante.

La décision attaquée qui retient une pleine capacité de travail dès le mois de mai 2018 se trouve en conséquence sans fondement.

La décision entreprise doit être annulée.

La recourante a dès lors droit à une rente d'invalidité au-delà du mois d'août 2018.

Dans la mesure où l'assurée a recouvré une capacité de travail partielle, à tout le moins de 50 % dès le mois de janvier 2019, conformément à l'attestation de son médecin (capacité partielle sur laquelle l'expert ne s'est pas prononcé), puis d'au moins 60 % dès le 1er août 2019, elle ne peut pas prétendre à une pleine rente au-delà du 1er janvier 2019.

La décision attaquée et l'instruction qui a été menée par l'OAI n'ayant pas porté sur cette période, la cause devra être renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision.

En outre, dès lors que la date de la modification du droit (suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI et qu'un changement de circonstances ne permet de modifier ou de supprimer le droit aux prestations, uniquement lorsque l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période, la cause doit pour cette raison également être renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision quant à une éventuelle suppression de rente après le 17 décembre 2019.

8. La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

9. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 17 juillet 2020.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière du 1er août 2018 au 31 décembre 2018.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction et statue sur les droits de la recourante pour la période postérieure au 1er janvier 2019.
6. Alloue à la recourante une indemnité pour ses dépens de CHF 1'500.- à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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