

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3077/2024

ATAS/342/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2025

Chambre 8

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Jennifer SCHWARZ, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Anny FAVRE, Michael RUDERMANN,
Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) travaillait comme « package center specialist » auprès de la société B_____ (B_____), dans sa filiale à Genève, quand son incapacité de travail a débuté.

b. Dans son rapport du 3 mai 2022, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu que l'assurée présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un état de stress post-traumatique. Elle développait que la décompensation psychique semblait faire suite à des difficultés personnelles avec notamment un dépôt de plainte à l'encontre de son ex-conjoint. Elle bénéficiait d'un suivi de deux séances par semaine et prenait de la paroxétine à raison de 30mg par jour. Sa capacité de travail était nulle pour toute activité.

c. L'assurée a été licenciée pour le 31 juillet 2022.

d. Dans le cadre de la prise en charge par GENERALI ASSURANCES, l'assurance perte de gain maladie, l'assurée a été soumise à un examen auprès de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, en date du 6 septembre 2022. Il ressortait de son rapport d'examen que l'assurée vivait dans la peur depuis 2011-2012, l'homme avec lequel elle avait eu une relation sentimentale la menaçant elle et son fils si elle le quittait. Son ex-compagnon lui avait fait subir durant toutes ces années des violences physiques et sexuelles. En décembre 2021, suite à une nouvelle arrestation de son ex-compagnon, cette fois en raison d'une agression avec tentative de meurtre sur un des amis de l'assurée, cette dernière avait décidé de porter plainte. La procédure pénale était toujours en cours. Elle avait dû demander une protection pour son fils et pour elle-même. Elle avait également emménagé chez sa mère depuis le 1^{er} septembre 2022.

S'agissant de son état de santé, elle avait craqué le 4 février 2022 suite au report d'une audience et en raison de son audition pendant deux jours complets. Elle avait alors appris que son ex-compagnon avait commis des délits sous son nom à elle. Son seul soulagement était de ne plus se rendre à son travail qui était connu de son ex-compagnon et de ses proches. Le stress était toutefois toujours le même. Elle souffrait de troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Elle présentait par ailleurs une fatigue intense. Elle se sentait toujours agressée partout avec la peur de sortir et la sensation de n'être nulle part en sécurité. Il était conclu à une totale incapacité de travail. La guérison et la reconstruction de sa personnalité seraient longues. Elle demandait beaucoup de soins. L'assurée resterait soumise au stress ayant provoqué son effondrement psychique tant que la procédure pénale durerait. La Dre D_____ retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et concluait à une incapacité de travail totale du 4 février au 31 décembre 2022, puis de 70% du 1^{er} janvier au 28 février 2023 puis de 50% à compter du 1^{er} mars

2023. Elle préconisait de réévaluer la situation en février ou mars 2023 pour programmer une reprise à un taux de travail plus élevé.

e. Par courrier du 21 novembre 2022, l'assurance perte de gain a repris les conclusions de la Dre D_____ et a indiqué à l'assurée qu'elle verserait ses prestations à 100% jusqu'au 31 décembre 2022, à 70% du 1^{er} janvier au 28 février 2023, puis à 50% dès le 1^{er} mars 2023 en lui demandant de s'inscrire au chômage.

f. Par rapport du 24 novembre 2022, la Dre C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé avec une majoration des symptômes résultant du diagnostic de stress post-traumatique. Cette aggravation était mise en lien avec la procédure pénale, l'assurée devant encore être entendue par la police. La procédure réactualisait en permanence les traumatismes avec la peur de ne pas être crue et de subir à nouveau des agressions en cas de sortie de son ex-compagnon. Par ailleurs, elle vivait désormais avec sa mère, ce qui impliquait de s'habituer à un nouveau lieu, leur relation étant parfois conflictuelle. À cela s'ajoutait que son fils vivait à l'étranger, ce qui était douloureux pour l'assurée. L'état de santé était dès lors incompatible avec toute activité professionnelle. Elle demandait à GENERALI ASSURANCES de revoir sa position quant au versement des indemnités.

g. Par évaluation du 30 novembre 2022, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, sollicité par GENERALI ASSURANCES, a estimé que les conclusions de la Dre D_____ devaient être maintenues, les éléments invoqués portant sur des contingences familiales et juridiques qu'on ne pouvait pas médicaliser.

B. a. En parallèle, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé) le 22 novembre 2022.

b. Selon le rapport de polysomnographie du 2 novembre 2022, l'assurée présentait un syndrome d'apnée du sommeil sévère.

c. Le 12 décembre 2022, l'assurée s'est inscrite au chômage.

d. Dans son rapport du 13 décembre 2022, la Dre C_____ a rappelé le parcours de vie de l'assurée jusqu'à la rencontre avec son ex-compagnon et la relation avec ce dernier, en relevant les violences subies par l'assurée et le dépôt de plainte. Elle a indiqué retenir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, avec perte de l'élan vital, un sentiment de culpabilité, de honte, des troubles de la concentration, de l'irritabilité, des insomnies et des cauchemars ainsi qu'un état de stress post-traumatique avec des sentiments d'intrusion (cauchemars récurrents concernant les violences subies par son ex-compagnon et des reviviscences diurnes des agressions vécues) et des symptômes d'évitement (repli au domicile, peur de sortir et de se déplacer). Elle précisait que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré lentement et progressivement dans un premier temps. Cependant depuis septembre 2022, suite à l'emménagement chez

sa mère, le licenciement et les aléas de la procédure contre son ex-compagnon, l'état de santé s'était aggravé avec une majoration des angoisses, des douleurs physiques, de l'irritabilité et des troubles du sommeil. Il était noté que les quelques interactions que pouvait avoir l'assurée réactivaient les traumatismes. Par exemple, l'évaluation du sommeil avait été très traumatisante pour l'assurée. En plus de ses consultations de psychothérapie, elle participait depuis l'été à une séance d'ergothérapie par semaine. Il était conclu à une totale incapacité de travail, ce dans toute activité.

e. Par certificat du 19 décembre 2022, la Dre C_____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 30% dès le 1^{er} janvier 2023.

f. Par rapport du 19 avril 2023, la Dre C_____ a indiqué que les séances étaient désormais hebdomadaires, le traitement médicamenteux avait été modifié en raison du manque d'efficacité. Ainsi, depuis janvier 2023, l'assurée était sous venlafaxine 150 mg. La capacité de travail était évaluée à 30% pour toute activité.

g. Par envoi du 12 juin 2023, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a répondu ne pas avoir vu l'assurée depuis le 7 décembre 2022.

h. Par rapport du 10 juillet 2023, la Dre C_____ a conclu à une incapacité totale de travail, étant précisé que le traitement avait été augmenté à 225 mg de venlafaxine par jour avec 100 mg de gabapentine le soir.

i. Par courrier du 13 novembre 2023, GENERALI ASSURANCES a annoncé à l'assurée que les indemnités prendraient fin le 3 février 2024 au soir compte tenu de l'épuisement du droit aux prestations.

j. Une expertise bi-disciplinaire a été ordonnée par l'OAI auprès de SWISS EXPERTISES MÉDICALES SÀRL. Selon le rapport du 4 janvier 2024 émanant des docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'épisode dépressif était actuellement en rémission complète et le trouble d'état de stress post-traumatique n'avait pas pu être mis en évidence. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était nulle de février à décembre 2022, de 30% du 1^{er} janvier au 31 mars 2023, de 50% d'avril à fin juillet 2023, puis à 100% dès le 1^{er} août 2023. Sur le plan somatique, la capacité de travail avait toujours été totale. Il n'y avait pas de limitation sur le plan psychiatrique. Sur le plan physique, l'activité ne devait pas impliquer de conduite de véhicule professionnel, de travail nocturne, de position debout prolongée au-delà de vingt minutes et de marche sur une distance supérieure à 500 m.

k. Par projet de décision du 26 janvier 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 juin 2023 puis de 69% du 1^{er} juillet au 31 octobre 2023. Le droit aux mesures professionnelles a été nié.

l. Sur demande de GENERALI ASSURANCES, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné le dossier de l'assurée. Il ressortait de son évaluation du 3 février 2024 que les diagnostics n'étaient pas clairs. L'appréciation de la Dre D_____ n'avait en réalité par évalué les critères d'un trouble de stress post-traumatique alors que l'événement causal (agressions répétées relevant du pénal) se qualifiait comme traumatique au sens du DSM-5. Les rapports de suivi ou expertise successifs combinaient les diagnostics de trouble de stress post-traumatique et de dépression alors que leurs symptomatologies se recouvraient en partie, étant précisé que le trouble de stress post-traumatique expliquait mieux les autres symptômes tous d'ailleurs décrits en réponse aux événements traumatiques. Il retenait dès lors que le diagnostic de dépression pourrait être superflu.

m. Par courrier du 28 février 2024, l'assurée a contesté le projet de décision. Elle a relevé que le Dr H_____ ne l'avait pas écoutée et n'avait pas cherché à comprendre sa situation. L'expertise de l'assurance perte de gain faite en août 2023 n'avait pas été prise en compte. Elle avait été obligée par GENERALI ASSURANCES à s'inscrire au chômage et à changer son taux de capacité de travail sous peine de ne pas percevoir ses indemnités journalières, l'assurance perte de gain avait poursuivi le versement malgré l'inscription au chômage. Elle n'avait jamais indiqué être en couple. Elle vivait avec quelqu'un, mais ne voulait pas donner de détails pour des raisons de sécurité. Concrètement, elle vivait avec sa mère. Elle avait peur de tout et de tout le monde. Elle était dans l'évitement en permanence. Elle arrivait à payer ses factures car il fallait uniquement appuyer sur un bouton, mais préparer un dossier comme son courrier de contestation lui prenait des jours et des jours. Jouer à un jeu n'avait rien à voir avec la vie quotidienne. Elle oubliait tout. Il était également faux de prétendre qu'elle n'avait pas montré de signe de panique ou de stress lors de ses auditions alors qu'elles avaient dû être interrompues à plusieurs reprises tellement elle allait mal. Elle joignait notamment à son courrier le rapport de sa psychiatre du 21 février 2024, la copie des arrêts de travail, de l'expertise faite en août 2023 et de la confirmation de la prise en charge par l'assurance perte de gain.

Dans son rapport du 21 février 2024, la Dre C_____ a relevé que l'assurée avait été examinée sur demande de GENERALI ASSURANCES par le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 16 août 2023 au sein du CENTRE D'EXPERTISES MÉDICALES (CEMed). Ce dernier concluait à une totale incapacité de travail en retenant comme diagnostics un épisode dépressif unique modéré et un trouble de stress post-traumatique complexe. La Dre C_____ concluait à une totale incapacité de travail.

S'agissant du rapport d'expertise du Dr J_____ du 4 septembre 2023, il en ressortait que l'expert avait constaté des signes dépressifs, mais pas de ralentissement, ni de troubles cognitifs, de sorte qu'il avait retenu le diagnostic d'épisode dépressif unique modéré sans symptôme psychotique auquel s'ajoutait

un tableau clinique compatible avec un trouble de stress post-traumatique complexe. Il retenait comme limitations : difficultés relationnelles avec repli social et évitement des relations avec autrui, difficultés dans la gestion des émotions avec crises d'angoisse régulières et pleurs, hypersensibilité au stress, diminution anamnétique de la concentration en raison des ruminations anxieuses et dépressives, diminutions de la capacité d'adaptation aux changements. Ces limitations justifiaient une totale incapacité de travail jusqu'au moment de l'expertise, il estimait qu'elle durerait encore vraisemblablement six mois, il était toutefois difficile de faire un pronostic, l'assurée restant exposée au vu de la procédure pénale.

n. Par rapport du 3 avril 2024, le service médical de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé que les éléments transmis, notamment l'expertise auprès du Dr J_____, portaient essentiellement sur la période antérieure à l'examen du Dr H_____, de sorte qu'ils ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expert à compter de son examen. Cependant, concernant la période antérieure à l'expertise du Dr H_____, il était admis une incapacité de travail totale du 1^{er} juillet 2023 au 3 janvier 2024, ce dernier n'ayant pas eu accès aux documents produits au moment de son analyse. Pour le surplus, les conclusions étaient maintenues.

o. Par décision du 19 août 2024, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 juin 2023, de 69% du 1^{er} juillet au 30 septembre 2023, et entière du 1^{er} octobre 2023 au 30 avril 2024. Les mesures professionnelles étaient refusées.

C. a. Par acte du 18 septembre 2024, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales (ci-après : la Cour de céans) contre la décision du 19 août 2024, concluant sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la reprise immédiate du versement des prestations rétroactivement au 1^{er} mai 2024, subsidiairement au renvoi à l'OAI pour nouvelle décision. Elle développait que le Ministère public de la Confédération avait retenu qu'elle avait subi de son ex-compagnon à tout le moins une quinzaine de viols, des actes de séquestrations et des menaces, étant précisé que ce dernier était accusé d'autres graves infractions et avait été considéré par une expertise psychiatrique comme souffrant d'un trouble de la personnalité de type dissociale avec mention d'une structure psychopathique. Les audiences de jugement seraient prochainement fixées, ce qui augmentait son mal-être car elle devrait être à nouveau confrontée à son ex-compagnon qui n'avait cessé de nier les faits et de la salir en produisant même des photographies à caractère sexuel. La décision de l'intimé était arbitraire car elle s'appuyait sur l'expertise du Dr H_____ dont les conclusions étaient erronées, faisait fi des rapports de la Dre C_____, de l'expertise du Dr J_____, des atrocités vécues et de son choc post-traumatique, lequel était sans cesse ravivé par la procédure pénale qui allait compter avec de nouvelles audiences. À l'appui de son recours, elle produisait notamment un extrait de l'acte d'accusation caviardé, un extrait de l'expertise psychiatrique pénale du 13 mars 2023, le

rapport de la Dre C_____ du 30 août 2024, un courrier de sa mère daté de septembre 2024 et un état de frais de son conseil.

Dans son rapport du 30 août 2024, la Dre C_____ notait que le traitement comportait désormais des séances bimensuelles, un traitement de venlafaxine de 225 mg par jour et des séances hebdomadaires d'ergothérapie. La recourante était très investie dans son suivi, mais son état ne s'améliorait pas. Elle était totalement incapable de reprendre une activité professionnelle. Hormis de janvier à fin juin 2023 où la capacité de travail avait été évaluée à 30%, la recourante avait été et était toujours en totale incapacité de travail.

Dans sa lettre, la mère de la recourante manifestait son inquiétude grandissante pour sa fille et indiquait être dévastée par son état.

b. Interpellé, l'intimé a, par acte du 14 octobre 2024, conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en se prévalant du rapport d'expertise du 4 janvier 2024 et de l'avis du SMR du 3 avril 2024.

c. Par réplique du 4 novembre 2024, la recourante a persisté en informant la chambre de céans que le procès pénal aurait lieu en décembre 2024. Elle a produit le courrier du 13 septembre 2024 de la Cour des affaires pénales, le rapport de la Dre C_____ du 31 octobre 2024 et un nouvel état de frais daté du 4 novembre 2024.

Dans son rapport du 31 octobre 2024, la Dre C_____ concluait toujours à une incapacité de travail totale et notait que, devant la persistance des symptômes anxieux, un traitement par olanzapine de 2,5 mg avait été instauré depuis le 29 octobre 2024.

d. Par envoi du 28 février 2025, la recourante a produit un nouveau chargé de pièces complémentaires comprenant le jugement du 6 février 2025 qui condamnait son ex-compagnon notamment pour des infractions commises à son encontre, l'avis d'annonce d'appel du 25 février 2025, les certificats médicaux et ordonnances du 1^{er} octobre 2024 au 28 février 2025 ainsi qu'un nouvel état de frais.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision octroyant une rente limitée dans le temps, soit entière du 1^{er} mai au 30 juin 2023, de 69% du 1^{er} juillet au 30 septembre 2023 et entière du 1^{er} octobre 2023 au 30 avril 2024, la recourante concluant à la poursuite du versement de la rente au-delà du 30 avril 2024.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, la décision est postérieure au 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en mai 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 22 novembre 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

4.2 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

4.3 Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas

d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

5. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).
7. Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 – la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente - la plus basse - de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47.5% (al. 4).

8.

8.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

8.2 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, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.3 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

8.4 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

8.5 Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

8.6 Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

8.7 Il est notamment relevé que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8.8 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

- 9.** 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

10.

10.1 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

10.2 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.

10.3 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.4 Selon la jurisprudence, 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).

10.5 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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10.6 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

- 11.** L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré :
- a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou
 - b. atteint 100%.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

l'art.17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

- 12.** 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

13.

13.1 En l'espèce, la recourante conteste l'appréciation médicale de l'OAI et conclut à la reconnaissance de la persistance de sa totale incapacité de travail et au maintien de son droit à la rente au-delà du 30 avril 2024. L'intimé persiste dans sa position en faisant valoir les conclusions de l'expertise du Dr H_____ et du SMR pour admettre une révision du droit à la rente.

13.2 Il sied dès lors d'examiner les rapports médicaux au dossier, en particulier les rapports des expertises psychiatriques des Drs H_____ et J_____ qui ont été partiellement suivis par le SMR, le volet physique de l'expertise de SWISS MÉDICALES SÀRL n'étant pas remis en question.

S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H_____ du 4 janvier 2024, l'on doit relever qu'il ne répond pas sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante.

En effet, de l'aveu même du SMR, le Dr H_____ n'a pas eu accès à un dossier complet puisqu'il n'a pas pu prendre connaissance du rapport d'expertise du Dr J_____ de septembre 2023 qui contredit notamment son appréciation rétrospective de la capacité de travail de la recourante.

À ce stade, il sied de relever que le SMR a partiellement modifié les conclusions du Dr H_____ en retenant une incapacité totale de travail du 1^{er} juillet 2023 au 3 janvier 2024 en se basant sur le rapport d'expertise du Dr J_____.

Or, il convient de relever que le Dr H_____ a écarté le diagnostic de stress post-traumatique et a retenu une capacité de travail totale dès le 1^{er} août 2023 en raison

de la rémission de l'épisode dépressif, seul diagnostic présenté par la recourante selon son appréciation.

De son côté, le Dr J_____, qui n'a pas eu accès au dossier de l'OAI, a retenu un épisode dépressif modéré et un trouble de stress post-traumatique complexe, ces deux diagnostics justifiant la persistance de l'incapacité de travail totale au moment de son expertise et encore vraisemblablement pour plusieurs mois.

Par conséquent, force est de constater que les deux experts ont eu une analyse très différente de l'état de santé de la recourante, notamment quant aux diagnostics, en particulier quant au trouble de stress post-traumatique.

Cette problématique quant aux diagnostics est d'ailleurs soulevée par le Dr I_____ qui s'est également penché sur le dossier de la recourante pour GENERALI ASSURANCES et qui a estimé, quant à lui, que le diagnostic de stress post-traumatique était le plus à même à recouvrir tous les symptômes de la recourante.

Dans son rapport d'expertise, le Dr J_____ a fait un pronostic sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante tout en relevant la difficulté de se prononcer sur une possible amélioration de celle-ci car elle était toujours exposée en raison de la procédure pénale.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de relever qu'en admettant une incapacité totale de travail du 1^{er} juillet 2023 au 3 janvier 2024, le SMR a validé le diagnostic de stress post-traumatique, nié par le Dr H_____, et remis en cause l'appréciation de ce dernier.

Le SMR a donc lui-même considéré que les conclusions du Dr H_____ n'étaient pas probantes.

À cela s'ajoute que, face au refus de la recourante de préciser avec qui elle vivait pour des raisons de sécurité selon ce qui est relaté dans le rapport d'expertise, le Dr H_____ en a, semble-t-il, déduit que celle-ci avait eu les ressources nécessaires pour entamer une nouvelle relation malgré son vécu.

Cet élément a vraisemblablement influencé l'appréciation du Dr H_____ qui s'y réfère notamment pour étayer les ressources de la recourante.

Cependant, cette dernière conteste toute nouvelle relation. Il sied par ailleurs de relever qu'en page 24 du rapport d'expertise, le Dr H_____ a noté « seule » sous vie de couple.

Selon les éléments au dossier, la recourante vit chez sa mère par peur de représailles selon ses déclarations.

Au vu de tous ces éléments, on ne saurait reconnaître de valeur probante à l'expertise du Dr H_____.

Quant à l'expertise du Dr J_____, elle ne repose pas sur un dossier complet et elle ne permet en tout état de cause pas de se prononcer sur l'évolution de

l'incapacité ou capacité de travail de la recourante après septembre 2023, ce dernier soulignant la difficulté de se prononcer sur une possible amélioration.

Quant aux rapports de la Dre C_____, il apparaît que ses conclusions quant à l'évolution de la capacité de travail ne sont notamment pas suffisamment motivées. En effet, pour rappel, la Dre C_____ a annoncé une aggravation de l'état de santé et a conclu à une totale incapacité de travail par rapport du 24 novembre 2022, elle demandait dès lors à GENERALI ASSURANCES de revoir sa position.

Par rapport du 13 décembre 2022, la Dre C_____ mettait en avant l'aggravation de l'état de santé de la recourante et sa totale incapacité de travail. Or, à peine quelques jours plus tard, soit le 19 décembre 2022, elle a émis un certificat de travail en indiquant une capacité de travail de 30% dès le 1^{er} janvier 2023 sans autre motivation.

Par conséquent, il n'existe pas d'avis médical probant permettant de trancher le droit aux prestations.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible.

En l'espèce, au vu des carences du volet psychiatrique de l'expertise de SWISS MÉDICALES SÀRL et du besoin de réactualiser le dossier médical, un renvoi à l'intimé se justifie pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2024.

14. Le recours est partiellement admis.
15. La juridiction saisie dispose d'un large pouvoir d'appréciation quant à la quotité de l'indemnité allouée (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA ; cf. aussi art. 87 al. 1, 2 et 3 LPA) et, de jurisprudence constante, celle-ci ne constitue qu'une participation aux honoraires d'avocat, ce qui résulte aussi, implicitement, de l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03) dès lors que ce dernier fixe le montant minimal de l'indemnité à CHF 200.- et le plafonne à CHF 10'000.- (ATAS/323/2021 du 13 avril 2021 ; ATAS/305/2021 du 6 avril 2021 consid. 10; ATA/198/2021 du 23 février 2021 ; ATA/900/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4b), étant au surplus précisé que la garantie de la propriété n'impose nullement une pleine compensation du coût de la défense de la partie victorieuse (arrêt du Tribunal fédéral 1C_58/2019 du 31 décembre 2019 consid. 3.4; ATA/198/2021 précité ; ATA/900/2020 précité consid. 4b). Pour déterminer le montant de l'indemnité, il convient de prendre en compte les différents actes d'instruction, le nombre d'échanges d'écritures et d'audiences ; le montant retenu doit intégrer l'importance et la pertinence des écritures produites et, de manière générale, la complexité de l'affaire (arrêt du Tribunal fédéral 1C_58/2019 du

31 décembre 2019 consid.3.4 ; ATAS/323/2021 précité ; ATA/198/2021 précité ; ATA/900/2020 précité consid. 4c).

En l'occurrence, la recourante fait valoir une activité de son avocate de plus de 25 heures au coût horaire de CHF 300.-, ce qui représente la somme de CHF 7'600.- (TTC) conformément à l'état de frais produit le 28 février 2025.

La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA), montant tenant compte de la complexité de la cause et du fait que les actes de procédure de l'assurée ont consisté en son recours et sa réplique.

La procédure en matière d'octroi de prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 19 août 2024 en tant qu'elle met un terme au droit à la rente dès le 1^{er} mai 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de dépens de CHF 3'000.- à la recourante.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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