RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3470/2021 **ATAS/1085/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 décembre 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à VERNIER, représentée par la Doctoresse C_____ — recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1968 au Portugal, mariée, mère de deux filles nées, respectivement en _____ 1993 et en _____ 2001, est arrivée en Suisse le _____ 2013. En dernier lieu, elle a travaillé à 80% en qualité d'aide de cuisine dans un restaurant du 1er février 2016 au 31 octobre 2019, date de la fin des rapports contractuels consécutive à son licenciement.

b. Le 8 juin 2020, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une incapacité de travail totale, depuis le 5 novembre 2018.

c. L'OAI a recueilli l'avis des médecins traitants, qui ont fait état d'une maladie de Basedow depuis avril 2018, compliquée d'une orbitopathie dysthyroïdienne symptomatique sévère et inflammatoire, ainsi que d'un état dépressif réactionnel depuis décembre 2018.

d. Dans un avis du 9 novembre 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), en se référant aux rapports médicaux au dossier, a relevé que la maladie de Basedow et la dysfonction thyroïdienne qui en avait résulté était contrôlée/traitée depuis l'automne 2019 (arrêt du Néomercazole) et l'ophtalmopathie avait régressé, sans séquelle, au printemps 2020. Sur le plan psychique, le SMR, au vu de l'évolution favorable des troubles somatiques, a estimé ne pas être en mesure de suivre la prise de position du psychiatre traitant, selon lequel l'incapacité de travail était encore totale, et a, en conséquence, préconisé une expertise psychiatrique.

e. Dans une note du 7 décembre 2020, l'OAI a retenu un statut mixte réparti à raison de 80% pour la sphère professionnelle et de 20% pour la sphère ménagère.

f. L'expertise a été confiée au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assurée le 17 février 2021. Dans un rapport du 27 mai 2021, il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), et a conclu que la capacité de travail de l'assurée, qui réalisait par ailleurs les tâches domestiques sans restriction, était entière, dans l'activité habituelle, depuis le 1er novembre 2020.

g. Par avis du 9 juin 2021, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expert.

B. **a.** Dans un projet de décision du 14 juillet 2021 – non contesté –, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il lui a reconnu une incapacité de travail totale du 5 novembre 2018, début du délai d'attente d'un an, au 31 octobre 2020, en précisant que la rente ne pouvait en principe lui être versée qu'à compter de décembre 2020, en raison du dépôt tardif de la demande de prestations. Dans la mesure toutefois où il n'existait plus d'incapacité de travail en décembre 2020, le

droit à des prestations ne naissait pas. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain.

b. Par décision du 14 septembre 2021, l'OAI a confirmé la teneur de son projet.

C. **a.** Par acte du 12 octobre 2021 complété le 15 novembre suivant, l'assurée, représentée par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, nouvelle psychiatre traitante, a déféré cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en sollicitant une rente et des mesures professionnelles.

b. Dans sa réponse du 15 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a produit l'avis du SMR du 9 décembre écoulé.

c. Dans sa réplique du 10 mai 2022, la recourante a contesté l'avis du SMR précité et a annexé les résultats de l'échelle de dépression de Hamilton du 28 avril 2022 et ceux, non datés, de l'échelle de Hamilton d'évaluation de l'anxiété.

d. Dans sa duplique du 31 mai 2022, l'intimé a maintenu sa position, en indiquant se rallier à l'avis joint du SMR daté de la veille.

e. Sur ce, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

f. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se

sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée (du 14 septembre 2021) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans le délai prévu par la loi, le recours, qui satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; ATAS/653/2022 du 12 juillet 2022 consid. 5.2), sera déclaré recevable.

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

7. 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 1er janvier 2008).

7.1 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.

7.2 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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).

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

8.1 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, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2 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).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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).

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

9.1 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

9.2 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.

9.2.1 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.2.2 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]) ; 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).

9.2.3 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).

9.2.4 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).

10. 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).

11.

11.1 En l'espèce, sur le plan somatique, aucun rapport médical produit dans le cadre de la procédure contentieuse ne remet en cause l'appréciation du SMR (avis des 9 novembre 2020 et 9 juin 2021) étant rappelé que ladite appréciation est elle-même fondée sur les rapports des médecins traitants, selon lesquels la recourante ne présente plus de limitation fonctionnelle au niveau thyroïdien depuis l'automne 2019 et ophtalmologique depuis le printemps 2020.

11.2 Sur le plan psychique, l'intimé, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr SÉCHAUD du 27 mai 2021, estime que la recourante peut travailler à plein temps dans l'activité habituelle dès le 1er novembre 2020.

11.2.1 Ce rapport d'expertise, établi par un spécialiste de la discipline médicale eu égard à l'atteinte à la santé invoquée (psychiatrie), repose sur les pièces médicales du dossier, l'anamnèse, les plaintes de la recourante – qui était assistée par un interprète en langue portugaise –, et l'examen clinique de celle-ci, complété par des tests psychométriques.

Les conclusions de l'expert, au regard des critères jurisprudentiels (ATF 141 V 281 consid. 4), emportent la conviction pour les motifs suivants.

S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'expert, en se référant à la littérature médicale, et sur la base de ses observations, considère que la recourante présente une dépression légère et une anxiété mineure (rapport d'expertise p. 15), sans baisse des capacités adaptatives (à des règles ou des routines) ou de la capacité de jugement, ni de l'endurance. Elle planifie et structure ses tâches quotidiennes (et effectue des activités spontanées), sans avoir de difficultés en soi dans les contacts avec les tiers, un groupe ou la famille (excepté quelques tensions occasionnelles avec des anciens collègues). Ses problèmes à s'affirmer sont dus à la faible maîtrise du français (p. 31).

L'expert relève que la recourante a souffert de deux épisodes dépressifs antérieurs, le premier à la suite de la naissance de sa fille cadette, d'évolution rapidement favorable, et le second en raison de la perte d'emploi de son époux en 2010, ayant motivé un arrêt de travail d'un mois (p. 11). Il retient, pour cette raison, la récurrence du trouble dépressif (p. 22), le dernier étant réactionnel à la maladie de Basedow, dont l'évolution a toutefois été favorable sans séquelle majeure (p. 32) – depuis le printemps 2020 (consid. 11.1 ci-dessus). En l'absence de limitation psychiatrique (notamment pas de trouble patent de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation, jugement et raisonnement conservés ; p. 14), et compte tenu, aux dires mêmes de la recourante, de l'amélioration de son trouble du sommeil grâce à l'augmentation de la dose du Valdoxan (p. 24), et du fait qu'elle réalise les tâches domestiques (p. 26, 34), l'expert conclut qu'elle est apte à travailler dans l'activité habituelle d'aide de cuisine à plein temps, à tout le moins, depuis novembre 2020 (p. 26, 32-33), date de l'augmentation de la dose médicamenteuse (p. 11).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », l'expert indique qu'il n'est pas nécessaire que la recourante change de traitement, l'évolution étant favorable (p. 25). Quand bien même, dans son rapport du 15 novembre 2021, la Dresse C_____, nouvelle psychiatre traitante, préconise un changement d'antidépresseur, une thérapie de type TCC (thérapie cognitivo-comportementale) et éventuellement EMDR, il ne ressort cependant pas du dossier (la Dresse C_____ ne le prétend pas) que la recourante serait confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée.

S'agissant des « comorbidités », les troubles somatiques de la recourante ne sont plus incapacitants, en tout cas, depuis le printemps 2020 (consid. 11.1 ci-dessus).

Dans un rapport du 13 septembre 2020 (dossier intimé p. 188-189), le précédent psychiatre traitant avait fait état d'une agoraphobie, d'une claustrophobie et d'une nyctophobie. À cet égard, l'expert constate – de manière convaincante – que ces phobies n'entraînent pas une incapacité de travail, dès lors que la recourante utilise l'ascenseur, voyage en avion avec le Temesta, se rend dans les grandes surfaces et prend les transports en commun (p. 14). De toute manière, ces phobies ne l'ont pas empêchée d'exercer une activité lucrative (jusqu'à la découverte de la maladie de Basedow).

S'agissant du complexe de « la personnalité », ni l'expert (p. 15) ni les psychiatres traitants ne retiennent un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue.

Pour ce qui est du « contexte social », la recourante s'entend bien tant avec son époux (décrit « comme un homme très gentil, soutenant et compréhensif », p. 9) qu'avec ses deux filles (p. 10). Ils se promènent les week-ends et jouent à des jeux en famille (p. 12). Son contexte familial lui procure donc des ressources mobilisables.

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les symptômes invoqués ne limitent pas la recourante dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'elle est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne (elle s'occupe des tâches ménagères, regarde la télévision [p. 12], écoute de la musique [p. 14], elle est très soignée de sa personne [p. 13]). En outre, l'expert a fait état d'une discordance manifeste entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation (ces derniers donnaient des scores évoquant une dépression et une anxiété sévères, de même que des traits paranoïaques et psychotiques [p. 15-17]) – alors que la recourante n'avait pas d'idée suicidaire (p. 14 et 22]) ou de trouble de l'appétit (p. 22) et que ni le dossier ni l'examen clinique ne mettaient en évidence une symptomatologie psychotique (p. 17), ce qui orientait vers une amplification, voire une majoration des symptômes (p. 17 et 26). Ces éléments plaident déjà en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.2), conduisant d'emblée à nier une atteinte à la santé invalidante, depuis novembre 2020 à tout le moins d'après l'expert.

11.2.2 Les rapports de la Dresse C_____ des 15 novembre 2021 et 10 mai 2022 ne sont pas susceptibles de mettre en doute les conclusions de l'expert.

En effet, la psychiatre traitante répète des éléments déjà connus de l'expert (symptomatologie psychiatrique réactionnelle à la maladie de Basedow, agoraphobie, claustrophobie – laquelle se serait renforcée pendant la première période de pandémie, soit en mars 2020, avant l'expertise psychiatrique réalisée en février 2021, ce qui ne porte pas à conséquence, dès lors que l'intimé a de toute façon admis une incapacité de travail totale durant cette période jusqu'à fin octobre 2020). La Dresse C_____ relate par ailleurs essentiellement les plaintes de la recourante (tristesse quotidienne, troubles du sommeil, baisse de l'appétit,

idées noires) sans fournir aucun élément permettant de les objectiver (par ex. : si celle-ci a des troubles de l'attention, de la concentration, une perte de poids), et elle ne retient au final qu'une dysthymie. Or, à l'aune des indicateurs jurisprudentiels (ATF 141 V 281 consid. 4), le syndrome dépressif n'atteint en l'occurrence pas une gravité suffisante, comme on vient de le voir, qui justifierait une incapacité de travail à compter de novembre 2020. De toute manière, les troubles du sommeil (s'ils se sont aggravés depuis l'expertise), la baisse de l'appétit, et les idées noires – inexistants au moment de l'expertise – sont des faits nouveaux postérieurs à la décision querellée du 14 septembre 2021. Les résultats d'échelle de dépression de Hamilton produits par la Dresse C_____ sont datés du 28 avril 2022 et ceux non datés de la même échelle d'évaluation de l'anxiété ont été versés au dossier au stade de la réplique uniquement. Aussi la chambre de céans ne saurait-elle en tenir compte. C'est le lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Enfin, on ne saurait admettre que les réponses fournies par la recourante à l'expert étaient biaisées au motif qu'elle ne comprenait pas la situation, puisqu'elle était assistée par un interprète de langue maternelle portugaise.

11.3 En conséquence, il y a lieu d'admettre avec l'intimé que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du 5 novembre 2018 au 31 octobre 2020. Ainsi, à l'échéance du délai d'attente d'un an en novembre 2019, elle pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 1 let. b et c et al. 2 LAI). La recourante a toutefois déposé sa demande de prestations le 8 juin 2020, soit plus de six mois après le début de son incapacité de travail durable. Il s'ensuit qu'en raison de sa demande tardive, la rente ne peut lui être versée au plus tôt que le 1er décembre 2020 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

11.3.1 L'intimé considère cependant que le droit à la rente ne naît pas, au motif que la recourante ne présente plus d'incapacité de travail en décembre 2020.

Ce faisant, l'intimé fait fi de l'art. 88*a* RAI qui fixe le moment à partir duquel une modification de l'invalidité d'un bénéficiaire de rente est réputée suffisamment durable pour déployer ses effets sur le droit aux prestations ; son alinéa premier concerne les cas où la capacité de gain de l'assuré s'est améliorée ; le deuxième alinéa ceux où elle s'est péjorée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b).

Selon l'art. 88*a* al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se

maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

La modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (ATAS/218/2017 du 21 mars 2017 consid. 24b).

L'art. 88*a* RAI est étroitement lié à un cas de révision, de sorte que le délai de trois mois qui y figure ne saurait débuter avant la naissance du droit à une rente, soit avant que la période de carence imposée par l'art. 29 al. 1 let. b LAI – art. 28 al. 1 let. b LAI depuis la 5ème révision de l'AI – ne soit arrivée à échéance (arrêt I.179/01 précité ibidem).

11.3.2 En l'occurrence, le droit (matériel) de la recourante a une rente entière d'invalidité est né le 1er novembre 2019 selon l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI (même si cette prestation ne peut lui être versée qu'à compter du 1er décembre 2020 selon l'art. 29 al. 1 et 3 LAI). C'est ainsi au 1er novembre 2019 au plus tôt qu'un cas de révision peut être réalisé. L'amélioration de l'état de santé de la recourante remonte au 1er novembre 2020, date à compter de laquelle elle est pleinement apte à exercer son activité habituelle et réalise en outre les tâches ménagères, si bien qu'au vu de son statut mixte (80% dans l'activité lucrative et 20% dans l'activité ménagère ; art. 28*a* al. 2 et 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI), elle n'est plus invalide. Cette circonstance constitue un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et fait courir le délai de trois mois, prévu par l'art. 88*a* al. 1 RAI, dès le 1er novembre 2020. Par conséquent, la rente entière doit être supprimée trois mois plus tard, soit dès le 1er février 2021.

11.4 En définitive, la recourante a droit au versement d'une rente entière du 1er décembre 2020 au 31 janvier 2021.

12. Reste à déterminer si la recourante a droit à une mesure de réadaptation professionnelle.

12.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

12.2 En l'espèce, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis le 1er novembre 2020, date à compter de laquelle elle n'est plus invalide. En l'absence d'une perte de gain, les mesures de réadaptation professionnelles ne sont donc pas nécessaires (dans ce sens : ATAS/928/2019 du 14 octobre 2019 consid. 13).

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit au versement d'une rente entière du 1er décembre 2020 au 31 janvier 2021.

14. La recourante, représentée par son médecin, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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] ; art. 89H al. 3 LPA ; consid. 7 non publié de l'ATF 122 V 230), fixée en l'espèce à CHF 400.-, même si elle n'a pas conclu à l'octroi de dépens. L'indemnité est en effet octroyée d'office, l'art. 89H al. 3 LPA – à teneur duquel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause – n'exigeant pas de requête de l'assuré (Stéphane GRODECKI/Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 1098).

15. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté à 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. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 14 septembre 2021 en ce sens que la recourante a droit au versement d'une rente entière, du 1er décembre 2020 au 31 janvier 2021.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 400.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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