RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4382/2019 **ATAS/183/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er mars 2022

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry ULMANN — recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1983 en Roumanie, est retournée en Suisse, à Genève, en 2012, après y avoir séjourné une première fois de 2003 à 2009. Titulaire d'un bachelor en relations internationales obtenu à Genève et d'un master en management du luxe (Luxury Management) obtenu à Florence, elle a travaillé en tant que consultante indépendante entre 2011 et 2016, avant d'être engagée, en novembre 2016, en tant que cheffe de projet marketing par l'entreprise B_____ Sàrl.

b. Dès le 24 juillet 2017, divers certificats d'arrêt de travail pour cause de maladie ont été prescrits à l'assurée par le docteur C_____, médecin généraliste.

c. L'assurée a été licenciée par B_____ Sàrl avec effet au 31 décembre 2017.

B. **a.** Le 3 mai 2018, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations d'invalidité, dans laquelle elle a invoqué une dépression sévère, suite à un épuisement physique et psychique.

b. L'assurance perte de gain de son employeur a diligenté une première expertise auprès de la Clinique Corela, à l'issue de laquelle la doctoresse D_____, spécialiste en psychiatrie, avait retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), en cours de rémission retardée, les seuls critères de la dépression alors encore présents lors de l'expertise étaient des troubles du sommeil et de l'appétit, l'experte n'ayant pas constaté des troubles de la concentration et une asthénie, malgré les plaintes de l'expertisée. Une rémission partielle avait permis des reprises de travail à temps partiel, lesquelles s'étaient toutefois soldées par des échecs ; la rémission avait été retardée, notamment, par des échecs thérapeutiques, ainsi que par un retard dans la mise en place du suivi psychiatrique, en octobre 2017, puis dans l'augmentation de la posolgie de la Venlafaxine prescrite seulement deux semaines avant l'expertise. Il y avait lieu de poursuivre ce traitement pour obtenir une rémission complète. La Dresse D_____ concluait à une capacité de travail nulle au jour de l'expertise, soit le 15 décembre 2017, mais entière, sans diminution de rendement, dès le 1er janvier 2018 (rapport du 19 janvier 2018).

c. Dans un rapport adressé à l'OAI le 8 juin 2018, la doctoresse E_____, cheffe de clinique auprès du service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a pour sa part retenu le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Âgée de 34 ans, l'assurée avait présenté une baisse de l'élan vital en janvier 2017, en lien avec un épuisement professionnel et l'installation progressive d'un burnout, nécessitant un arrêt de travail d'une semaine en juillet 2017. Après avoir tenté de reprendre le travail à 20%, l'assurée s'était vue prescrire un arrêt de travail de longue durée. L'assurée avait été licenciée en septembre 2017 et jugeait son licenciement injustifié, ce qui avait contribué à une péjoration très importante de sa thymie. La mise en place d'un traitement

antidépresseur n'ayant pas permis de juguler cette aggravation, l'assurée avait été adressée pour une prise en charge ambulatoire plus intensive auprès du Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrée P_____ (ci-après : CAPPI), dès le 7 février 2018. Son évolution clinique, lentement favorable, mettait en évidence une amélioration de la thymie – qui restait modérément triste –, ainsi que la persistance d'une anhédonie et d'une aboulie modérées. L'assurée bénéficiait d'une prise en charge multidisciplinaire intensive, avec des entretiens infirmiers hebdomadaires et diverses activités groupales (jusqu'à six-sept activités thérapeutiques par semaine). Elle bénéficiait également d'un traitement psychotrope (Venlafaxine, Quetiapine, Tranxilium et Xanax). L'assurée présentait des limitations sous forme d'un léger ralentissement psychomoteur avec diminution de l'attention et de la concentration, une thymie triste, une aboulie importante, une anhédonie, une diminution de la résistance au stress et une capacité d'adaptation particulièrement restreinte, au vu d'un fonctionnement psychologique avec certaines caractéristiques rigides, qui rendaient le changement et l'adaptation plus lents. L'assurée témoignait cependant d'une motivation pour se soigner et retrouver un équilibre, aussi bien au niveau de sa santé que de sa vie en général. L'assurée bénéficiait désormais d'une prise en charge ambulatoire intensive et les activités nécessaires à l'entretien du ménage familial étaient faites moyennant un effort important et une fatigabilité accrue, ce qui rendait particulièrement difficile l'accomplissement d'autres activités. S'agissant des répercussions de l'atteinte dans les domaines courants de la vie, l'assurée fournissait des efforts importants afin d'effectuer ses tâches ménagères habituelles. En termes de loisirs, il existait une baisse de la capacité à éprouver du plaisir et une restriction des domaines d'activités ressenties comme habituellement agréables. Les activités sociales étaient également limitées, dans la mesure où l'assurée devait être stimulée par les soignants ou par son mari. S'agissant des ressources disponibles, l'assurée bénéficiait d'un soutien très important de son mari, mais son réseau amical était relativement restreint. Cela étant, elle se montrait motivée et manifestait des aptitudes de communication, afin de nouer des liens avec d'autres personnes, y compris à travers des activités thérapeutiques en groupe. La capacité de travail était nulle, compte tenu du tableau dépressif, qui demeurait modéré à sévère. L'observance thérapeutique était jugée globalement bonne. La poursuite du traitement actuel était préconisée, compte tenu de la majoration de la dose d'antidépresseurs et de l'évolution lentement favorable au plan clinique. Cependant, il existait des difficultés entravant une évolution plus importante et rapide, notamment certains traits de personnalité de la patiente, certains éléments anankastiques (obsessionnels) et, de manière générale, une certaine rigidité de son fonctionnement psychique.

d. Dans un rapport adressé à l'assurance perte de gain le 16 juillet 2018, le docteur F_____, médecin auprès du CAPPI, a confirmé le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques et a conclu à une capacité de travail demeurant nulle, depuis le 7 février 2018.

e. L'assurance perte de gain a diligenté une nouvelle expertise auprès du docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est entretenu avec l'assurée le 30 juillet 2018. Dans son rapport du 1er août 2018, le Dr G_____ a retenu les diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et d'agoraphobie (F40.0). Il a également retenu le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, depuis le début de l'été 2018. Dans son appréciation, l'expert a notamment exposé que l'assurée, arménienne, née en Roumanie, avait émigré avec ses parents aux États-Unis à l'âge de 6 ans, avant que la famille ne retourne vivre en Roumanie, lorsqu'elle avait 9 ans. Jusqu'à la période de l'adolescence, l'assurée avait été battue, dénigrée et insultée par sa mère, et le couple parental avait connu des épisodes de violence. Malgré les conditions défavorables de l'enfance et de l'adolescence, l'assurée ne présentait pas de trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles : l'assurée ne décrivait pas de souffrance mentale continue depuis la fin de l'enfance ou de l'adolescence, et elle avait été capable d'accomplir une formation de niveau universitaire, dans une langue qui n'était pas la sienne (obtention en Italie en 2011 d'un master en Luxury Management). Elle avait également été capable de s'intégrer dans le monde du travail, en travaillant régulièrement pendant ses études, même si elle n'en avait pas la nécessité sur le plan matériel. La biographie professionnelle témoignait d'une continuité après que l'assurée eut terminé ses études, à la fin de l'année 2011, et des problèmes relationnels ne s'étaient manifestés qu'à une seule reprise, dans le cadre du dernier poste occupé. L'assurée n'avait consommé de l'alcool que pendant la période de l'adolescence pour faire face aux maltraitances de sa mère. Sur le plan sentimental, l'assurée entretenait une relation positive avec son mari depuis plus de cinq ans. Une dépression semblait avoir été diagnostiquée en 2003 par une psychiatre et avait été traitée au moyen d'un antidépresseur. L'épisode dépressif actuel s'était manifesté dans le contexte d'une surcharge professionnelle (horaires excessifs, multiplicité des tâches qualifiées et non qualifiées) et de problèmes relationnels avec la sœur de l'employeur. L'assurée avait été adressée par la Dresse H_____, psychiatre, au CAPPI, qui avait assuré le suivi entre février 2017 et janvier 2018, sous forme d'un traitement de crise, puis d'une prise en charge ambulatoire moins intense, sous l'égide notamment des Drs I_____ et F_____. L'humeur était discrètement déprimée, avec un discours à teinte négative, mais sans tristesse franche, perte d'élan vital, abattement ou idées de mort. Il n'y avait pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir), car l'assurée qualifiait d'agréables le shopping, la vie sociale ou le fait de se maquiller, de se rendre à la salle de gymnastique ou encore de se faire les ongles. Il persistait en revanche des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit et une perte de la libido. Concernant des éléments potentiellement incapacitants liés à la dépression, l'expert relevait que, selon son examen clinique, il n'avait constaté aucune diminution de l'élan vital. Les journées étaient structurées et l'assurée participait activement aux

tâches ménagères, même s'il avait été mis en évidence des variations importantes du rythme nycthéméral (rythme veille-sommeil), des siestes jusqu'à quatre heures et des périodes d'inactivité prolongées durant la journée. Globalement, la réduction de l'énergie devait être qualifiée de modérée. Il existait aussi une aboulie partielle (perte de volonté partielle) et de légers sentiments de dévalorisation, mais pas de diminution de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. Durant l'examen, l'assurée avait pu répondre sans hésitations aux questions qui lui étaient posées, avec un discours clair, précis et informatif, et elle avait pu décrire précisément l'enchaînement chronologique des différentes étapes sociales et professionnelles. S'agissant de la capacité de travail, au regard des éléments de pronostic favorables (recherche de soins spécialisés, évolution favorable de la dépression, étayage socio-familial relativement préservé, absence d'hérédopathie significative) et défavorables (fragilité constitutionnelle psychique, antécédents psychiatriques et polypathologie psychiatrique), l'expert estimait que le pronostic était globalement favorable. L'épisode dépressif léger était à l'origine de limitations fonctionnelles résiduelles, notamment d'une réduction modérée de l'énergie, d'une aboulie partielle et d'une légère réduction de la confiance en soi. Quant à l'agoraphobie, elle interférait de manière restreinte avec l'aptitude au travail, dans la mesure où l'assurée, dans le contexte de son activité, pouvait être amenée à utiliser les transports publics aux heures d'affluence. S'agissant de l'absorption continue de benzodiazépines, elle ne diminuait pas l'aptitude au travail. La nature et l'ampleur des limitations étaient compatibles avec la reprise de l'activité professionnelle antérieure à mi-temps dès le 6 septembre 2018, puis à plein temps dès le 28 septembre 2018. Dans une activité adaptée permettant d'éviter les déplacements aux heures d'affluence (travail à domicile), l'expert concluait à une capacité de travail de 50% dès la mi-août 2018, et de 100% dès le début du mois de septembre 2018. En conclusion, l'épisode dépressif léger et l'agoraphobie entraînaient une totale incapacité de travail dans l'immédiat, mais on pouvait s'attendre à ce que l'assurée recouvre une pleine capacité de travail dès le 27 septembre 2018.

f. Par pli du 24 août 2018, l'assurance perte de gain a mis fin au versement des indemnités journalières servies à l'assurée, avec effet au 26 septembre 2018.

g. Par avis du 24 octobre 2018, le docteur J_____, du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a conclu à l'absence d'atteinte invalidante. L'épisode dépressif était réactionnel à une situation professionnelle et privée difficile, dans le contexte d'une surcharge professionnelle (horaires excessifs, multiplicité des tâches qualifiées et non qualifiées) et de problèmes relationnels avec la sœur de l'employeur. Cet épisode était en voie de résolution et l'agoraphobie était d'intensité limitée. De son côté, l'assurée avait récemment signalé qu'elle s'était inscrite au chômage. En effet, à l'occasion d'un entretien téléphonique avec une collaboratrice de l'OAI, le 16 octobre 2018, l'assurée avait indiqué que son mari était en fin de droit au chômage, qu'elle allait s'inscrire au chômage et qu'elle demandait du soutien pour ses recherches d'emploi.

h. Le 2 novembre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis de décision, au terme duquel il envisageait de lui refuser une rente d'invalidité.

i. Par pli du 30 novembre 2018, l'assurée s'est opposée au préavis de l'OAI et a invité ce dernier à se renseigner auprès du CAPPI, en vue d'obtenir son dossier médical et de confirmer son incapacité.

j. Dans un courrier adressé à l'OAI le 20 décembre 2018, la doctoresse K_____, médecin auprès du CAPPI, a indiqué qu'elle entendait « recourir » contre le refus de mesures de réinsertion en faveur de l'assurée. Cette dernière avait, dans un premier temps, été suivie par le CAPPI dans le cadre du « Programme Crise » du 7 février au 25 mars 2018. Elle avait présenté une évolution clinique lentement favorable et un relais au Pôle Communautaire avait été organisé, avec une prise en charge médico-infirmière et groupale. L'assurée présentait une rigidité dans son fonctionnement habituel, qui avait été ébranlé lors de sa crise et des nombreuses pertes qu'elle avait subies durant les derniers mois. Grâce à la rémission partielle de son épisode dépressif, il avait été mis en évidence un trouble mixte de la personnalité sévère, avec des traits limites, dyssociaux et histrioniques, une forte intolérance à la frustration, une impulsivité et des difficultés dans les interactions sociales, malgré un traitement psychotrope conséquent (Venlafaxine, Quétiapine, Oxazépam et Clorazépate). Le fonctionnement actuel rigidifié de l'assurée rendait très difficile son adaptation à la situation. Face à une demande de reprise rapide du travail à 100% en septembre 2018, l'assurée avait été confrontée à ses ressources limitées et à son incapacité à reprendre le travail, ce qui avait aggravé son état psychique. Son tableau clinique avait donc évolué de manière défavorable, depuis l'expertise réalisée par le Dr G_____ en juillet 2018. En conclusion de son rapport, la Dresse K_____ a indiqué qu'une mesure de réinsertion professionnelle progressive, dans un milieu adapté, lui paraissait indispensable afin d'éviter une nouvelle mise en échec et une chronicisation du trouble.

k. Dans un bref avis daté du 23 avril 2019, le Dr J_____ a indiqué que si la Dresse K_____ avait signalé une possible aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'expertise du Dr G_____, elle n'avait fourni aucun renseignement sur le tableau clinique, de sorte qu'il convenait de l'inviter à remplir une « lettre au spécialiste ».

l. Le 26 juin 2019, le CAPPI a informé l'OAI que l'assurée n'était plus suivie par le Dr K_____, mais consultait désormais le docteur L_____, psychiatre-psychothérapeute.

m. Répondant à un questionnaire de l'OAI, le Dr L_____, dans son rapport du 9 octobre 2019, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de personnalité narcissique (F60.8). Dans l'activité professionnelle antérieure, la capacité de travail était nulle depuis le 24 juillet 2017. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, le Dr L_____ concluait à une capacité de travail de 50 % depuis le

1er octobre 2019. S'agissant enfin des limitations fonctionnelles, il retenait une diminution de l'énergie, une fatigabilité importante, un ralentissement psychomoteur, une sensibilité au stress, une diminution des performances cognitives, attentionnelles et de la mémoire de travail, ainsi que des difficultés interpersonnelles.

Le Dr L_____ a joint un rapport établi le 9 juillet 2019 par le docteur M_____ de l'unité du trouble de la régulation émotionnelle (ci-après : TRE) des HUG, dont il ressort que l'assurée a été évaluée au TRE en raison d'une suspicion de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et d'un trouble de personnalité de type borderline. Le Dr M_____ est parvenu à la conclusion que l'intéressée ne présentait pas les critères anamnestiques pour un diagnostic de trouble de l'attention avec hyperactivité. L'évaluation standardisée avait montré un fonctionnement sans altération au niveau de l'attention et de l'hyperactivité. En revanche, les importants dysfonctionnements constatés au niveau des relations interpersonnelles plaidaient en faveur d'une structure pathologique de la personnalité, de type état limite. L'évaluation ne mettait pas en évidence les critères permettant de diagnostiquer une personnalité émotionnellement labile de type borderline, mais l'évaluation du trouble de la personnalité narcissique était positive (six critères remplis sur neuf). Dans ce contexte, une psychothérapie spécialisée était recommandée. Les thérapies basées sur le transfert et la mentalisation étaient les plus reconnues pour la problématique de l'assurée, de sorte que cette dernière ne remplissait pas les critères pour suivre un programme spécialisé au TRE.

n. Dans un bref avis daté du 24 octobre 2019, le Dr J_____ a relevé que le Dr L_____, dans son rapport du 9 octobre 2019, avait décrit un tableau similaire à celui relaté par le Dr G_____, sans signes de gravité et notamment sans idées noires ou suicidaires. Le Dr L_____ n'avait pas signalé une aggravation, mais une amélioration de l'état psychique, permettant une reprise d'activité dès le 1er octobre 2019. Au vu de ce nouveau rapport et de l'amélioration en ressortant, le Dr J_____ persistait dans les conclusions qu'il avait prises en octobre 2018.

C. Par décision du 28 octobre 2019, l'OAI a refusé d'accorder à l'assurée toute prestation d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas, selon le SMR, d'atteinte invalidante au sens de la législation sur l'invalidité.

D. **a.** Le 28 novembre 2019, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation, à ce qu'il soit constaté qu'elle était partiellement invalide (à hauteur de 50%) ou menacée de l'être, à ce que lui soient accordées des mesures d'ordre professionnel, ainsi que des mesures de réinsertion, et à ce que l'OAI prenne en charge une thérapie auprès de l'unité Karl Jaspers du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

Elle exposait être en arrêt maladie depuis l'année 2017 et souffrait, entre autres, d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble spécifique de la personnalité. Au vu des rapports médicaux et de son incapacité partielle de travail, elle subissait une perte de gain et était donc partiellement invalide. Elle avait besoin d'une aide de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour bénéficier d'une thérapie spécifique au CHUV, que le Dr L_____ avait préconisée.

Enfin, elle estimait que l'OAI avait versé dans l'arbitraire en refusant de lui verser toute prestation, alors que plusieurs rapports attestaient de son incapacité de travail partielle et de ses symptômes, qui lui donnaient droit à une rente ou, à tout le moins, à des mesures de réadaptation. De son côté, l'OAI n'avait produit aucun rapport du SMR afin de motiver précisément son refus de prestations. Enfin, elle déplorait que l'OAI ait statué en octobre 2019, soit une année et demie après le dépôt de sa demande.

b. Dans sa réponse du 9 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise réalisée par le Dr G_____ en août 2018 satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il en ressortait que la recourante présentait un épisode dépressif léger (sans syndrome somatique), ainsi qu'une agoraphobie, dont l'intensité était limitée. Selon l'expert, la recourante avait recouvré dans son activité habituelle une capacité de travail de 50% dès le 6 septembre 2018, puis de 100% dès le 27 septembre 2018, tandis que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 50% dès la mi-août 2018, puis de 100% dès septembre 2018. L'OAI était donc fondé à retenir une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle depuis septembre 2018. La recourante ne présentait aucune atteinte se répercutant durablement sur sa capacité de travail, l'expert ayant considéré que l'épisode dépressif était réactionnel à une situation difficile sous l'angle professionnel et privé. Or, selon la jurisprudence, lorsqu'un expert aboutissait à des résultats qui s'expliquaient par des circonstances psychosociales et socioculturelles, il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante. La demande de prise en charge d'une thérapie spécifique sortait de l'objet du litige et ne relevait pas de l'assurance-invalidité.

c. La recourante a répliqué le 12 mai 2020, persistant dans ses conclusions au fond. Le rapport d'expertise du Dr G_____ avait été établi pratiquement deux ans auparavant et entrait en contradiction avec plusieurs rapports médicaux. Il était faux de prétendre, comme l'avait fait le médecin du SMR, que le tableau décrit par le Dr L_____ était similaire à celui détaillé par le Dr G_____ : d'une part, le Dr L_____ – à l'instar du Dr M_____ – avait décrit un trouble de la personnalité narcissique, qui n'avait pas été relevé par le Dr G_____ ; d'autre part, le Dr G_____ avait retenu une dépression légère, alors que les Drs L_____ et I_____ avaient évoqué une dépression sévère ; la Dresse K_____ avait également mis en évidence le caractère important de sa dépression. Par ailleurs, la conclusion du Dr G_____ selon laquelle l'assurée aurait pu reprendre son activité professionnelle habituelle à 100% dès le 27 septembre 2018 avait été contredite par les

Drs L_____ et I_____. Plus particulièrement, le Dr L_____ avait jugé qu'une reprise d'une activité strictement adaptée n'était possible qu'à 50 % depuis le mois d'octobre 2019, ce qui lui donnait droit à une demi-rente. C'était à tort que le SMR avait conclu, sans justifications, qu'une reprise d'activité à temps complet était exigible. Par ailleurs, l'amélioration de l'état de santé retenue par le médecin du SMR était critiquable, dans la mesure où la Dresse K_____ avait au contraire attesté d'une évolution défavorable depuis l'expertise du Dr G_____. De son côté, le Dr L_____ avait fait état d'une amélioration lentement favorable, au prix d'une médication intensive, d'un suivi et d'une parfaite collaboration, mais tout en soulignant les risques majeurs de rechute qui subsistaient. Enfin, la recourante sollicitait l'octroi de mesures de réadaptation et réaffirmait qu'elle était motivée à travailler. Sa capacité de travail étant limitée à 50% dans une activité strictement adaptée, il convenait de lui accorder des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle. Comme cela ressortait du rapport du Dr L_____, une incapacité de travail prolongée risquait de pérenniser sa dépression et de la rendre entièrement dépendante de l'AI ; des mesures de réinsertion étaient propres à briser ce « cercle néfaste ». Enfin, il convenait de financer la thérapie spécifique, respectivement la psychothérapie spécialisée préconisée par les Drs L_____ et H_____.

La recourante a notamment joint un courrier adressé le 28 avril 2020 par le Dr L_____ au SMR : « [à] la demande de [l'assurée] et de son avocat […], je me permets de vous écrire au sujet de la décision de refus de toute prestation de l'assurance-invalidité et de mesures professionnelles concernant [la] patiente susnommé[e] […]. À la lecture du dossier et notamment de votre avis médical daté du 24 octobre 2019, je constate que mes rapports médicaux ont pu donner lieu à une interprétation erronée de la situation médicale de [l'assurée], raison pour laquelle je souhaite apporter quelques précisions. En effet, [l'assurée] a présenté une symptomatologie anxiodépressive importante, dans le contexte d'un épuisement professionnel dès le mois de janvier 2017, qui s'est péjoré progressivement et a nécessité un arrêt maladie de longue durée dès le mois de juillet 2017. À la suite de son licenciement au mois de septembre 2017, son état clinique se détériore, avec un développement d'une symptomatologie dépressive sévère, des symptômes de persécution et des idées héréto-agressives à l'encontre de son ex-patron et de la famille de celui-ci. Dans ce contexte, elle est adressée en urgence pour un suivi de crise au CAPPI P_____ des HUG, en février 2018. En raison d'une symptomatologie floride, les collègues psychiatres retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. En raison de la symptomatologie sévère et face à la résistance au traitement médicamenteux, des doses de médicaments psychotropes très importantes sont mises en place. Progressivement, avec la prise en soin de crise intensive, ses symptômes les plus aigus s'atténuent, mais persistent cependant et par ailleurs, la patiente développe des effets secondaires importants, tels un ralentissement psychomoteur, une importante diminution de la concentration et de la mémoire de travail et une importante prise

de poids (15 kg), qui impacte de manière négative son image et son estime de soi. Durant le suivi [du] CAPPI, l'équipe soignante met en évidence d'importants traits de personnalité pathologique, sans pour autant se prononcer sur un diagnostic caractérisé de trouble de personnalité, mais tout en soulignant l'influence néfaste de cette structure de la personnalité sur une évolution favorable de la symptomatologie dépressive. Après le programme de crise, la patiente continue d'être suivie durant la deuxième moitié de l'année 2018 à la consultation HUG du secteur P_____. Les collègues psychiatres décrivent une évolution fluctuante de la symptomatologie anxiodépressive, avec des phases de péjoration importantes, ce qui ne permet pas une diminution de son imposant traitement psychotrope. Je suis la patiente depuis le mois de janvier 2019, à une fréquence d'une fois par semaine. L'évolution de son état clinique a été lentement favorable et a permis une diminution de la médication psychotrope et une récupération progressive d'une partie de ses capacités cognitives. Son estime de soi s'est améliorée et elle montre actuellement de la motivation pour une reprise progressive d'activité professionnelle. L'évaluation au programme des [TRE] a exclu un trouble de la personnalité borderline, mais a permis de poser le diagnostic de trouble de personnalité narcissique caractérisé. En résumé, [l'assurée] remplit les critères pour un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle. Il s'agit d'un trouble psychique chronique, avec des épisodes de dépression d'intensité variable. Ce trouble est compliqué par la comorbidité de trouble de personnalité narcissique, qui représente un facteur de risque majeur pour la rechute dépressive et représente un facteur de risque important pour une chronicisation de la dépression et le développement d'une incapacité de travail durable, qui pourrait l'amener à terme à une éligibilité pour une rente AI. Le pronostic pourrait cependant être favorable, en raison de sa détermination et de sa motivation à reprendre une activité professionnelle, et à condition de [mettre] en place une thérapie spécifique pour le trouble de personnalité narcissique. Malheureusement, ce type de thérapie spécifique n'existe [pas] dans le canton de Genève, mais existe au CHUV, il s'agit de l'unité Karl Jaspers – pôle ambulatoire, programme pour trouble de personnalité narcissique. De ce fait, j'appuie sans hésitation la demande de [l'assurée] de reconsidérer votre décision ».

d. Dans sa duplique du 24 juin 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. À l'appui de sa duplique, l'intimé a produit un nouvel avis émis le 22 juin 2020 par la doctoresse N_____ du SMR : lors de son évaluation psychiatrique, en août 2018, le Dr G_____ avait retenu un trouble dépressif d'intensité légère. Les activités quotidiennes de l'assurée étaient en adéquation avec le diagnostic. Actuellement, le Dr L_____ décrivait un trouble dépressif en rémission partielle, donc en amélioration par rapport à l'évaluation du Dr G_____. En revanche, le Dr G_____ avait écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, dans la mesure où il n'était pas prouvé que les symptômes dépressifs présents en 2003 remplissaient les critères d'un trouble dépressif. Le Dr G_____ avait également écarté un trouble de la personnalité, relevant que

l'assurée ne décrivait pas de souffrances mentales répétitives depuis l'adolescence, qu'elle avait pu effectuer à deux reprises (à Genève et en Italie) une formation universitaire dans une autre langue que la sienne et qu'elle avait régulièrement eu des emplois durant ses études. Des problèmes relationnels n'avaient été décrits que lors de son dernier emploi. Une consommation excessive d'alcool ne s'était manifestée que durant la période de l'adolescence et les psychiatres précédents n'avaient pas retenu de trouble de la personnalité. Enfin, l'expert n'avait pas mis en évidence chez l'assurée de discours relevant d'une personnalité narcissique. En définitive, le rapport du Dr L_____ ne témoignait d'aucun élément susceptible de remettre en question les conclusions du Dr G_____ et l'appréciation du SMR.

e. Par écriture du 17 août 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions.

f. Cette écriture a été transmise à l'intimé, pour information.

E. **a.** Par courrier du 25 mars 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise psychiatrique au docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai au 14 avril 2021 pour se prononcer sur une éventuelle récusation et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

b. Le 13 avril 2021, l'OAI a répondu qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, au motif qu'une expertise figurait déjà au dossier. Subsidiairement, il a annoncé qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert. Se fondant sur l'avis du SMR du 12 avril 2021, il a requis que l'expert procède à un dosage sanguin des psychotropes.

c. Par courrier du 14 avril 2021, l'assurée, qui n'a fait valoir aucun motif de récusation, a requis l'ajout d'une question complémentaire et a annoncé qu'elle transmettrait à l'expert, dès qu'elle le pourrait, des rapports du stage de réinsertion qu'elle avait suivi.

d. L'expertise judiciaire psychiatrique a été rendue le 26 novembre 2021. L'expert a rencontré l'expertisée à quatre reprises et a pris en considération l'ensemble du dossier, dont les dernières pièces fournies par la recourante au cours de l'expertise au sujet notamment de stages faits entre juin 2020 et novembre 2021 avec l'aide de l'Hospice général. Il a retenu les diagnostics d'agoraphobie avec trouble panique F40.01 et d'épisode dépressif moyen F32.10, initialement sévère, actuellement en rémission partielle. À ces diagnostics ayant valeur clinique s'ajoutait la présence d'une accentuation de traits de personnalité du registre impulsif et émotionnellement labile Z73.1. La question d'un véritable trouble de la personnalité ne pouvait pas être tranchée sur la base des données disponibles. La capacité de travail exigible était de 50% dans toutes activités adaptées aux compétences de l'expertisée, notamment dans le domaine administratif, et l'effort nécessaire pour surmonter l'inhibition anxieuse et dépressive afin de se présenter aux rendez-vous et au travail était exigible. L'état d'alors était présent depuis octobre 2019. Il y avait une aggravation temporaire avec incapacité de travail complète entre le 20 juillet et

le 21 septembre 2021 (hospitalisation) qui n'avait pas modifié l'estimation de l'incapacité de travail durable faite par l'expert. Étant donné la durée de l'arrêt de travail et la relative gravité de l'atteinte psychique, il fallait compter avec un délai de six à douze mois pour escompter une récupération complète de la capacité de travail par l'assurée. Sur le fond, l'expert G_____ avait raison dans la mesure où l'agoraphobie, y compris avec trouble panique, a un bon diagnostic quant à la capacité de travail. L'expert se ralliait à l'avis du Dr L_____ quant à la capacité de travail de 50%, mais pas sur les mesures de réadaptation pour lesquelles il n'existait pas d'indications. Il revenait à l'expertisée, à l'aide de son traitement, de s'adapter au mieux aux conditions de travail inhérentes à son domaine de compétence.

e. L'intimé a pris position sur l'expertise le 15 décembre 2021. Il convenait de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise et de retenir une incapacité de travail totale dès le mois de juillet 2017 et une capacité de 50% dans toute activité dès le mois d'octobre 2019. L'intimé a dès lors modifié ses conclusions en ce sens que la recourante devait être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020, conformément à l'art. 29 LAI et l'art. 88a RAI.

f. Par courrier du 14 janvier 2022, la recourante, sous la plume de son conseil, a indiqué ne pas avoir d'observations à faire sur l'expertise et la prise de position de l'intimé, et s'en est dès lors rapportée à justice.

g. La cause a été gardée à juger.

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 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.

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

Il faut tout d'abord constater que l'OAI a indiqué qu'il fallait reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise et a modifié ses conclusions, en ce sens que la recourante devait être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020. La conclusion de la recourante qui demandait à être mise au bénéfice d'une demi-rente dès le mois d'octobre 2019 est ainsi entièrement admise, dans la mesure où elle se voit reconnaître plus que ce à quoi elle avait conclu (une pleine rente dès novembre 2018 déjà, en non pas une demi-rente dès octobre 2019, puis une demi-rente dès janvier 2020). Cette conclusion n'est partant plus litigieuse.

La chambre de céans annulera la décision litigieuse et fera droit aux conclusions de la recourante en ce sens.

Demeurent litigieuses la question des mesures d'ordre professionnel et de réinsertion, et celle de la prise en charge d'une thérapie auprès de l'unité Karl Jaspers du CHUV.

3. 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).

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

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).

4. 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).

5. 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).

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

l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

6. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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.

L'art. 29bis est toutefois applicable.

7. En l'occurrence, la chambre de céans considérant qu'il était nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire a confié cette mission au Dr O_____. L'expertise judiciaire a été établie dans les règles de l'art par ce spécialiste et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé en a convenu et a modifié ses conclusions en conséquence.

Les diagnostics retenus, soit l'agoraphobie avec trouble panique F40.01 et l'épisode dépressif moyen F32.10, initialement sévère, actuellement en rémission partielle, correspondent d'ailleurs aux diagnostics posés par l'expert G_____, l'expert ayant en outre exposé de manière convaincante et motivée pour quelle raison il ne retenait pas le diagnostic de trouble narcissique retenu par le Dr L_____, au profit d'une accentuation de traits de personnalité du registre impulsif et émotionnellement labile Z73.1. L'expert s'est rallié, sous réserve de l'évolution de la capacité de travail vue de façon trop optimiste par l'expert G_____, à l'avis de ce médecin qui avait raison, selon lui, sur le fait que l'agoraphobie, y compris avec trouble panique, avait un bon diagnostic quant à la capacité de travail. Pour ce qui était de la capacité de travail, l'expert s'est rallié à l'avis du psychiatre traitant, de sorte que la capacité de travail exigible était de 50 % dans toutes activités.

En revanche, les mesures d'adaptation préconisées par le médecin traitant, dont le suivi au centre Karl Jasper, ne trouvent pas - selon l'expert O_____ - d'indication dans le cas de la recourante, laquelle est capable des efforts nécessaires pour surmonter l'inhibition anxieuse et dépressive afin de se présenter aux rendez-vous et au travail, ce qui est dès lors exigible. Il revient en effet à la recourante, à l'aide de son traitement, de s'adapter au mieux aux conditions de travail inhérentes à son domaine de compétences. Enfin, l'aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante entre le 20 juillet et le 21 septembre 2021 (hospitalisation) ne modifiait pas l'estimation de la capacité de travail faite par l'expert, lequel jugeait qu'étant donné la durée de l'arrêt de travail et la relative gravité de l'atteinte psychique, il fallait compter avec un délai de six à douze mois pour escompter une récupération complète de la capacité de travail.

Cette expertise complète et actuelle répond à toutes les questions pertinentes dans ce dossier et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Aussi, la chambre de céans constate, comme cela est admis par les parties, que la recourante a été en incapacité de travail totale entre juillet 2017 et octobre 2019 où elle a retrouvé une capacité de 50% dans toute activité. L'intimé ayant modifié ses conclusions en ce sens, la recourante sera mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020.

8. **8.1** La recourante requiert des « mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle » et demande à cet égard que l'OAI soit condamné à financer la thérapie spécifique, respectivement la psychothérapie spécialisée préconisée par les Drs L_____ et M_____.

Elle se fonde pour ce faire sur le rapport du Dr L_____, lequel estimait qu'une incapacité de travail prolongée risquait de pérenniser sa dépression et de la rendre entièrement dépendante de l'AI ; des mesures de réinsertion étaient propres à briser ce « cercle néfaste ».

Dans sa décision sur opposition, l'OAI ne s'est prononcé que sur la demande de rente d'invalidité de la recourante. Pourtant, dans le cadre de l'opposition au projet de décision, la Dresse K_____ avait indiqué qu'une mesure de réinsertion professionnelle progressive, dans un milieu adapté, lui paraissait indispensable afin d'éviter une nouvelle mise en échec et une chronicisation du trouble.

Tant dans son recours que dans sa réplique, la recourante a sollicité l'octroi de mesures de réadaptation en réaffirmant qu'elle était motivée à travailler. Sa capacité de travail étant limitée à 50% dans une activité strictement adaptée, il convenait de lui accorder des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle. Comme cela ressortait du rapport du Dr L_____, une incapacité de travail prolongée risquait de pérenniser sa dépression et de la rendre entièrement dépendante de l'AI ; des mesures de réinsertion étaient propres à briser ce « cercle néfaste ». Enfin, il convenait de lui financer la thérapie spécifique, respectivement la psychothérapie spécialisée préconisée par les Drs L_____ et M_____.

L'intimé n'a jamais explicitement statué sur les mesures de réinsertion tendant à la réadaptation requise par la recourante, mais a néanmoins rendu une décision de refus alors que la question avait été posée par l'un des médecins de la recourante.

Il convient donc de déterminer si la recourante peut prétendre à des mesures.

En revanche, la recourante n'a invoqué pour la première fois que devant la chambre de céans les mesures d'ordre médical préconisées par le Dr L_____ (et dont l'utilité a été niée par l'expert nommé par la chambre de céans). Ces mesures n'ont ainsi pas fait l'objet de la décision administrative litigieuse. Dès lors que dans la procédure juridictionnelle administrative ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, la juridiction cantonale n'avait pas à se prononcer sur cette prétention (ATF 131 V 164 consid. 2.1 et les arrêts cités), la chambre de céans ne

peut pas examiner les conclusions y relatives. Elle rappellera cependant que, dans la mesure où la recourante était âgée de 36 ans lors du prononcé de la décision attaquée, elle ne pouvait pas prétendre à des mesures médicales, dont l'art. 12 LAI réserve l'octroi aux assurés âgés de moins de 20 ans révolus.

8.2 Il existe essentiellement deux situations dans lesquelles la valorisation économique de la capacité fonctionnelle de travail présuppose l'octroi préalable de mesures de réadaptation.

D'un point de vue médical, l'octroi d'une mesure de réadaptation peut constituer une condition sine qua non pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail. Lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêt 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1 et les arrêts cités, in SVR 2010 IV n° 9 p. 27).

L'octroi d'une mesure de réadaptation peut également constituer une condition sine qua non d'un point de vue professionnel.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même ; cf. Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd., 2010, p. 383) ; autrement dit, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêts 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités [SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; RSAS 2011 p. 71]).

Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée ; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt

9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; RSAS 2011 p. 71]).

Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; RSAS 2011 p. 71]).

8.3 En l'espèce, la recourante sera mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le mois de janvier 2020 et jouit d'une capacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2019 à teneur de l'expertise. Elle est capable de faire les efforts nécessaires à surmonter l'inhibition anxieuse et dépressive pour se présenter aux rendez-vous et au travail, ce que l'expert a considéré comme exigible. En suivant son traitement, la recourante pouvait retrouver une capacité de travail complète dans un délai de six à douze mois depuis l'expertise.

Au vu du rapport d'expertise dont la valeur probante a été reconnue par la chambre de céans et des circonstances concrètes, à savoir que la recourante n'avait pas été longuement éloignée du monde du travail jusqu'à la récupération de 50% de sa capacité de travail en octobre 2019 et disposait de formations et d'expériences professionnelles propres à lui permettre de retrouver un emploi dans un délai raisonnable, l'on pouvait exiger qu'elle entreprenne de son propre chef tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de sa capacité résiduelle de travail médicalement documentée et ce, jusqu'à récupération complète, sans que des mesures de réinsertion ou de réadaptation ne soient nécessaires.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de la recourante tendant à l'octroi de mesures ne peuvent être admises.

9. Pour le surplus, le recours sera partiellement admis en ce sens que la décision du 28 octobre 2019 sera annulée et il sera dit que la recourante doit être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020, conformément aux art. 29 LAI et 88a RAI.

10. La recourante, obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé.

11.

11.1 S'agissant des frais d'expertise, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre

dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

11.2 Dans le cas d'espèce, le coût de l'expertise judiciaire restera à la charge de l'État.

L'expertise a été ordonnée compte tenu du fait que le dossier comportait notamment une expertise qui ne permettait pas d'apprécier la capacité de travail au regard des indicateurs pertinents prescrits par l'ATF 143 V 418 et du fait que des avis divergents avaient été soulevés par les médecins traitants. L'on ne peut cependant pas reprocher à l'autorité administrative une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées. En conséquence de quoi, la CJCAS considère qu'au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, il ne se justifie pas de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'OAI.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable, à l'exception de la conclusion tendant aux mesures d'ordre médical.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 28 octobre 2019.
4. Dit que la recourante doit être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020, conformément aux art. 29 LAI et 88a RAI.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- pour ses dépens, à la charge de l'intimé.
6. Laisse les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'État.
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