RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2187/2020 **ATAS/351/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 avril 2021

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eve DOLON	recourante

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1984, originaire de Bosnie, est arrivée en Suisse en 1992. Elle a suivi sa scolarité obligatoire, puis débuté une formation dans la vente sans jamais l'achever. Elle est mère de trois enfants. De 2010 à 2017, elle a travaillé en qualité d'agente de sécurité, auprès de la société de sécurité B_____ Sàrl, puis auprès de C_____Sàrl. Depuis février 2018, elle touche des prestations de l'Hospice général.

2. Le 3 octobre 2018, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Elle a indiqué être atteinte de troubles dépressifs, anxieux et du sommeil, ainsi qu'être suivie pour de l'épilepsie généralisée.

3. Par rapport du 22 octobre 2018 adressé à l'OAI, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a expliqué avoir suivi l'assurée depuis le 11 novembre 2002 mais ne pas l'avoir revue depuis le 22 septembre 2017. L'assurée souffrait de crises de migraines itératives et présentait, comme antécédents médicaux, de l'épilepsie généralisée idiopathique, de l'endométriose et un état anxio dépressif récurent. Elle prenait un traitement antiépileptique et avait été suivie par les doctoresses E_____ et F_____, spécialistes FMH en neurologie.

   La Dresse D_____ a joint à son propre rapport ceux des neurologues traitantes (cf. rapports du 27 mars 2017 de la Dresse F_____ et des 17 janvier, 15 février, 4 avril et 16 octobre 2018 de la Dresse E_____), exposant en substance que l'assurée était connue pour une épilepsie généralisée idiopathique, probablement myoclonique juvénile sans récidive depuis 2013, et avait présenté dès 2017 une aggravation de ses migraines habituelles, ainsi que des myoclonies avec un haut risque de récidive de crises d'épilepsie, ayant nécessité des traitements supplémentaires. La Dresse E_____ a estimé dans son dernier rapport (cf. rapport du 16 octobre 2018) que la capacité de travail de l'assurée était pleine dans une activité adaptée, avec comme limitations fonctionnelles le travail de nuit, sur une échelle et dans un environnement trop bruyant. Elle a également préconisé une reprise progressive, d'abord à 50%.

4. Selon le rapport de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, reçu le 9 novembre 2018 par l'OAI, l'assurée présentait un état dépressif récurent (F 33.3) avec un épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, ainsi qu'un autre trouble du sommeil, non organique (F 51.8). L'assurée, arrivée en Suisse comme réfugiée avec sa mère, était célibataire, vivait seule avec ses trois enfants et percevait des prestations de l'Hospice général. Le père de son plus jeune enfant, avec lequel elle avait une relation conflictuelle, avait été incarcéré durant sa grossesse ; elle avait développé une dépression post-partum et un tableau anxieux, sans consulter. L'assurée était connue pour une épilepsie et, en raison du développement et de la péjoration de cette atteinte, elle ne pouvait plus travailler dans la sécurité. Sa journée type était de se réveiller tôt pour s'occuper de

ses enfants, amener son fils au jardin d'enfant et faire globalement son ménage mais elle n'avait pas d'activités extérieures et presque aucune vie sociale. L'assurée présentait de l'anxiété, des palpitations, des sensations d'estomac noué et par moment des crises de panique. La thymie avait baissé, mais il n'y avait actuellement pas d'idées noires ou suicidaires. Elle avait des idées de culpabilisation, des troubles du sommeil accrus avec réveils nocturnes et des troubles de l'endormissement mais pas de symptôme psychotique. Elle n'avait actuellement aucune ressource. La capacité de travail était nulle en raison de son trouble dépressif récurent (F 33.3) et de son trouble du sommeil (F 51.8). Les limitations fonctionnelles constatées étaient une humeur dépressive, une augmentation de la fatigabilité et de l'anxiété rendant l'assurée incapable de poursuivre des activités sociales professionnelles. L'assurée présentait une évolution lentement favorable, était suivie, sous traitement (Normison et Cipralex) et compliante bien qu'elle ait de la difficulté à honorer tous ses rendez-vous en raison d'une tendance à l'isolement dans les moments de crise.

5. Par rapport médical intermédiaire du 21 mai 2019, la Dresse G_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. En sus des troubles dépressifs récurrents (F 33.3) et du sommeil (F 51.8), l'assuré présentait un trouble de l'adaptation avec réaction mixte (F 43.22) avec une péjoration manifeste depuis un mois nécessitant une réadaptation du traitement et un suivi. La capacité de travail était toujours nulle ; les limitations fonctionnelles étaient une thymie dépressive, beaucoup de pleurs, perte de l'élan vital, anxiété majeure et incompatibilité avec un fonctionnement.

6. Par avis du 29 août 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé de programmer une expertise psychiatrique, afin de déterminer si l'atteinte était incapacitante et évaluer la compliance au traitement.

7. À la demande de l'OAI, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, assisté de Madame I_____, psychologue FSP, a procédé à l'expertise de l'assurée.

   L'expertise du 22 février 2020 s'est basée sur deux entretiens avec l'assurée les 28 et 29 janvier 2020 d'une durée totale de 250 minutes, un entretien téléphonique avec la Dresse G_____ et avec la mère de l'assurée, une évaluation neuropsychologique d'une durée de 340 minutes et l'étude du dossier médical.

   Le rapport comprenait la synthèse du dossier, une anamnèse détaillée et les plaintes de l'assurée.

   Cette dernière se plaignait d'une hyperémotivité, une vulnérabilité au stress avec des réactions anxieuses, des bouffées de chaleur ressenties, un sentiment de fatigue et des troubles de la concentration. Elle décrivait également une humeur fluctuante et une perte de son efficience cognitive avec de nombreux oublis.

   L'évaluation neuropsychologique mettait en évidence plusieurs types de difficultés cognitives (ralentissement de la vitesse de traitement, important déficit de la mémoire épisodique, difficultés exécutives) mais attestait également de certaines

capacités préservées (capacité de mémoire de travail, cognition sociale, contrôle inhibitoire). L'évaluation de la validité des symptômes mettait en évidence un biais de réponse, amenant à se questionner quant à une éventuelle exagération des symptômes lors de l'examen.

L'expert retenait, comme diagnostic incapacitant, une neurasthénie (F 48) depuis 2017 et, comme diagnostic non incapacitant, des traits de la personnalité immature (Z 73.1) dès le début de l'âge adulte. L'assurée avait manifesté dès le début de son âge adulte une immaturité frappante dans ses choix affectifs, et une difficulté à faire face aux contrariétés liées à son milieu professionnel. Sans formation certifiante de type CFC, elle avait assumé un emploi dans la sécurité de manière épisodique jusqu'à la naissance de son troisième enfant. Après sa séparation conflictuelle et face à la nécessité d'assumer trois enfants, dont le dernier avait des troubles du développement, elle présentait des éléments du registre de la neurasthénie qui perduraient depuis 2017.

Selon l'expert, une réadaptation était exigible à 100% dans un emploi conforme aux limitations en lien avec son épilepsie et, sur le plan strictement psychiatrique, cet emploi pouvait être considéré comme l'activité usuelle. L'assurée pouvait travailler huit heures dans l'activité exercée en dernier lieu, avec une diminution de 20% en lien avec les symptômes de neurasthénie. La capacité de travail était évaluée à 80% et il n'y avait pas d'évolution vers un plein temps à moyen terme, puisque l'assurée n'avait pas de motivation pour changer le statu quo sécurisant et les facteurs de stress psychosociaux qui déterminaient sa neurasthénie allaient vraisemblablement rester présents pour les années à venir.

8. Par avis du 12 mars 2020, le SMR a intégralement suivi les conclusions du rapport d'expertise du 22 février 2020. Il retenait comme atteinte supplémentaire l'épilepsie (G 40.0), de sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais qu'elle était entière, avec une baisse de rendement de 20 % dès 2017, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir pas de travail de nuit, ni sur des échelles ou des échafaudages et éviter un travail bruyant.

9. Par projet de décision du 27 mars 2020, l'OAI a indiqué qu'il envisageait de rejeter la demande de prestations de l'assurée, se rattachant aux conclusions du SMR.

   En l'absence de données salariales concrètes à l'égard de l'assurée, il avait déterminé le revenu de valide et d'invalide, qui coïncidaient, sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016 ; tableau TA1, tous secteurs confondu [total], femmes, activités simple et répétitives, niveau 1), soit un montant de CHF 54'581.- (CHF 4'363.- / 40 heures x 41.7 heures x 12 mois), indexé à CHF 54'783.- en 2017, puis réduit à CHF 43'826.- compte tenu d'une diminution de rendement constatée de 20 % en lien avec les limitations fonctionnelles. La comparaison entre ce revenu exigible (CHF 43'826.-) et le revenu présumable sans invalidité pour un travail à 100 % (CHF 54'783.-) laissait apparaître une perte de 20%. Le taux d'invalidité était donc insuffisant à l'octroi

d'une rente et des mesures professionnelles n'étaient pas susceptibles d'améliorer sa capacité de gain.

10. Par courrier du 7 mai 2020, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, sollicitant l'envoi de l'expertise à son médecin psychiatre afin de mieux la comprendre.

11. Par décision du 16 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, rejetant la demande de prestations de l'assurée.

12. Le 20 juillet 2020, l'assurée a, par l'intermédiaire d'un conseil, interjeté recours contre ladite décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle expertise psychiatrique et neurologique. L'expertise était entachée d'une importante erreur puisqu'elle ne mentionnait pas ses limitations fonctionnelles neurologiques, à savoir le fait de devoir éviter le travail de nuit, sur une échelle ou dans un environnement trop bruyant ; l'expert retenait à tort que la réadaptation pouvait être considérée comme son activité actuelle, exigeant une reprise de son ancien emploi à 80%. En outre, l'expert, qui l'avait vue seulement 250 minutes, retenait un trouble neurasthénique, alors que sa psychiatre traitante, qui la suivait depuis plus de deux ans à raison d'une fois par semaine, soit de manière bien plus approfondie, retenait un trouble dépressif ou un trouble anxieux. Enfin, l'expert avait constaté des divergences entre son examen et les résultats des tests, ce qui mettait en doute l'expertise.

13. Par réponse du 8 septembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Contrairement à ce qu'indiquait la recourante, il avait pris en compte les limitations fonctionnelles neurologiques de la recourant. En outre, l'expert avait pris en compte les rapports de la Dresse G_____ et s'était entretenu avec elle au téléphone avant de rendre son expertise, dans laquelle il expliquait de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il retenait uniquement comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail celui de neurasthénie. Aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante de sorte que la mise en place de mesures d'investigations complémentaires s'avéraient inutile.

14. Par réplique du 5 octobre 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions et produit un nouveau rapport de la Dresse G_____ du 1er octobre 2020.

    Selon ce rapport, la psychiatre confirmait le diagnostic de neurasthénie retenu par l'expert, mais retenait en sus le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec actuellement un épisode sévère, sans symptôme psychotique. Ce trouble s'était manifesté par un épisode inaugural, suite au décès de sa meilleure amie de manière violente. La recourante avait eu un suivi de courte durée, ce qui avait permis de développer un trouble récurrent. Elle avait un sentiment de culpabilité continue, générant une anxiété croissante avec des troubles de sommeils importants et avait géré ce sentiment avec une importante consommation de Benzodiazépine. Ce fonctionnement perturbé s'était traduit par un isolement social, mettant en échec

toute tentative de travail ou d'investissement d'autre rôle que celui de mère. C'était la manifestation d'une grande détresse et une manière de fuir la vie externe. Elle refusait toute hospitalisation par crainte paralysante de prendre distance de ses enfants. Ce tableau clinique avait de toute évidence eu un impact sur le plan professionnel, puisque la recourante n'avait jamais pu fonctionner à long terme dans un travail en raison de conflit relationnels ou d'instabilité thymique. L'expert avait sous-estimé l'image que la recourante cherchait à renvoyer à son interlocuteur, celle de la mère sacrifiée, investissant ce rôle par choix et d'une maîtrise toute puissante, image qui était créée inconsciemment par la recourante pour se protéger du désordre interne et fuir le monde externe. Le tableau clinique était sévère et le pronostic extrêmement réservé. La capacité de travail était actuellement nulle.

15. Par duplique du 20 octobre 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions et produit un avis du 19 octobre 2020 du SMR.

    Celui-ci a considéré que le rapport du 1er octobre 2020 de la Dresse G_____ n'amenait aucun nouvel élément objectif. L'évènement traumatisant cité était connu de l'expert et avait eu lieu en 2007, or l'assurée avait pu travailler jusqu'en 2017, avoir des relations sentimentales et deux enfants après cet évènement. Elle avait consulté un psychiatre entre 2007 et 2009, puis uniquement dès 2018 dans un contexte de séparation. La psychiatre traitante avait retenu un trouble dépressif sans apporter d'élément objectif pour retenir un tel diagnostic et elle n'avait pas décrit de status clinique, uniquement la notion d'anxiété, que l'expert n'avait d'ailleurs pas retrouvée au status clinique. L'expert avait analysé les indicateurs standards pour apprécier la capacité de travail et n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique d'intensité sévère, ni de trouble de la personnalité, un traitement psychothérapeutique était en cours, une réadaptation était exigible en plein et la recourante assumait le quotidien en tant que mère célibataire avec trois enfants.

16. Les écritures de l'intimé ont été transmises à la recourante et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 16 juin 2020, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

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

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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).

   En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

8. a. 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent 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).

b. 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).

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

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

9. 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

10. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

11. a. 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).

    b. 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).

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.

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

e. 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A 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).

12. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

13. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le

diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ;

arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

14. 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).

15. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

16. 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 œuvre 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 œuvre 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). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

17. a. En l'espèce, l'intimé a nié le droit à des prestations d'assurance-invalidité de la recourante, se référant à l'avis du SMR, lui-même fondé sur l'expertise du Dr H_____.

    b. La recourante conteste la valeur probante de cette expertise et soutient que celle-ci est entachée d'une erreur dans la mesure où elle ne mentionne pas les limitations fonctionnelles neurologiques et retient qu'elle serait apte à reprendre son ancien emploi à 80%. Elle considère que le diagnostic posé par le Dr H_____ est sujet à caution puisque sa psychiatre traitante en retient un autre et que les divergences constatées entre son examen clinique et le test neuropsychologique réalisés dans le cadre de l'expertise, mettent en doute l'expertise elle-même.

18. a. En l'occurrence, la chambre de céans constate que sur la forme, l'expertise du Dr H_____ repose sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques ainsi qu'une discussion détaillée. Elle suit la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques et ses conclusions sont motivées.

Il ressort de cette expertise que le Dr H_____ a dûment apprécié les diagnostics, la cohérence des limitations décrites par la recourante, l'adéquation du traitement suivi, ainsi que ses ressources personnelles et son contexte social. Elle satisfait ainsi en principe aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

b. Selon l'expert, la recourante souffre de neurasthénie incapacitante depuis 2017 (F 48) et présente également des traits de la personnalité immature, non incapacitant, depuis le début de l'âge adulte (Z 73.1). Il a justifié son diagnostic tout en expliquant pourquoi il s'écartait des diagnostics retenus par la psychiatre traitante. L'expert a en particulier exclu tout trouble dépressif ou anxieux, constatant que la recourante était euthymique, pouvait se montrer joviale et ne présentait aucun des symptômes d'un épisode dépressif, et que sa vulnérabilité au stress s'exprimait au moment de la confrontation à travers une émotivité et des réactions anxieuses, mais qu'aucun symptômes constitutifs d'une anxiété généralisée ou de n'importe quel autre trouble anxieux était présent. L'expert a également indiqué ne pas avoir constaté de sentiment de culpabilité, d'indignité ou de dévalorisation.

S'agissant du traitement, l'expert a retenu que le traitement antidépresseur avait porté ses fruits, constatant que le trouble thymique identifié par la psychiatre traitante avait disparu. En outre, il a estimé que le suivi psychothérapeutique donnait un espace d'expression et de soutien à la recourante, qui se trouvait confrontée à des difficultés psychosociales importantes, et a constaté que la collaboration avec sa psychiatre était bonne.

S'agissant des comorbidités, en sus du trouble neurasthénique, l'expert a constaté une immaturité frappante dans ses choix affectifs, manifestée dès le début de son âge adulte, et une difficulté à faire face aux contrariétés liées à son milieu professionnel mais a précisé que ces troubles supplémentaires n'étaient pas incapacitants.

S'agissant du contexte social, l'expert a notamment relevé que la recourante, lorsqu'elle était enfant, avait immigré en Suisse avec sa mère, qu'elle n'avait fini aucune formation certifiante mais avait travaillé dans le cadre de contrats temporaires pour une société de sécurité, puis de manière régulière entre 2010 et 2017. À cette époque, elle avait déjà deux enfants d'une relation ambivalente avec un homme duquel elle s'était séparé en 2007, tout en faisant avec lui un deuxième enfant deux ans plus tard. À la période de la découverte de son épilepsie – dont elle était libre de symptômes depuis 2013 –, la recourante avait poursuivi son activité dans la sécurité, activité qu'elle avait souhaité arrêter après 2015, au moment de la naissance de son troisième fils. Cette dernière naissance avait confronté la recourante à des impératifs très difficiles à assumer. La séparation houleuse avec le père de son troisième enfant, qui avait été emprisonné pendant sa grossesse, l'avait obligée à assumer un rôle difficile de mère célibataire. Elle avait pris l'initiative d'arrêter son emploi pour des raisons administratives et vivait grâce à l'aide sociale depuis février 2018, date du début de son suivi psychiatrique.

L'expert a relevé que le tableau rapporté était en partie seulement cohérent. Les symptômes de neurasthénie étaient convaincants et présents dès 2017 mais la référence à un trouble dépressif ou un trouble anxieux restait sujette à caution. Ni l'autoanamnèse ni l'hétéroanamnèse ne faisaient état d'une rupture brutale de l'homéostasie psychique avec des symptômes d'un de ces registres. Ces symptômes avaient possiblement régressé grâce au traitement psychiatrique et psychothérapeutique chez une personnalité à traits immatures ayant un fort besoin d'étayage. Alternativement, l'expression dramatique de certains symptômes de neurasthénie avait pu être interprétée comme témoin d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux. La majoration des symptômes cognitifs, démontrée par le bilan neuropsychologie, soutenait cette éventualité.

S'agissant des ressources, l'expert a certes constaté que la recourante présentait, sur le plan cognitif, une série de dysfonctionnements, notamment au niveau de la vitesse de traitement, des fonctions exécutives et de la mémoire épisodique, précisant en revanche qu'une partie de ces troubles étaient majorés par son malaise psychique, comme l'avait démontré le test de validation. Il a néanmoins relevé que la mémoire de travail restait opérante et que la recourante assumait les activités de la vie quotidienne avec ses trois enfants. En l'état, la seule limitation assécurologique qui pouvait être retenue sur le plan psychiatrique, selon l'expert, était celle de la diminution du rendement dans une activité usuelle ou adaptée.

L'expert a conclu, sur le plan strictement psychiatrique, a une capacité de travail de 100% dans l'activité usuelle, avec une diminution de rendement de 20% en lien avec les symptômes de neurasthénie. Il a également considéré qu'une réadaptation était exigible dans un emploi conforme aux limitations fonctionnelles en lien avec l'épilepsie.

19. a. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle du Dr H_____, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

b. En l'espèce, l'avis de la psychiatre traitante de la recourante rejoint en partie celui de l'expert, puisqu'elle a confirmé dans son dernier rapport (cf. rapport du 1er octobre 2020) le diagnostic de neurasthénie. Le seul élément de dissension qui demeure est le diagnostic, retenu par la psychiatre traitante mais exclu par l'expert, de trouble dépressif récurent, avec actuellement un épisode sévère, sans symptôme psychotique. Selon la psychiatre traitante, ce trouble se serait développé suite au décès brutal de la meilleure amie de la recourante et serait la cause d'un fonctionnement perturbé chez la recourante, qui se traduirait par un isolement social, mettant en échec toute tentative de travail ou d'investissement autre que son

rôle de mère. L'expert aurait, selon elle, sous-estimé l'image que la recourante cherchait à renvoyer à son interlocuteur, à savoir celle de la mère sacrifiée, investissant ce rôle par choix et d'une maîtrise toute puissante, qu'elle créait inconsciemment pour se protéger du désordre interne et fuir le monde externe.

À cet égard, l'on peut suivre l'avis du SMR, qui a estimé que l'évènement traumatisant, dont parlait la psychiatre traitante et qui avait eu lieu en 2007, était connu de l'expert et, qu'après cet évènement, la recourante avait pu travailler jusqu'en 2017, avoir des relations sentimentales, ainsi que deux enfants. En outre, la psychiatre traitante a diagnostiqué un trouble dépressif sans décrire de status clinique, hormis les notions de culpabilité et d'anxiété, que l'expert n'a, au demeurant, pas retrouvé lors de son examen.

Quoi qu'il en soit, la psychiatre traitante s'est livrée à une appréciation divergente quant au diagnostic de trouble dépressif et à la capacité de travail de la recourante, sans faire état d'éléments objectifs qui pourraient avoir été ignorés, de sorte que son point de vue ne saurait prévaloir sur celui de l'expert.

c. L'argumentation de la recourante ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'expert. Contrairement à ce qu'elle prétend, l'expert, a bel et bien mentionné qu'elle présentait des limitations fonctionnelles neurologiques. Il a en revanche clairement précisé, et ce à juste titre, que son expertise était strictement psychiatrique. Dans tous les cas, les limitations fonctionnelles dues à l'épilepsie ont été listées et prises en compte par le SMR, dans son avis du 12 mars 2020, de sorte que l'argument de la recourante tombe à faux. La question de la durée de l'expertise n'est pas non plus pertinente. On rappellera à cet égard que la durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical –, ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. arrêts 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1; 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et les arrêts cités). On constate au demeurant que l'expertise a notamment été précédée d'un entretien téléphonique avec la psychiatre traitante et d'un entretien personnel avec la recourante les 28 et 29 janvier 2020. Au total, l'expert s'est entretenu avec la recourante durant 250 minutes. La durée de l'examen ne peut par ailleurs être comparée à celle des consultations chez la psychiatre traitante, auprès de laquelle la recourante bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier. Le fait que l'expert s'est essentiellement fondé sur l'examen clinique, complété par la prise de connaissance du dossier complet de l'assurance-invalidité, ne diminue ensuite en rien la valeur probante de ses conclusions. Qui plus est, la recourante ne prétend pas que sa psychiatre traitante aurait mis en évidence, notamment dans son rapport du 1er octobre 2020, des éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés par l'expert et qui seraient suffisamment pertinents pour ordonner un complément d'examen clinique. Enfin, elle ne saurait faire valoir que les divergences constatées par l'expert, entre l'examen et les résultats des tests,

suffisent à mettre en doute l'expertise, puisque l'expert a, à cet égard, donné des explications convaincantes dans le cadre de l'examen de la cohérence.

d. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise réalisée par le Dr H_____, dont il résulte une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à l'épilepsie.

20. Le calcul du degré d'invalidité tel qu'opéré par l'intimé ne porte pas le flanc à la critique et n'est, au demeurant, pas remis en cause par la recourante.

    Mal fondé, le recours est rejeté.

21. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

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