RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2394/2019 **ATAS/97/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 février 2022

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1962, mariée, originaire de Serbie, entrée en Suisse en 1998, a travaillé comme femme de ménage pour B_____ SA et pour le C_____, à 100%, du 5 avril 2005 au 31 mars 2012.

b. L'assurée a été en incapacité de travail depuis le 31 juillet 2011 et, le 8 novembre 2013, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité.

B. **a.** Le 30 novembre 2011, à la demande du D_____, le Dr E_____, FMH médecine interne et rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de lombalgies permanentes, avec douleurs dans les jambes. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales avec troubles sensitifs L5 dans le cadre d'une lyse isthmique bilatérale L4-L5 avec spondylolisthésis du premier degré de L4 sur L5, compliquée d'une volumineuse protrusion discale L4-L5. L'assurée était capable de travailler à 50% comme femme de ménage dans un poste aménagé et à 100% dans une activité adaptée.

b. Les docteurs F_____, FMH médecine physique et réadaptation et rhumatologie, et G_____, FMH psychiatrie, du service médical régional AI (ci-après : le SMR), ont rendu le 23 janvier 2015 un rapport d'expertise, suite à un examen de l'assurée du 13 janvier 2015.

L'assurée se plaignait de douleurs lombaires basses irradiant jusqu'au fessier et jusqu'à la nuque, et dans les membres inférieurs, de mal partout, de problèmes de sommeil. Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombosciatalgies bilatérales, non déficitaires, dans un contexte de spondylolisthésis L4-L5 de grade I et de protrusion discale associée (M 54.4) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, cervicalgies communes, hallux valgus bilatéral, trouble anxieux, sans précision (F 41.9). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position statique debout prolongée au-delà de vingt minutes, assise au-delà d'une heure. Pas de port de charges répété au-delà de 5kg, occasionnel au-delà de 10kg (charges très légères). Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. La capacité de travail était nulle comme femme de chambre et totale dans une activité adaptée, dès septembre 2011.

c. Par décision du 15 avril 2015, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assurée était de 5%.

d. Le 15 septembre 2015, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a rendu un rapport, lequel constatait, suite aux consultations des 7 juillet et 31 août 2015, des scores aux tests compatibles avec un état anxio-dépressif et soulignait

l'importance d'une prise en charge des troubles de la thymie, en mentionnant des épisodes de syncopes.

e. Le 13 octobre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en mentionnant que, depuis juillet 2015, elle présentait aussi des malaises en syncopes.

f. L'assurée a effectué, en raison d'une plainte de syncopes avec douleurs thoraciques et palpitations, un électrocardiogramme (ECG) sur sept jours, en août /septembre 2016, lequel s'est révélé normal.

g. Le 30 mai 2016, le Docteur H_____, FMH neurologie, a indiqué qu'une origine épileptique des pertes de connaissance était peu probable. Celles-ci survenaient en position assise, depuis juillet 2015, d'abord une fois par mois, puis plusieurs fois par semaine.

h. Le 26 janvier 2016, le service de rhumatologie des HUG a conclu à des douleurs diffuses chroniques mal systématisées, avec un examen clinique objectif qui était normal, hormis un syndrome lombovertébral, sans signe d'irritation radiculaire mais de nombreux signes de non-organicité (douleurs diffuses non anatomiques, distraction, changements sensoriels non anatomiques, réaction exagérée), dans un contexte anxio-dépressif majeur avec des possibles crises de panique. Selon l'anamnèse, l'électromyogramme serait normal. Le tout évoquait plutôt un syndrome douloureux chronique. Elle présentait des épisodes de malaise avec de possibles pertes de connaissance, de plus en plus fréquemment. La prise en charge des problèmes thymiques était fondamentale.

i. Le 19 novembre 2016, le docteur I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI, attestant d'un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1), incapacitant, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'une accentuation des traits de personnalité dépendants, immatures et histrioniques, non incapacitants ; le suivi avait débuté en mai 2015. L'assurée n'avait plus de possibilités mentales de maintenir un rythme régulier et de se motiver pour travailler. Le tableau algique dominait le vécu et l'assurée n'arrivait plus à se décentrer de ses plaintes, qui restaient peu soulagées par les différentes approches thérapeutiques essayées. Les capacités cognitives étaient par ailleurs abaissées. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et « ? » (sic) dans une activité adaptée.

j. Le 2 décembre 2016, le docteur J_____, FMH neurologie, a indiqué qu'une origine neurologique aux pertes de connaissance pouvait être exclue, celle-ci relevant plutôt d'une anxiété ; un électroencéphalogramme (EEG) et échodoppler carotidien vertébral du 28 novembre 2016 étaient normaux.

k. Le 29 juin 2017, le SMR a estimé que les nouvelles pièces médicales rendaient plausible une modification durable de l'état de santé de l'assurée.

l. Les 22 mars 2017 et 1er avril 2019, l'assurée a été prise en charge par une ambulance à la suite d'une syncope.

m. Le 28 novembre 2017, le Dr I_____ a rendu un rapport médical attestant d'une capacité de travail nulle dans toute activité et d'une évolution psychiatrique défavorable, d'un trouble dépressif sévère épisode actuel moyen et d'un trouble dissociatif mixte, de la persistance de syncopes récurrentes qui accentuaient les troubles psychiques, dont le syndrome douloureux somatoforme ; le trouble dépressif variait entre moyen et sévère.

n. A la demande de l'OAI, le docteur K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 18 mars 2019 un rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de douleurs diffuses avec des malaises et pertes de connaissance, de trouble de la mémoire, de tristesse modérée, de trouble de la concentration, du sommeil, de fatigue, d'idées noires passives, de faible confiance en elle, de mauvaise estime de soi et d'une diminution de l'appétit. Il existait une nette discordance entre la capacité de travail, nulle selon le psychiatre traitant, et l'absence de limitations fonctionnelles objectivables. Il a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique F 33.11, parfois léger F33.1, depuis 2015 au présent ; trouble douloureux somatoforme persistant sans indices de gravité jurisprudentiels remplis actuellement, diagnostic plus probable à son avis ; facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, sans indices de gravité jurisprudentiels remplis actuellement, diagnostic moins probable à son avis ; traits de la personnalité histrionique et dépendante ; ce trouble n'avait pas empêché la gestion adéquate du quotidien, ni un travail à 100% sans limitations objectivables dans le passé. L'assurée était totalement capable de travailler sans baisse de rendement depuis 2015, dans toute activité.

o. Par projet du 28 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assurée était de 5%, soit une situation inchangée depuis la dernière décision.

p. Le 3 avril 2019, la doctoresse L_____, médecin praticien, a attesté d'un malaise de l'assurée à sa consultation le 17 février 2017.

q. Le 15 mai 2019, l'assurée a contesté le projet de décision du 28 mars 2019, en faisant valoir que l'expertise psychiatrique ne tenait pas compte des syncopes dont elle souffrait, lesquelles constituaient une aggravation de son état de santé. Elle a communiqué les pièces suivantes :

- Un rapport du 5 mai 2019 du Dr M_____, lequel a indiqué que l'assurée présentait des crises récurrentes de syncopes sur une base de maladie auto-immune (anticorps, antilupique positif, ANA positif et d-dimères élevés). L'assurée était en stabilisation partielle sous anticoagulant. Depuis 2015, les crises s'étaient péjorées ainsi que sa dépression ; vu les crises, un travail

adapté paraissait difficile à trouver. Le traitement anti-coagulant avait diminué le nombre de crises mais celles-ci persistaient.

- Un rapport du 13 mai 2019 du Dr I_____, lequel a indiqué que les différents troubles psychiques constatés depuis 2015 évoluaient vers la chronicité. Les plaintes douloureuses intenses et persistantes, la fatigue, l'asthénie et la détresse psychique orientaient clairement vers l'installation d'un syndrome douloureux somatoforme (F45.4). L'assurée n'arrivait pas à élaborer et dépasser les différents conflits émotionnels qu'elle vivait. Ces syncopes limitaient les capacités de travail, dans la mesure où leur survenue imprévisible et probablement augmentée en milieu stressant, ferait échouer une activité en milieu économique exigeant par nature. La capacité de travail ne dépassait pas 40 à 50% depuis 2015. Les limitations étaient liées au trouble dépressif récurrent, toujours présent, qui rendait l'assurée incapable de maintenir un rythme régulier, à se motiver, avec besoin important de soutien, d'empathie d'autrui. Ce trouble était également responsable d'une baisse importante des capacités cognitives. Le trouble somatoforme accentuait ces limitations, l'assurée n'arrivait pas à se décentrer de ses plaintes algiques, à envisager une activité. Le trouble dissociatif était non contrôlable (inconscient), avec manifestations peu prévisibles, ce qui limitait les sorties seules hors de la maison, l'assurée craignait de perdre connaissance devant des inconnus (elle avait déjà payé plusieurs factures d'ambulances appelées par les passants). Il existait également des limitations relationnelles en lien avec l'épuisement, l'irritabilité et le découragement.

r. Le 21 mai 2019, le Dr N_____, du SMR, a estimé que les syncopes avaient été investiguées par le Dr J_____, lequel excluait une origine neurologique.

s. Par décision du 22 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. **a.** Le 24 juin 2019, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a complété son recours le 8 octobre 2019. Elle subissait des syncopes récurrentes, ce qui constituait une aggravation de son état de santé, ainsi qu'une aggravation de sa dépression. Le Dr K_____ avait sous-estimé le nombre de syncopes et renoncé à décrire celle qui était survenue dans son cabinet ; la fréquence des syncopes était bien supérieure à une chaque deux mois ; elle ne sortait pratiquement plus seule de chez elle et se trouvait en état de détresse ; l'expert avait parlé de discordance sans contacter son médecin traitant ; l'expertise était incomplète, confuse et ne reflétait pas la réalité. Ses lombosciatalgies bilatérales s'étaient aggravées, tout comme le ressenti douloureux. Elle a requis une expertise judiciaire pluridisciplinaire et joint un rapport d'IRM du 1er juillet 2019, faisant état d'une syncope en fin d'examen.

b. Le 11 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du Dr K_____ était probante et qu'en l'absence d'un substrat médical pertinent (tant physique que psychique) et concluant, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, on ne pouvait considérer les syncopes comme une atteinte à la santé à caractère invalidant.

c. Le 10 décembre 2019, l'assurée a répliqué, en relevant que l'expert psychiatre n'avait pas suivi la grille d'évaluation normale et structurée jurisprudentielle et avait sous-évalué la question des syncopes, lesquelles, même sans substrat neurologique ou cardiaque, étaient bien présentes. Selon le Dr I_____, le trouble dissociatif avait comme manifestation les syncopes. Elle a communiqué un rapport de l'hôpital de la Tour du 4 novembre 2019 attestant d'une consultation en urgence en raison d'un « DRS » (douleurs rétrosternales) et d'un malaise survenu en salle d'attente, sans perte de connaissance.

d. Le 20 janvier 2020, l'OAI a dupliqué, en relevant que les syncopes n'avaient pas de fondement médical objectivé ; il n'y avait pas de trouble de la conversion ; le rapport de l'hôpital de la Tour n'était pas de nature à modifier ses conclusions.

e. Le 3 février 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a notamment déclaré qu'au cours de l'expertise du Dr K_____, elle avait eu une syncope. L'entretien avait dû durer entre trente et quarante minutes. Elle passait ses journées en allant d'une pièce à l'autre et ne s'occupait d'aucune tâche ménagère. C'était son mari qui s'en occupait. Elle l'aidait un petit peu. Elle avait beaucoup de problèmes de concentration et de mémoire. Même si elle avait envie de faire les tâches ménagères, elle se mettait à pleurer. Elle voyait ses enfants qui ne vivaient pas avec eux mais ils venaient lui rendre visite deux fois par jour. Ils vivaient près de chez eux. Comme elle ne pouvait pas rester seule, ses enfants venaient souvent. La plupart du temps son mari venait lui faire à manger à midi. Parfois elle essayait de se faire des pâtes.

Monsieur O_____, époux de la recourante, a déclaré que son épouse faisait quelques tâches ménagères mais avec beaucoup de difficultés. Elle oubliait de fermer les tiroirs ou le café sur le feu. C'est lui qui en général faisait à manger et sa femme l'aidait mais avec beaucoup de difficultés.

Puis, la recourante a demandé à s'assoir par terre en raison de tremblement et de peur de débuter une syncope.

f. Le 24 février 2020, le Dr I_____ a attesté que, malgré le suivi et le traitement pharmacologique bien conduit, il existait une persistance de l'état dépressif avec absence de rémission depuis plus de deux ans. L'assurée souffrait de fatigabilité importante, sentiment de dévalorisation, perte d'espoir et idées de culpabilité. L'évolution restait également marquée par la survenue imprévisible de syncopes faisant partie du trouble somatoforme dont elle souffrait. L'ensemble de cette symptomatologie maintenait l'assurée en isolement social important, avec

incapacité de travail fluctuante et, par périodes, difficultés de prendre en charge son propre ménage.

g. A la demande de la chambre de céans, le Dr K_____ et Mme P_____, psychologue, ont donné des renseignements complémentaires.

Le 12 mars 2020, le Dr K_____ et Mme P_____ ont indiqué qu'ils ne confirmaient pas la survenue d'une perte de connaissance durant l'entretien d'expertise (syncope), mais d'une lipothymie, ce qui correspondait plus précisément à une sensation de tomber dans les pommes, avec malaise subjectif. Ils lui avaient proposé de se rafraichir avec de l'eau à un moment durant les entretiens d'expertise qui avaient duré plusieurs heures. S'il s'agissait d'une perte de connaissance caractérisée, ils auraient probablement appelé SOS médecins ou une ambulance, mais la lipothymie ayant une intensité inférieure quantitativement et qualitativement à une syncope, ils n'avaient pas mis en place de telles mesures. Ils n'avaient pas mentionné ce phénomène, car il s'agissait d'une lipothymie, pas d'une vraie syncope, car ceci n'avait pas d'impact sur la journée-type selon les activités possibles, ni sur l'évaluation de la capacité de travail psychiatrique. De plus, les lipothymies et les syncopes étaient des phénomènes plutôt étudiés par les neurologues et les cardiologues d'une façon exhaustive et pas par les psychiatres. Ceci étant, ils regrettaient ne pas avoir décrit la question des lipothymies, car même s'ils avaient estimé qu'elle n'avait pas d'impact sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique et même s'ils n'étaient pas spécialisés dans cette question, leur expertise manquait d'exhaustivité sur ce point. De plus, la psychologue ayant participé à l'expertise ne maitrisait pas la question de la différence entre les syncopes et les lipothymies, car ceci restait un problème médical plutôt neurologique ou cardiologique. Ils avaient retenu, au moment de l'expertise, que l'assurée faisait des syncopes avec des pertes de connaissance environ une fois tous les deux mois, alors que la fréquence des lipothymies était plus importante, mais selon leur souvenir, au moment de l'expertise l'assurée n'arrivait pas à clarifier la fréquence des lipothymies. Etant donné que celles-ci étaient des sensations plutôt subjectives de tomber dans les pommes (mais qui laissaient le temps à la personne de s'assoir sans tomber en se faisant mal comme lors de la perte de connaissance durant les syncopes) et qu'ils n'avaient pas retenu d'impact des lipothymies sur le quotidien, ils n'avaient pas précisé la fréquence difficilement chiffrable de ces phénomènes. Enfin, l'assurée avait décrit sa journée-type et indiquait effectuer des tâches ménagères, mais seulement des tâches légères physiquement.

h. Le 6 avril 2020, la recourante a observé qu'il était inadmissible de ne pas avoir mentionné l'épisode du malaise et l'expert admettait d'ailleurs que son rapport manquait d'exhaustivité ; il était passé à côté de la problématique médicale.

i. A la demande de la chambre de céans, le Dr I_____ a donné des renseignements complémentaires le 27 avril 2020. S'agissant de l'expertise du Dr K_____ et de Mme P_____, elle ne retenait pas le diagnostic de trouble

dissociatif mixte (F 44.7) que lui-même retenait. Il y avait absence de tout argument en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes, comme en attestaient les multiples examens somatiques réalisés dans les suites de l'apparition de ces malaises qui avaient exclu toute origine neurologique ou autre. Les facteurs de stress psychologiques ne manquaient pas dans le cas de l'assurée, comme bien expliqué dans l'expertise. Il y avait également une relation temporelle manifeste entre la survenue de ces malaises en 2016 et la péjoration des différents facteurs de stress émotionnels mise en évidence (perte d'espoir quant à la reconnaissance du préjudice sur la santé, accentuation des douleurs dans le cadre du trouble somatoforme, évolution vers la chronicité, perte d'autonomie et dépendance accrue à l'environnement, épuisement, distanciation des enfants dont elle n'assumait pas leur autonomie). La survenue brutale et imprévisible des syncopes, qui avait été objectivée par lui-même et par d'autres médecins, évoquait clairement des troubles dissociatifs. Ceci impliquait une perte du contrôle conscient qui rendait l'assurée très vulnérable face à cette symptomatologie qui était incapacitante. Un certain degré d'incapacité de travail d'au moins 50% devait être retenu en lien avec le diagnostic F 44.7. La capacité de travail n'était pas de 100% chez l'assurée qui souffrait d'un trouble dépressif chronique, d'un trouble somatoforme déjà diagnostiqué depuis l'année 2015 (expertise du 13 janvier 2015 qui avait retenu un diagnostic de fibromyalgie). De plus, le diagnostic de trouble dissociatif mixte F44.7 rendait la patiente totalement inapte à s'investir dans une activité professionnelle, du fait de sa survenue complètement imprévisible. L'ensemble de ces facteurs justifiait une incapacité de travail de 100% d'un point de vue médical. L'expert retenait une origine probablement vaso-vagale, en se basant sur le rapport du Dr J_____ du 2 décembre 2016, ce qui était insuffisant pour confirmer une telle origine. Lui-même retenait les diagnostics de troubles dépressifs récurrents épisode actuel moyen F33.1, troubles somatoformes indifférenciés F45.1, troubles dissociatifs de conversion mixte F44.7. Le trouble psychique chronique de l'assurée n'avait pas la même sévérité sur toute l'année. Comme dans tous les troubles psychiques chroniques, l'assurée présentait certaines périodes d'amélioration partielle de sa symptomatologie, notamment sur le plan dépressif, le plan algique mais également l'espacement des crises de conversion. Ceci était étroitement tributaire du soutien apporté par la famille, les soignants et l'amélioration des facteurs de stress. Ceci était par exemple le cas au décours de cures thermales organisées par son mari annuellement dans leur pays natal. Cette amélioration durait quelques jours à quelques semaines et s'accompagnait d'une amélioration de la capacité de travail. Ceci restait insuffisant pour espérer l'intégration d'une activité exigeante et régulière sur le marché du travail au long cours. L'assurée expliquait qu'elle n'avait jamais exprimé à l'expert sa capacité à faire les tâches ménagères avec facilité, comme mentionné dans l'expertise. Elle affirmait qu'elle n'arrivait, le plus souvent, pas à finir les tâches à domicile et devait être aidée par son mari et sa belle-mère vivant avec eux. L'assurée ne faisait pas les tâches ménagères lourdes. Pour les tâches

ménagères légères, comme la cuisine ou le petit nettoyage, elle expliquait qu'elle commençait généralement les tâches mais ne les terminait pas. Elle expliquait qu'elle n'avait plus d'élan pour le faire, se dispersait, s'énervait de voir son état diminuer (irritabilité) et interrompait les activités commencées. Son entourage (essentiellement son mari) était ainsi obligé d'intervenir pour la soutenir, l'aider ou faire à sa place. Le risque d'épuisement de l'entourage avait été évoqué à plusieurs reprises mais l'équilibre systémique n'était pas rompu depuis plusieurs années. Les critères en faveur d'une origine psychiatrique des syncopes étaient largement suffisants ; ils devaient justifier une certaine incapacité de travail, du fait de l'imprévisibilité des syncopes qui faisaient perdre toute possibilité de contrôle conscient sur le corps. Ceci rendait impossible l'engagement dans une activité économique.

j. Le 19 mai 2020, la Dresse Q_____, du SMR, a rendu un avis médical, selon lequel, si l'on se référait à l'expertise du Dr K_____ et à l'analyse des indicateurs standards, l'assurée ne présentait pas de pathologie psychiatrique sévère, ni comorbidité psychiatrique ou somatique sévère, elle n'avait pas de trouble de la personnalité (mais des traits de personnalité compensés), elle présentait des ressources internes (elle avait fondé une famille, élevé trois enfants qui eux-mêmes avaient un travail et des enfants, elle avait pu travailler jusqu'à son licenciement), l'assurée avait de bonnes ressources externes avec une famille aidante et entourante, elle n'avait pas de retrait social (elle voyait des amis pour faire une promenade ou partager un repas), et collaborait au traitement médical. La seule incohérence que relevait l'expert, était de demander une rente entière en l'absence de limitations fonctionnelles manifestes dans son quotidien. En effet, l'assurée arrivait à faire un ménage léger (les tâches moyennes à lourdes étant effectuées par son mari, ce qui était justifié en raison des atteintes du rachis), des courses légères, des repas, des lessives, pouvait lire, regarder la télévision, partir en vacances dans son pays d'origine, faire des promenades et gardait régulièrement ses petits-enfants. Ainsi, elle ne pouvait suivre le Dr I_____ lorsqu'il évaluait l'incapacité de travail de l'assurée à 50% ou même à 100%.

k. Le 20 mai 2020, l'OAI a indiqué que selon le Dr K_____ (courrier du 12 mars 2020), « les lipothymies et les syncopes sont des phénomènes plutôt étudiés par les neurologues et les cardiologues d'une façon exhaustive et pas par les psychiatres ». Or, tant le cardiologue (le Dr R_____) que le neurologue (le Dr H_____) avaient exclu une origine neurologique ou cardiologique. Quant au Dr I_____, il contestait les diagnostics retenus par l'expert sur la base des déclarations subjectives de l'assurée, mais ne faisait pas l'analyse pourtant nécessaire des indicateurs topiques en la matière. Il se ralliait à l'avis du SMR précité.

l. Le 4 juin 2020, la recourante a observé que le Dr K_____ avait omis un point essentiel en ne mentionnant pas ses malaises et leur fréquence, ce qui discréditait son opinion. Elle s'était retrouvée allongée sur le parquet à la suite d'une perte de

connaissance, élément suffisamment marquant pour que son absence de mention dans le rapport d'expertise rende ce dossier non probant. L'expert aurait dû indiquer qu'il considérait que ces problèmes n'entraient pas dans sa spécialité. Par ailleurs, l'expert avait précisé dans son complément les tâches ménagères qu'elle disait pouvoir effectuer alors que cela ne figurait pas dans son rapport. L'expertise du Dr K_____ n'avait pas de valeur probante ; elle était contestée de façon convaincante par le rapport du Dr I_____ du 27 avril 2020. Elle requérait l'ordonnance d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, la dernière expertise rhumatologique ayant été ordonnée en juillet 2015 et son état de santé s'étant péjoré.

m. Le 14 septembre 2020, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique, confiée à la doctoresse S_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, en considérant ce qui suit : en l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr K_____ du 18 mars 2019 pour retenir une capacité de travail totale de la recourante depuis 2015, dans toute activité. Cependant, le rapport de la psychiatre traitante de la recourante du 27 avril 2020, étayé, atteste d'une capacité de travail nulle de celle-ci et d'un diagnostic de trouble dissociatif mixte. Or, ce diagnostic a été écarté par le Dr K_____, lequel considère que les syncopes / lipothymies sont des phénomènes étudiés par les neurologues. Au demeurant, il existe un doute sur les diagnostics en cause et leur impact sur la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'une expertise judiciaire psychiatrique se justifie. En l'état, l'aspect somatique est réservé.

n. Le 14 avril 2021, l'assurée a communiqué un rapport d'IRM du rachis lombo-sacré des 2 et 3 février 2021, attestant d'une fracture-tassement récente d'allure traumatique de l'aileron sacré gauche en indiquant qu'il s'agissait des suites d'une chute due à une syncope.

o. Le 30 septembre 2021, la Dresse S_____ a rendu un rapport d'expertise. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et troubles moteurs dissociatifs depuis le 30 août 2015, entraînant des limitations fonctionnelles (ralentissement psychomoteur, troubles attentionnels, concentration et mémoire altérées, fatigabilité et malaises survenant de façon subite et imprévisible). Le tableau clinique était cohérent, sans discordances, la recourante était authentique, l'état de santé s'était aggravé depuis 2011, date d'apparition d'une symptomatologie dépressive, la compliance était bonne, ses ressources psychiques et mentales étaient épuisées, elle n'avait pas d'entourage social, mais une famille soutenante. La capacité de travail de la recourante était nulle dans tout activité.

p. Le 13 octobre 2021, la recourante a considéré que l'expertise judiciaire était probante.

q. Le 21 octobre 2021, le SMR a rendu un avis médical, en retenant que l'expertise judiciaire attestait d'une évaluation défavorable depuis l'expertise du

Dr K_____ de 2019, sans préciser toutefois la survenance de l'aggravation, de sorte que celle-ci était considérée comme postérieure à la décision du 22 mai 2019.

r. Le 1er novembre 2021, l'OAI a considéré que l'aggravation de l'état de santé était survenue en 2021, de sorte que la décision litigieuse devait être confirmée.

s. A la demande de la chambre de céans, la Dresse S_____ a rendu, le 29 novembre 2021, un rapport d'expertise complémentaire, en indiquant que l'incapacité de travail était totale depuis le 30 août 2015, soit depuis l'existence avérée d'une comorbidité entre le trouble de l'humeur et le trouble dissociatif, lesquels se potentialisaient.

t. Le 14 décembre 2021, la recourante a considéré que le rapport d'expertise complémentaire était probant.

u. Le 16 décembre 2021, le SMR a souligné que la Dresse S_____ n'amenait aucun argument pouvant remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr K_____.

v. Le 17 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et observé que la recourante avait déposé une nouvelle demande de prestations en novembre 2021.

w. Le 5 janvier 2022, la recourante a observé que la nouvelle demande de prestations avait été déposée pour préserver ses droits.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

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

1.4 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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).

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).

4.

4.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant

preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; 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 émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

4.2 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les

capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

5.

5.1 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

5.2 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. A 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).

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.

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

5.4 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5.5 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).

5.6 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).

5.7 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).

6. 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).

7. 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 apparait peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entrainer 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). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque

l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

8. En l'occurrence, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique pour évaluer la capacité de travail de la recourante.

8.1 Le rapport d'expertise de la Dresse S_____, fondé sur les pièces du dossier, comprenant une anamnèse complète, la description des plaintes de la recourante et d'une journée-type, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et comprenant une motivation convaincante de la capacité de travail, avec l'analyse des indicateurs pertinents, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'experte a conclu à une atteinte totalement incapacitante de la recourante depuis le 30 août 2015.

Les parties reconnaissent la valeur probante de l'expertise psychiatrique. L'intimé relève toutefois que les atteintes constatées par l'experte ne sont survenues que postérieurement à la décision du 22 mai 2019. Est ainsi uniquement litigieuse la date de survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante.

8.2 L'experte a considéré que l'incapacité de travail était justifiée par la présence conjointe du trouble dépressif et des syncopes. Celles-ci entretenaient et aggravaient le trouble de l'humeur apparu en 2011 et les deux pathologies se potentialisaient. L'experte a d'abord indiqué qu'il était difficile de dater les limitations fonctionnelles (rapport d'expertise judiciaire, p. 27) puis que celles-ci étaient survenues le 30 août 2015, sur la base des rapports médicaux au dossier (complément d'expertise judiciaire). Il convient en conséquence d'examiner si les rapports médicaux au dossier permettent, comme le soutient l'experte, d'établir de façon convaincante la survenue, le 30 août 2015, de l'incapacité de travail totale de la recourante.

8.2.1 S'agissant des syncopes, elles sont documentées depuis juillet 2015. En effet, le 15 septembre 2015, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de HUG de la douleur a relevé que la recourante avait été victime de deux chutes et, dans le même sens, le 30 mai 2016, le Dr H_____ a mentionné que des syncopes étaient survenues dès juillet 2015, tout comme le Dr J_____ dans son rapport du 2 décembre 2016. La fréquence des syncopes s'est accentuée avec le temps, le Dr H_____ retenant que les pertes de connaissance sont survenues, d'abord une fois par mois, puis plusieurs fois par semaine. Toutefois, dans un rapport du 15 décembre 2015, le Dr H_____ n'en fait pas encore état et mentionne uniquement

un syndrome douloureux chronique. C'est le 26 janvier 2016 que le service de rhumatologie des HUG relève que les malaises avec perte de connaissance possible sont devenus de plus en plus fréquents. Le 9 juin 2016, le Dr T_____, qui a effectué une IRM cervicale, mentionne des pertes de connaissance à répétition depuis 30 jours et le Dr I_____ indique, le 17 novembre 2016, que de nouveaux symptômes sont apparus, depuis juin 2016, avec des vertiges et syncopes de plus en plus invalidants. Enfin, le 2 décembre 2016, le Dr J_____ signale des épisodes de malaise avec perte de connaissance récurrents. Au demeurant, selon les constatations des médecins traitants précités, on peut retenir que les syncopes sont devenues fréquentes et significatives dès mai 2016, soit 30 jours avant l'IRM du 9 juin 2016, ce qui a été confirmé ensuite par le Dr I_____.

8.2.2 S'agissant du trouble dépressif, la consultation du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG a établi en septembre 2015 que la recourante présentait, selon les scores réalisés à des tests, un état anxio-dépressif et des troubles de la thymie significatifs. Cet état anxio-dépressif a été qualifié de majeur le 26 janvier 2016, avec de possibles crises de panique et la présence d'une dépression modérée (selon test HADS). Ensuite, le Dr I_____ a attesté, le 19 novembre 2016, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, constaté le 17 novembre 2016 ; la recourante présentait des symptômes dépressifs (perte de l'élan vital, anhédonie, idées de dévalorisation, sentiment d'inutilité vis-à-vis de son entourage et difficultés cognitives de type perte de la concentration et oublis fréquents avec ralentissement sur sa capacité à faire son ménage et la cuisine, ruminations anxieuses obsédantes et insomnies sévères). La thymie était dépressive avec perte d'espoir, idées de dévalorisation et de culpabilité et baisse des capacités et de la capacité à prendre en charge son ménage. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité. S'agissant d'une capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr I_____ a apposé un point d'interrogation à côté de cette question, qu'il a donc laissée ouverte. Enfin, le 28 novembre 2017, le Dr I_____ a rendu un rapport suite à une consultation du 10 novembre 2017, dans lequel il relève une dégradation de l'état psychiatrique, avec une chronicité des troubles ; le trouble somatoforme douloureux et l'état psychique étaient accentués, avec persistance de syncopes, qui prenaient une dimension récurrente ; il y avait une persistance de l'humeur dépressive, une perte totale de l'estime de soi, des idées de culpabilité, une anhédonie et un isolement social, une baisse importante des capacités cognitives (avec une répercussion sur ses compétences dans les activités domestiques) ; l'intensité du trouble dépressif pouvait varier entre moyen et sévère. Les restrictions étaient en lien avec le trouble dépressif ; la recourante était incapable de maintenir un rythme régulier, de se motiver ; elle avait un besoin important de soutien, d'empathie d'autrui, limitations accentuées par le trouble somatoforme douloureux ; elle présentait une baisse importante des capacités cognitives et des limitations relationnelles en lien avec l'épuisement ; le trouble dissociatif était non contrôlable et donc handicapant. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

Au demeurant, selon les indications données par les médecins traitants de la recourante concernant son état psychique, on constate qu'elle a présenté un important état anxio-dépressif, à tout le moins dès 2015, mais que la dépression est encore modérée. Dès novembre 2016, le trouble dépressif est récurrent, toujours moyen, avec une symptomatologie multiple ; enfin, le 10 novembre 2017, le Dr I_____ a constaté une nette péjoration de l'état psychique de la recourante, en attestant d'une aggravation de la symptomatologie, en particulier due à la présence simultanée des syncopes, désormais chroniques. Quant au trouble dépressif, il oscille entre un degré de gravité de moyen à sévère et la capacité de travail de la recourante est amoindrie puisque nulle dans toute activité, alors que la question de la capacité de travail dans une activité adaptée a été laissée ouverte par le Dr I_____ en novembre 2016. Au vu de cette évolution, attestée par les médecins traitants de la recourante, il y a lieu d'admettre que c'est dès le 17 novembre 2016 que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, est devenu significatif, mais que c'est dès le 10 novembre 2017, date de la consultation auprès du Dr I_____, antérieure au rapport de celui-ci du 28 novembre 2017, que l'état psychique de la recourante s'est encore dégradé et que le trouble dépressif a atteint un degré qualifié de sévère (moyen à sévère).

8.2.3 Selon l'appréciation de l'experte judiciaire, l'incapacité de travail totale dans toute activité de la recourante peut être admise au moment où les deux pathologies, soit le trouble dépressif sévère et le trouble dissociatif, se potentialisent, en relevant que les syncopes aggravent le tableau clinique et le trouble de l'humeur. A cet égard, compte tenu de l'apparition significative des syncopes en mai 2016 et du trouble dépressif moyen à sévère en novembre 2017, il y a lieu d'admettre que les limitations fonctionnelles entrainant une incapacité de travail totale de la recourante sont survenues dès cette dernière date.

8.3 Au vu de ce qui précède, on constate que, si une entière valeur probante doit être reconnue à l'expertise judiciaire quant à l'appréciation des troubles psychiques et leurs conséquences, tel n'est pas le cas de la date de la survenance de l'incapacité totale de travail, celle-ci devant être arrêtée au 10 novembre 2017 en lieu et place du 30 août 2015. A cet égard, il convient de rappeler qu'il existe certaines constellations, comme c'est le cas en l'espèce, dans lesquelles il convient de s'écarter de l'incapacité de travail déterminée par une expertise médicale, sans que celle-ci n'en perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2017 du 5 octobre 2017). Cela dit, l'aggravation de l'état de santé de novembre 2017 est, contrairement à l'avis de l'intimé, bien antérieure à la date de la décision litigieuse du 22 mai 2019, de sorte qu'elle doit être prise en compte dans le cadre de la demande de prestations du 13 octobre 2016.

8.4 L'intimé estime encore que l'expertise du Dr K_____ est probante et que la motivation de la Dresse S_____ ne permet pas de remettre en cause les constatations de cet expert. Il convient d'examiner cet argument.

8.4.1 En premier lieu, on constate que le Dr K_____ n'a pas pris en compte les plaintes de la recourante dès lors que, s'il signale effectivement des malaises avec perte de connaissance dans la description des plaintes relevées, il ne qualifie ensuite pas ce trouble et ne discute pas du tout du diagnostic posé antérieurement par le Dr I_____, de trouble dissociatif. Le Dr K_____ se borne à évoquer une discordance entre les limitations fixées par le Dr I_____, dont les pertes de connaissance, d'une part, et la gestion autonome de son quotidien par la recourante, d'autre part (rapport du Dr K_____, page 23). Or, les syncopes subies par la recourante ont été admises par tous les médecins traitants et même confirmées par l'experte judiciaire qui a été le témoin de l'une d'elles. Le Dr K_____, questionné sur ce point, a indiqué qu'il regrettait, d'une part, de ne pas avoir parlé des syncopes, tout en qualifiant le malaise de la recourante en cours d'examen de lipothymie, d'autre part d'avoir évoqué une fréquence de ce trouble de deux fois par mois, alors que celle-ci était plus importante. Son évaluation est ainsi incomplète.

8.4.2 En second lieu, le Dr K_____ estime que les malaises de la recourante n'ont pas d'impact sur le quotidien de celle-ci. A cet égard, sa motivation n'est pas convaincante. En effet, le Dr K_____ donne une importance démesurée au résumé qu'il a fait de la journée-type de la recourante (expertise du Dr K_____, page 21). Il souligne que la recourante gère son quotidien sans difficultés psychiques et s'occupe de ses petits-enfants. Cette description du quotidien par le Dr K_____ est rappelée à de multiples endroits dans la motivation de l'expertise, comme un argument central et quasiment unique.

Le Dr K_____ s'appuie ainsi sur les activités quotidiennes de la recourante pour évoquer : une incohérence entre l'activité quotidienne et la demande de rente d'invalidité (expertise du Dr K_____, page 23), une discordance entre l'activité quotidienne et la symptomatologie décrite par le Dr I_____ (expertise du Dr K_____, page 23), une mise en avant de plaisirs conservés avec sa famille (expertise du Dr K_____, page 25), une exclusion du trouble de la concentration, attentionnel et mnésique, la recourante arrivant à gérer son quotidien (expertise du Dr K_____, page 26), une exclusion d'une tristesse modérée car la recourante arrive à gérer son quotidien sans difficultés et à conserver certains plaisirs, dont celui de s'occuper de ses petits-enfants (expertise du Dr K_____, page 31), une exclusion d'une anhédonie, d'une réduction de l'énergie, d'un problème de concentration (expertise du Dr K_____, page 31), d'un ralentissement psychomoteur, d'un problème de sommeil avec répercussion significative (expertise du Dr K_____, page 32) ; un jugement de la part de l'expert sur le fait que la recourante préfère s'occuper de son ménage et de ses petits-enfants plutôt que d'opérer une réinsertion professionnelle ; l'attestation de troubles psychiques non incapacitants, vu la gestion possible du quotidien ; des traits de la personnalité histrionique et dépendante non incapacitants vu la gestion du quotidien sans limitations (expertise du Dr K_____, page 37) ; une conservation de bonnes

capacités et ressources personnelles, vu ses capacités à gérer son quotidien (expertise du Dr K_____, page 38) ; l'absence de limitations fonctionnelles significatives car la recourante gère son quotidien sans difficultés et, notamment, s'occupe de ses petits-enfants ; le maintien de bonnes capacités et ressources car elle arrive à gérer son quotidien et s'occuper de ses petits-enfants ; un degré léger des troubles, la recourante pouvant notamment s'occuper de ses petits-enfants (expertise du Dr K_____, pages 43-44) ; de bonnes ressources car elle arrive à gérer son quotidien et notamment s'occuper de ses petits-enfants (expertise du Dr K_____, page 44) ; l'absence de limitations fonctionnelles significatives en tenant compte de la journée-type et une absence d'exagération de la journée-type décrite par la recourante (expertise du Dr K_____, page 45). Enfin, une discordance entre la description des symptômes par le Dr I_____ et la journée-type (expertise du Dr K_____, page 45).

Or, ces activités du quotidien, telles que décrites par le Dr K_____, sont sérieusement remises en cause par le constat que le Dr I_____ faisait déjà deux ans auparavant, soit en novembre 2017, lorsqu'il mentionnait que la recourante présentait une baisse importante de ses capacités cognitives, une répercussion sur ses compétences dans les activités domestiques et une perte homogène et étendue des différents investissements antérieurs (visite chez ses enfants, sorties pour activités plaisantes…) et rôles antérieurs (de mère, d'active dans la société, d'aidante pour sa famille). Par ailleurs, le Dr K_____ insiste sur le fait que la recourante garde ses petits-enfants mais n'explique pas comment elle présenterait encore une telle compétence, alors même qu'elle est victime de syncopes, comme on l'a vu, significatives depuis mai 2016 déjà. En outre, la recourante a elle-même indiqué lors de l'audience de comparution personnelle qui s'est tenue seulement une année après l'examen du Dr K_____, qu'elle ne s'occupait d'aucune tâche ménagère et que ses enfants venaient souvent chez elle car elle ne pouvait pas rester seule et le Dr I_____ a relevé, le 27 avril 2020, que la recourante lui avait relaté n'avoir jamais exprimé à l'expert sa capacité à faire les tâches ménagères avec facilité et qu'elle n'arrivait au contraire pas à les effectuer. Au demeurant, le quotidien de la recourante, tel que décrit par le Dr K_____, est douteux. Dans ces conditions, la motivation du Dr K_____, laquelle repose presque exclusivement sur la description qu'il fait du quotidien de la recourante, n'est pas probante.

8.4.3 Enfin, comme relevé par l'experte judiciaire, le Dr K_____ se contredit en faisant état de troubles de la concentration, tout en estimant qu'ils sont inexistants (expertise du Dr K_____, page 26) et semble minimiser la fatigue en la qualifiant de subjective, alors qu'à cet égard c'est bien le propre d'un rapport d'expertise psychiatrique de reposer sur des éléments subjectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_107/2016 du 18 octobre 2016).

8.4.4 Au vu de ce qui précède, on constate que la motivation donnée par le Dr K_____ quant à une capacité de travail totale de la recourante repose sur une

description d'une journée-type qui n'apparait pas crédible et, nonobstant la longueur de l'expertise, bâcle les éléments significatifs du dossier. Partant, cette expertise doit être écartée, faute de valeur probante.

9. En conséquence, la recourante présente une incapacité de travail totale, dans toute activité, dès le 10 novembre 2017, de sorte qu'elle a droit, dès le 1er novembre 2018, à une rente entière d'invalidité.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.

La recourante, obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 4'000.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé.

S'agissant des frais d'expertise à hauteur de CHF 6'000.-, il se justifie – au vu de la jurisprudence précitée - de les mettre à la charge de l'intimé, le rapport d'expertise du Dr K_____ ne revêtant pas de valeur probante.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 22 mai 2019.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2018.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- pour ses dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire en CHF 6'000.- à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le