RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2425/2019 **ATAS/251/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mars 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à LE GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1965, mariée, de nationalité algérienne, en Suisse depuis 1999, a exercé comme aide-soignante auprès du lien des gardes malade depuis le 5 février 2002 (horaire variable d'environ 8h par jour, 5 jours par semaine).

2. L'assurée a été en incapacité de travail depuis le 1er septembre 2004 et licenciée pour le 30 avril 2006.

3. Le 1er février 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.

4. A la demande de l'assurance perte de gain maladie, la SWICA organisation de santé, le docteur B_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 27 novembre 2005 un rapport d'expertise concluant à un diagnostic de dépression post-partum (F 53.0), et réaction à un facteur de vie important, sans précision (F 43.9), entrainant une incapacité de travail totale, avec une reprise envisagée dans un délai de trois mois.

5. Le 24 mars 2006, le docteur C_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI attestant d'une dépression post-partum, de troubles de la personnalité et de troubles paniques et phobiques probablement depuis mars 2004, entrainant une incapacité de travail totale ; l'assurée semblait prédisposée à une réinsertion professionnelle dans une activité moins contraignante que l'activité habituelle, qui pourrait être exercée quatre heures par jour.

6. Le 6 juillet 2006, le docteur D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) que l'assurée renonçait pour l'instant à sa demande de rente AI.

7. Le 11 septembre 2006, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis sa prise en charge le 27 mars 2016, que l'assurée prenait un traitement médicamenteux et qu'une capacité de travail à 50 % au début était possible dans quelques mois ou un ou deux ans.

8. Le 28 septembre 2006, le Dr C_____ a attesté d'une légère amélioration avec persistance d'une phobie sociale et d'une fragilité émotionnelle ; l'assurée présentait un état dépressif sévère, un problème de couple, des traits de personnalité anxieuse, anankastyque, et dépendante et un soutien familial inadéquat, entrainant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité intellectuelle moins physique.

9. Le 10 octobre 2006, l'assurée a rempli un questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré en indiquant qu'en bonne santé elle exercerait une activité administrative à 100 % et qu'elle avait travaillé à 100 % de 2000 à 2003.

10. Le 3 octobre 2007, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a considéré que l'incapacité de travail était justifiée du 31 janvier 2005 au 31 décembre 2006 et

que l'assurée était capable de reprendre toute activité à 100 % dès le 1er janvier 2007.

11. Par décision du 21 novembre 2008, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2006 au 31 mars 2007.

12. Le 8 avril 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

13. Le 4 mars 2009, le Dr D_____ a attesté d'un état dépressif moyen à sévère et une capacité de travail de 0 % depuis le 1er avril 2008 et de 50 % depuis le 1er mars 2009.

14. Par décision du 21 septembre 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

15. Depuis le 17 février 2010, l'assurée a travaillé comme aide-soignante pour E_____ S.A. à un taux de 80 %.

16. Le 13 novembre 2010, l'assurée a été victime d'un accident vasculaire cérébral ischémique d'origine indéterminée entrainant une incapacité de travail totale ; elle a séjourné dans le service de neuro-rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 29 novembre au 17 décembre 2010.

17. Le 15 avril 2011, l'assurée a repris le travail à un taux de 30 % et à 50 % depuis le 1er août 2011.

18. Le 16 juin 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

19. Le 1er septembre 2011, la doctoresse F_____, médecin adjointe au service de neurologie vasculaire des HUG, a attesté d'un AVC ischémique, avec une reprise de travail à 30 % depuis avril 2011. Le pronostic était favorable avec une fatigabilité normale post-AVC.

20. Le 29 septembre 2011, le Dr C_____ a attesté d'un AVC ischémique temporo-pariéto-insulaire gauche et de la corona radiata droit asymptomatique ; l'assurée était capable de travailler à 100 % avec une reprise progressive et à 100 % depuis octobre 2011 ; elle présentait des troubles attentionnels et mnésique liés à un état dépressif.

21. Par communication du 15 novembre 2011, l'OAI a accordé à l'assurée un soutien pour la reprise de son activité professionnelle et proposé un bilan de sa situation en décembre 2011.

22. Le 29 novembre 2011, le Dr C_____ a attesté d'une amélioration de l'état dépressif et des troubles attentionnels depuis octobre 2011, avec une capacité de travail de 100 % comme garde malade.

23. Dès le 1er octobre 2011, l'assurée a repris le travail à 100 % avec un flux de mission inconstant car ordonné par une agence temporaire.

24. Le 15 novembre 2011, l'OAI a clôturé le mandat d'intervention précoce.

25. Par décision du 27 février 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestation, en constatant une capacité de travail totale de l'assurée au 1er octobre 2011.

26. Dès le 7 décembre 2015 jusqu'au 2 février 2016, l'assurée a travaillé comme aide en soins et accompagnement AFP pour G_____SA à 90 % (selon la déclaration de sinistre LAA de G_____SA du 22 février 2016) ou à 76 % (selon le questionnaire employeur signé par G_____SA le 8 juillet 2016 indiquant une activité de 32h/semaine).

27. Dès le 3 février 2016, l'assurée a été en incapacité de travail totale attestée par le docteur H_____, FMH médecine générale.

28. Le 9 mai 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

29. Le 25 mai 2016, la doctoresse I_____, FMH neurologie, a attesté de céphalées aggravée depuis 2015, de stress et d'anxiété et de trouble de la concentration et de la mémoire persistants depuis les AVC.

30. Le 7 juin 2016, le Dr D_____ a attesté de dépression récurrente, actuellement sévère, accompagnée d'un épuisement, dans un contexte d'isolement social (mis à part ses filles et son mari), de trouble de personnalité mixte et de dysthymie probable ; elle avait été hospitalisée à la clinique genevoise de Montana en mars 2016.

31. Le 8 juin 2016, le Dr H_____ a mentionné un suivi depuis septembre 2015 et des diagnostics de séquelles d'AVC en 2010, état dépressif sévères sans symptômes psychotiques, état de stress post-traumatique différé. Elle présentait une réactivation des troubles psychologiques liés à son passé traumatique.

32. Le 2 février 2016, l'assurée a chuté et s'est blessée à l'épaule gauche et au dos.

33. Le 25 juillet 2016, la Dresse I_____ a attesté d'un séjour à la clinique genevoise de Montana du 24 mars au 2 avril 2016 et des troubles de la concentration et aphasies fluctuantes.

34. Le 23 mai 2016, la doctoresse J_____ et le docteur K_____ de la clinique genevoise de Montana, ont attesté d'un séjour du 24 mars au 2 avril 2016 et d'un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, en lien avec de nombreux facteurs de stress personnels et sociaux.

35. Le 15 septembre 2016, le Dr D_____ a indiqué une incapacité de travail totale depuis juin 2016 (fatigabilité, trouble de la concentration, oublis, désespoir, épuisement total, conflits interpersonnel, manque d'énergie).

36. Par communication du 6 octobre 2016, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

37. Une note statut du 22 décembre 2016 indique que l'assurée travaille comme aide-soignante depuis le 17 février 2010 à 80 % (32h/semaine) de sorte qu'elle présente un statut mixte 80 / 20.

38. Le 2 décembre 2016, le Dr H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée en raison de troubles de l'attention exécutifs, irritabilité, séquelle AVC, repli social, fatigabilité, épuisement, lombalgie et céphalées chroniques. Elle présentait les diagnostics de séquelle d'AVC (aphasie, trouble attentionnel et exécutif), séquelle de chutes (lésion épaule gauche et dos), un état dépressif et une modification durable de la personnalité.

39. Le 14 mars 2017, la Doctoresse L_____, du SMR, a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.

40. Le 10 août 2017, le CEMed (docteurs R_____, FMH médecine interne, M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et N_____, FMH neurologie, ainsi que Madame O_____, neuropsychologue) a rendu une expertise pluridisciplinaire.

    Un examen neuropsychologique avait mis en évidence, par rapport à celui réalisé en 2010, la persistance de troubles attentionnels et exécutifs, ainsi que de séquelles d'aphasie (manque du mot modéré et paraphasies phonémiques et sémantiques à une épreuve fine de dénomination, difficultés de compréhension orale pour des énoncés complexes et à la répétition de mots polysyllabiques et de phrases) et l'amélioration des faits arithmétiques. Il mettait également en évidence un ralentissement de la motricité fine.

    Le tableau neuropsychologique actuel était globalement superposable à celui obtenu lors de l'évaluation neuropsychologique réalisée les 24 janvier et 22 février 2017 à la Consultation Mémoire. Le tableau neuropsychologique était ainsi celui d'une atteinte cognitive légère à moyenne caractérisée au premier plan par des troubles attentionnels et exécutifs modérés à sévères, auxquels s'ajoutaient des séquelles d'aphasie et un ralentissement sévère de la motricité fine. Cette symptomatologie neuropsychologique était compatible avec des séquelles de l'AVC ischémique temporo-pariéto-insulaire gauche survenu le 13 novembre 2010 et dont l'IRM cérébrale effectuée le 24 novembre 2010 aux HUG (selon les informations de la lettre de sortie de neurologie du 29 novembre 2010) mettait en évidence une lésion ischémique subaiguë temporo-pariéto-insulaire gauche (ADC augmenté), sans transformation hémorragique et une séquelle au niveau de la couronne radiaire droite connue.

    Les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'AVC ischémique insulaire gauche du 14 novembre 2011 d'origine indéterminée chez une patiente migraineuse, sous contraception orale, avec discrets troubles langagiers, exécutifs, attentionnels et ralentissement de la motricité fine séquellaires, et sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisodes actuels variable entre léger et moyen (F33.1 et F33.0), non traité, d'AVC ischémique de la corona radiata droite de date indéterminée, de Migraines, de syndrome de fibromyalgie, et de troubles digestifs fonctionnels avec dyspepsie et syndrome du côlon irritable à type de diarrhée.

    Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

Sur le plan neurologique une fatigue et des erreurs de concentration liées aux troubles langagiers, exécutifs et attentionnels séquellaires, pouvant limiter les performances en double tâche ou la résistance au stress ou aux imprévus.

Sur le plan neuropsychologique : pas de tâche de motricité fine sous contrainte temporelle, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation/planification, de prise d'initiative et d'auto-contrôle. Les activités où une erreur pouvant être préjudiciables devaient être évitées et il était recommandé de privilégier des pauses fréquentes, tout comme une activité avec gestion et organisation de différentes étapes, ou à responsabilité, ou impliquant les consignes différentes et contraignantes ; il fallait une activité dans un endroit calme avec peu d'interférence, au sein d'une équipe bienveillante où les individus changent peu et où les soins à prodiguer sont réalisés de manière préférentielle auprès des mêmes personnes.

La capacité de travail était de 100 %, avec une diminution de rendement de 30 % dans l'ancienne activité. L'incapacité de travail était totale dès le 14 novembre 2010, de 70 % dès le 15 avril 2011, de 50 % dès le 1er août 2011, de 75 % dès le 15 septembre 2011 et nulle dès le 1er janvier 2012.

41. Le 5 mai 2017, la consultation de la mémoire des HUG a rendu un rapport suite à un examen de l'assurée les 23 décembre 2016, 24 janvier et 22 février 2017.

    L'assurée présentait des difficultés d'attention, de mémoire de travail, exécutives et sur le plan du langage et du calcul ; les autres fonctions et tâches cognitives testées étaient globalement préservées ; le tableau cognitif était globalement stable ; le rapport concluait à un MCI multi-domaine stable depuis 2010 en lien avec les AVC et l'épisode dépressif moyen.

42. Le 30 novembre 2017, les docteurs P_____ et Q_____ du SMR ont rendu un avis selon lequel l'expertise du CEMed était convaincante, de sorte que l'assurée était capable de travailler à 70 % depuis novembre 2011.

43. Le 19 mai 2017, la fille de l'assurée a écrit à l'OAI en expliquant que celle-ci avait subi de la part de l'expert R_____ une agression verbale intolérable et humiliante ; ce médecin lui avait demandé pourquoi elle ne restait pas en Algérie, puisqu'elle ne servait à rien et qu'elle n'apportait que de la tristesse à sa famille.

44. L'OAI a requis du SMR qu'il précise la capacité de travail de l'assurée dès lors qu'il semblait exister une contradiction entre la capacité de travail de 100 % comme aide-soignante et le cahier des charges de cette activité ; par ailleurs, la diminution de rendement devait être précisée (sur un 100 % ou sur un 70 %).

45. Le 6 mars 2018, le Dr P_____, du SMR, a estimé que le service de réadaptation devait être sollicité et que la capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 30 %.

46. Le 25 février 2019, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a estimé que l'activité habituelle était adaptée et qu'il convenait de ne prendre en considération que la baisse de rendement de 30 %. Elle a relevé que la situation de santé de l'assurée avait fait l'objet d'une expertise fouillée, estimée tout à fait convaincante par le SMR qui s'alignait sur les conclusions médico-théoriques. Les faits démontraient qu'il s'agissait-là d'un positionnement réaliste puisque dès novembre 2011 l'assurée avait été en mesure de mener son activité habituelle comme devisé dans l'expertise. Celle-ci était ainsi à considérer comme adaptée, l'assurée étant encore même parvenue, après son atteinte à la santé, à mobiliser des ressources cognitives suffisantes pour valider ses connaissances et réflexes professionnels par une VAE dans sa profession.

47. Le 19 mars 2019, l'OAI a calculé le degré d'invalidité selon la méthode mixte (statut d'active à 80 %). Selon l'ancien calcul, le degré d'invalidité était de 10 % (12,5 % x 80 %) et selon le nouveau calcul de 24 % (30% x 80 %). Aucun empêchement dans la sphère ménagère n'était retenu.

48. Par projet de décision du 25 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestation, en relevant qu'une enquête économique sur le ménage n'était pas nécessaire, un empêchement de 80 % devant être atteint pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, ce qui n'était pas plausible. Le degré d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2017 était de 10 % et dès le 1er janvier 2018 de 24 %.

49. Le 10 avril 2019, le Dr D_____ a écrit à l'OAI en relevant que depuis son AVC de 2010, l'assurée n'avait pu travailler comme aide-soignante que trois fois et chaque fois sur des périodes de quelques mois ; en effet, elle avait dû arrêter chaque fois (alors qu'elle avait des contrats de longue durée), car « elle n'arrive plus » (épuisement psychique et physique, dépression sévère, …). Dans un travail, elle aurait besoin de beaucoup plus de temps, serait très fatigable et aurait de gros problèmes de mémoire et de concentration ; elle pourrait être affectée par du stress ; elle avait un sommeil très perturbé, était très angoissée, vivait repliée à la maison, avait des phobies, des décompensations périodiques dépressive sévères avec des périodes de forte anxiété et de panique, des céphalées, des vertiges, de la fatigabilité, de l'angoisse lors de changements. Une reprise était éventuellement possible si elle était très progressive pour une activité seulement à temps partiel.

50. Le 23 avril 2019, le Dr P_____ du SMR a estimé que le Dr D_____ ne fournissait aucune information médicale permettant de s'écarter de l'expertise du Dr M_____.

51. Le 20 avril 2019, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle se battait contre sa peur liée à son aphasie, qu'elle avait mis de côté sa santé en reprenant une activité en 2011, qu'elle avait été soutenu pour obtenir un VAE et qu'il était dommage que cet effort soit retenu en sa défaveur, que l'OAI avait fermé les yeux sur les méfaits du Dr R_____ et que le psychiatre n'avait pas pris la peine de lire le dossier avant l'entretien.

52. Le 15 mai 2019, la division de la réadaptation a estimé qu'elle n'avait aucun élément à ajouter suite au courrier de l'assurée du 20 avril 2019.

53. Par décision du 21 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

54. Le 21 mai 2019, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en reprenant les arguments développés dans son courrier du 20 avril 2019 et en relevant que le Dr D_____ avait attesté d'une forte dépression depuis 2005.

55. Le 23 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du CEMed était probante et que des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas indiquées, l'activité habituelle de l'assurée étant adaptée.

56. Le 25 septembre 2019, l'assurée a répliqué en faisant valoir qu'elle avait travaillé après son arrivée à Genève en espérant surmonter ses problèmes psychologiques et les séquelles de ses deux AVC ; elle avait tenté à trois reprises de travailler mais cela n'avait duré que quelques mois ; elle vivait dans le stress et la dépression ; les experts du CEMed étaient des bourreaux qui l'avaient terrorisée ; elle ne pouvait sortir de chez elle en raison de peur, d'angoisse et de terreur. Elle avait vécu une série de traumas et était épuisée et en dépression depuis des années ; la décision de l'OAI était injuste et il convenait de se référer à ses médecins traitants qui la connaissaient mieux. Elle ne pouvait plus travailler comme aide-soignante.

57. Le 13 janvier 2020 la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle.

    La recourante a déclaré : « J'ai un problème d'expression car je dois chercher mes mots. J'essaie de survivre. Je suis épuisée, en dépression, ce qui m'handicape le plus c'est les symptômes de la dépression. Les séquelles de l'AVC se sont surajoutées à la dépression. Je suis plus angoissée qu'avant. Je vis avec la peur permanente de vivre un autre AVC qui me rendrait handicapée. Si je vais un peu mieux, je fais un peu de ménage chez moi et je prépare le repas pour mes filles et si je vais moins bien je ne fais rien du tout. En général je ne sors de chez moi que pour les rendez-vous médicaux. Je me rends régulièrement en Algérie, soit chaque un mois et demi – deux mois et j'y reste une à deux semaines. Ces séjours sont comme une thérapie pour moi. Je vis avec ma famille lorsque je suis en Algérie.

    Mon mari s'occupe des courses et du ménage. C'est lui qui gère tout. Mes filles aident aussi.

    J'ai travaillé vers 2000 – 2001 durant quatre ans au Lien des gardes malades à plus de 100 % car je faisais les nuits en plus des soins la journée. J'ai ensuite été en arrêt maladie en raison d'une grossesse non désirée qui a aggravée ma dépression. J'ai travaillé ensuite chez E_____. Selon moi je travaillais à plus de 100 % si l'on compte toutes mes heures. J'ai travaillé ensuite pour une autre agence qui s'occupe de soin à domicile dont je ne me rappelle plus le nom. Cette agence a fait faillite. J'ai ensuite été au chômage tout en travaillant pour un collègue qui avait ouvert une

agence de soin à domicile. Ensuite dès 2015 j'ai travaillé pour G_____. Je faisais des nuits et parfois des journées. Je ne me rappelle plus exactement de mon taux d'activité mais j'avais un salaire qui équivalait quasiment à un 100 %.

En bonne santé je travaillerais à 100 % comme cela était le cas lorsque je travaillais au Lien des gardes malades. J'ai toujours demandé à travailler à 100 %. En particulier je faisais volontiers des remplacements de collègue en plus de mon activité de base.

L'expertise au CEMed s'est très mal passée surtout avec le généraliste. Ce médecin était dès le départ très froid. Je lui ai expliqué mon état de santé en disant que je me rendais souvent en Algérie. Il m'a alors demandé ce que je faisais là puisque je ne servais à rien. Il m'a aussi posé des questions stupides, par exemple en me demandant pourquoi ma fille n'avait pas de petit-ami. Je n'ai pas vraiment aimé l'expertise psychiatrique car le médecin n'était au courant de rien, il n'avait apparemment pas lu mon dossier avant de me recevoir. J'estime que ma dépression et les séquelles de l'AVC m'empêchent de travailler. J'ai une maladie qui fluctue de sorte que quand je vais mieux j'ai l'impression que je pourrais travailler mais la maladie évolue.

Cette demande AI m'a fatiguée encore plus. Je souhaitais une forme de reconnaissance, au lieu de cela la procédure traine et on ne me donne pas une réponse satisfaisante. Je souligne que j'ai toujours été autonome financièrement, j'ai toujours cherché à travailler. J'ai en particulier refusé l'AI dans le cadre de la procédure antérieure à mes AVC, vers 2006 car je voulais absolument travailler, ce que j'ai fait par la suite. Actuellement je n'arrive plus du tout à surmonter ma maladie pour me remettre au travail.

Mon mari est chauffeur de taxi à 100 %. J'ai deux filles à l'université et une au cycle ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Il arrive que les experts soient ré-interpellées en fonction des plaintes que nous recevons des assurés quant au déroulement de l'expertise. En l'occurrence aucun suivi n'a été donné concernant la plainte de la recourante sur le Dr R_____ ».

58. Le 10 février 2020, la recourante a précisé que certains membres de sa famille vivaient en Europe et que généralement son mari faisait les courses (aussi ses filles et parfois elle-même). Enfin, l'expert généraliste de Nyon lui avait demandé de répondre à ses questions par « oui » ou « non », de sorte qu'elle avait répondu à l'aveuglette à des questions qui demandaient des réponses avancées.

59. A la demande de la chambre de céans, le CEMed a répondu à des questions complémentaires le 27 janvier 2020 et le Dr R_____ s'est déterminé sur les griefs émis par la recourante à son égard, en niant avoir tenu des propos offensant ou blessant à l'égard de l'assurée.

60. Le 17 février 2020, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de remarque à faire valoir suite à la réponse du Dr R_____.

61. A la demande de la chambre de céans, le Dr D_____ a rendu un rapport le 6 mars 2020. Il avait suivi l'assurée de mars 2006 à fin 2008 puis dès avril 2016, pour des diagnostics de dépressions récurrente moyenne à sévère, état de stress post-traumatique, problèmes de couple, problèmes de famille, statuts post AVC ischémique. L'assurée était très angoissée, tendue, soucieuse, pas de joie de vivre, repli à la maison, triste, voire désespérée, troubles du sommeil ; par ailleurs adéquate dans son discours, ponctuelle, soignée, s'exprimait clairement, vive d'esprit. Pas de symptôme psychotique. La capacité de travail était probablement de 30 à 50 % dans un emploi adapté (sans multitâches, sans apprentissages fréquents / intenses, avec assez de respect, sans exigence élevée de rendement), en raison d'une aboulie, de fatigabilité et de trouble de la concentration. L'incapacité de travail était présente depuis l'automne 2017 ; son état ne s'était pas aggravé récemment. La compliance était bonne ; il estimait que la dépression était plus forte (moyenne à sévère) que dans le rapport d'expertise ; le diagnostic de PTSD n'était pas évoqué ce qui ressortait du rapport d'expertise, alors que l'assurée avait vécu plusieurs traumas et présentait tous les symptômes d'un PTSD. Le conflit de couple était évoqué dans l'expertise, mais pas évoqué dans les diagnostics ; l'assurée n'exagérait pas l'intensité de ses souffrances.

62. Le 7 mai 2020, le SMR a rendu un avis selon lequel l'expert M_____ avait bien décrit en 2017 les difficultés du couple et exclu un diagnostic de PTSD ; l'évènement susceptible d'entrainer un PTSD datant de 2009, il n'était plus possible de retenir un diagnostic et celui de modification durable de la personnalité n'avait pas non plus été posé ; il n'y avait pas d'éléments nouveaux décrit par le Dr D_____ permettant de retenir une aggravation de l'état dépressif et l'assurée ne répondait pas aux critères d'un trouble dépressif sévère ; elle ne prenait d'ailleurs aucun antidépresseur ; les limitations fonctionnelles décrites par le Dr D_____ étaient reconnues par l'expert en 2017 ; l'atteinte psychiatrique était légère, ce qui ressortait de la description de l'expert M_____.

63. Le 8 mai 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 7 mai 2020 et a considéré qu'aucun élément objectif ne permettait de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du CEMed.

64. Le 12 mai 2020, l'assurée a observé qu'il était possible qu'elle reprenne une activité à un taux de 30 à 50 %, dans un contexte bienveillant, sans exigence de rendement ; le Dr H_____ lui avait conseillé de cesser de faire le forcing ; il était surprenant que l'expertise n'aborde pas son incapacité de travail survenue après une chute le 3 février 2016, ni le trouble lié au stress post-traumatique. Elle était totalement incapable de travailler depuis le 3 février 2016 et capable dès mars 2020 de respecter une activité adaptée à un taux de 30 à 50 % ; elle sollicitait l'audition du Dr H_____, voire un complément d'expertise au CEMed, par le biais de l'audition des experts.

65. Par ordonnance du 4 juin 2020, la chambre de céans a confié une expertise à la Doctoresse S_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, en considérant que les conclusions de l'expertise du CEMed du 10 août 2017, en particulier sur la capacité de travail de la recourante, étaient sérieusement mises en doute par les avis du Dr D_____ des 10 avril 2019 et 6 mars 2020 ; une expertise judiciaire psychiatrique apparaissait ainsi nécessaire afin d'établir les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante.

66. Le 30 juin 2020, la recourante a produit un rapport du docteur H_____, médecin consultant à l'association pluriels, du 30 mai 2020, posant les diagnostics d'état de stress post traumatiques complexes, état dépressif récurrent, séquelle de deux AVC ; en 2015, était réapparu un état dépressif sévère, avec réactivation des troubles liés au passé traumatique.

67. Le 11 janvier 2021, la Dresse S_____ a rendu son rapport d'expertise.

    L'assurée se plaignait d'un sentiment d'échec, d'inutilité, de honte, de vide, de manque de sens et d'idées de mort récurrentes, de manque d'émotions plaisantes, de fatigabilité, de manque d'énergie, de maux de tête, de dos, des membres, d'un côlon irritable, de vertiges, de trouble du sommeil, de peur de mourir, de colère permanente, de trouble de l'attention, de l'expression, d'humeur triste, d'irritabilité et d'agressivité.

    La Dresse S_____ s'est entretenue avec le Dr D_____. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0).

    Un premier épisode dépressif avait persisté de 2004 à 2010. Le deuxième épisode dépressif s'était installé depuis février 2016, dans le contexte d'une chute de l'assurée ; avant le diagnostic de dysthymie pouvait être retenu (2010 à 2016).

    S'agissant de la modification durable de la personnalité, on constatait un état de stress post traumatique non traité, une exposition au vécu traumatique qui avait perduré, une vulnérabilité développementale (trouble de l'attachement) avec difficulté dans la régulation émotionnelle, réveillé à son arrivée en Suisse ; elle avait présenté un effondrement dépressif avec une incapacité à se projeter dans une perception valorisée d'elle-même, un manque d'empathie, un repli, une rigidité, une perte d'élan vital. Ce changement dans le fonctionnement de personnalité était en décalage par rapport au fonctionnement antérieur de l'assurée (stabilité professionnelle aussi bien en Algérie, au Liban et les années entre 2001 et 2004 en Suisse). Le pronostic était réservé. L'interaction du trouble dépressif avec le trouble de personnalité limitait la réponse au traitement et l'alliance thérapeutique.

    Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigabilité, perte d'énergie, gestion faible du stress, anxiété liée aux changements, capacité limitée à se concentrer, troubles digestifs, vertiges. Ces limitations venaient s'ajouter aux limitations liées à l'AVC (détaillées dans l'anamnèse somatique). Instabilité

émotionnelle, intolérance à la frustration, rigidité et difficulté à s'adapter au changement, perte de sens, doutes sur ses propres capacités.

Il était difficile d'envisager que l'assurée puisse reprendre son ancienne activité. Elle n'arrivait plus à se faire confiance, elle était facilement envahie par l'anxiété, la gestion émotionnelle était difficile, elle présentait une fatigabilité importante et ne se sentait pas capable de faire confiance à son corps ou son esprit pour s'engager dans un travail d'accompagnement et de soins. La capacité de travail était entravée depuis février 2016. Dans une possibilité théorique, l'assurée pouvait travailler à 50 %, avec un rendement qui risquait d'être rapidement faible, entravé par le fonctionnement de la personnalité et le risque d'un épuisement rapide. Il était difficile d'imaginer une activité hors atelier avec accompagnement. La capacité de travail dans un milieu répondant aux exigences du marché normal du travail était nulle.

Des mesures de réadaptation professionnelles pourraient être envisagées pour l'éventuelle capacité résiduelle maximale de 50 %, à la condition qu'elles puissent évaluer concrètement sur le terrain la capacité de l'assurée à intégrer une activité, malgré les multiples limitations et son rendement.

On pouvait tenter une amélioration du traitement (médicamenteux et psychothérapeutique), mais sans changement sur la capacité de travail.

Elle n'était pas d'accord avec le rapport du Dr M_____, lequel énumérait les antécédents psychopathologiques mais ne les intégrait pas dans l'évaluation globale ; il ne prenait pas en compte les facteurs de mauvais pronostic. Il décrivait un fonctionnement proche de la normalité, en contradiction avec la description des activités quotidiennes. En ce qui concernait le trouble dépressif, l'estimation aussi bien de la symptomatologie clinique, du fonctionnement de l'assurée et du pronostic du trouble était incomplète, ne relatant pas la réalité de la situation de l'assurée. Il estimait à tort que certains éléments sortaient du domaine médical (les pensées irrationnelles, le blocage et l'enfermement, le clivage de la perception de la réalité, la difficulté à se projeter dans l'ici et le maintenant).

68. Le 18 février 2021, la Dresse T_____, du SMR, a rendu un avis médical.

Le SMR, en comparant l'expertise, du Dr M_____ d'août 2017 avec celle de la Dresse S_____ de janvier 2021, ne retrouvait pas de différences significatives en ce qui concernait l'anamnèse, les plaintes de l'assurée, et l'examen clinique, ainsi que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, évalué d'intensité légère à moyenne en 2017, et moyenne en 2021. Le SMR était en accord avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en suivant les critères de la CIM10. En ce qui concernait le diagnostic de modification durable de la personnalité, le SMR, ne pouvait se rallier aux conclusions de l'experte. Si l'assurée avait bien été victime d'un traumatisme intense (viol du mari), et d'un état de stress post-traumatique (retenu par le SMR en 2007), le SMR excluait le diagnostic de modification durable de la personnalité. En effet, l'assurée avait amélioré son état de santé après 2007,

lui permettant de reprendre une activité professionnelle même après son AVC, d'élever ses trois enfants, de continuer de vivre avec son mari, même s'ils faisaient chambre à part. Ainsi, il n'y avait pas de disfonctionnements social ou professionnel qui avaient suivi l'état de stress post-traumatique. Le sentiment de perte d'espoir était présent chez l'assurée, mais pouvait être mis en relation avec le trouble dépressif. A la lecture de l'expertise, l'assurée n'avait pas l'impression permanente d'être sur la brèche et de se sentir menacée et elle continuait de vivre avec son mari. En l'absence de réalisation des critères diagnostics, on ne pouvait reconnaitre la présence d'une modification durable de la personnalité. Il était par ailleurs rappelé que le psychiatre traitant, en 2006, retenait des traits de personnalité anxieuse, anankastique et dépendante, que l'experte ne commentait pas.

Les ressources internes de l'assurée étaient évaluées comme bonnes par le SMR, même encore après l'AVC, l'assurée ayant repris son activité habituelle dès 2011, tout en gérant l'éducation de ses enfants. Les ressources externes n'étaient pas nulles, sa famille (mari et filles) étant présentes. L'isolement social retenu par l'experte n'était pas complet, l'assurée vivant en famille, ayant des contacts réguliers avec sa fratrie, et était contente de revoir sa famille dans son pays d'origine lors des vacances. Par ailleurs, hormis les contacts professionnels, l'assurée n'avait jamais décrit avoir eu antérieurement des amies.

L'adaptation du traitement antidépresseur était exigible et devrait améliorer le trouble dépressif. Les activités quotidiennes de l'assurée n'étaient pas totalement limitées. L'assurée était indépendante pour son hygiène, pouvait préparer le repas de midi, faisait les lessives, parfois les courses, et pouvait aussi conduire une voiture sur des petites distances, pouvait se déplacer en transports publics, regarder la TV, prendre des nouvelles de ses filles et suivre leur scolarité. En ce qui concernait la cohérence, l'experte constatait une légère majoration des symptômes de la part de l'assuré. L'assurée n'était pas limitée dans toutes les activités quotidiennes. Elle refusait un traitement antidépresseur lege artis, alors qu'elle présentait un trouble dépressif et demandait une rente. L'évaluation des indicateurs standards ne permettait pas de retenir une incapacité de travail totale chez cette assurée. Ainsi, le SMR ne pouvait suivre les conclusions de cette expertise, en raison d'une divergence sur le diagnostic de modification durable de la personnalité, ainsi que sur l'évaluation des indicateurs et de la capacité de travail résiduelle.

69. Le 18 février 2021, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité, lequel reconnaissait un trouble dépressif moyen mais non pas sévère, de sorte que la maladie n'avait pas un degré de gravité important. On ne pouvait admettre l'échec de tout traitement conforme aux règles de l'art. Il n'y avait pas de comorbidité importante, ni trouble spécifique de la personnalité. Il n'y avait pas d'isolement social complet, l'environnement social étant globalement intact. Il n'existait pas de limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne. L'examen global de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante, à la lumière des exigences

relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants, permettait de s'écarter des conclusions de la Dresse S_____.

70. Le 15 février 2021, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 10 mai 2016, subsidiairement à un trois quart de rente depuis le 1er juillet 2020. Il convenait de demander à l'experte judiciaire de préciser la baisse de rendement sur le taux de 50 %.

71. Sur quoi 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.

   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).

3. 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).

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

5. 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).

6. 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).

   Ces indicateurs sont classés comme suit :

   I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

   Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

   A. Axe « atteinte à la santé »

   1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

   Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

   L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents

en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable.

Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le **«** complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

7. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie »

(ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

8. 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. 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).

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. 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.

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. 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).

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. 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).

g. 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).

h. 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).

9. 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).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. 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). A 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. A 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).

12. En l'occurrence, la chambre de céans a considéré, dans son ordonnance du 4 juin 2020, qu'il convenait d'instruire médicalement le cas par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique.

    Le rapport d'expertise de la Dresse S_____ du 11 janvier 2021, dans la mesure où il repose sur un entretien approfondi avec la recourante (2h30), un entretien avec le psychiatre traitant, comprend une anamnèse complète, relate les plaintes de la recourante, décrit les constatations objectives, le résultat des tests psychométriques, pose des diagnostics précis et motivés, analyse les indicateurs standards et apprécie la capacité de travail de la recourante de façon convaincante, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

13. a. Les critiques émises par le SMR et l'intimé ne sont pas à même de mettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

    b/aa. L'intimé considère tout d'abord que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ne remplit pas le critère du degré de gravité important de la maladie. Or, le cas d'espèce ne saurait être assimilé à celui concernant une affection qui permet de renoncer d'emblée à la procédure de preuve structurée, comme c'est le cas d'un léger trouble dépressif non chronifié et non associé à des comorbidité (arrêt précité du Tribunal fédéral 9C/4/2018 du 12 mars 2018).

    b/bb. Le SMR conteste ensuite la présence d'une modification durable de la personnalité car l'état de santé de la recourante s'était amélioré après 2007, celle-ci

ayant repris une activité professionnelle tout en élevant ses enfants et en cohabitant avec son époux, ce qui témoignait de l'absence de dysfonctionnement social ou professionnel suite à l'état de stress post-traumatique (viol conjugal) ; en outre, son sentiment de perte d'espoir pouvait être mis en relation avec le trouble dépressif et la recourante n'avait pas l'impression permanente d'être sur la brèche et de se sentir menacée.

A cet égard, l'experte a relevé un changement net dans le fonctionnement social, professionnel et interpersonnel de la recourante installé depuis 2004 et persistant de manière rigide. Ce changement était survenu dans le contexte de l'exposition à un facteur traumatique qui venait s'ajouter à d'autres traumatismes préexistants, et duquel la recourante ne pouvait échapper (maintien de la vie de famille, grossesse).

Elle a précisé que ce diagnostic n'était pas aisé et que celui de trouble du stress post-traumatique complexe (présent dans la future CIM-11) était plus approprié. Elle a étayé les arguments sur lesquels elle appuyait son diagnostic, soit un état de stress post traumatique non traité, une exposition continue au vécu traumatique, et une vulnérabilité développementale (expertise pp. 30 - 31). L'experte a également discuté le diagnostic différentiel du trouble mixte de la personnalité mais a estimé qu'il était moins pertinent, au vu des perturbations dans le fonctionnement de la recourante depuis 2004 qui persistaient à ce jour (expertise p. 31). En particulier, la continuation de la vie commune avec l'époux est présentée par l'intimé comme un facteur qui plaide contre un dysfonctionnement (avis du SMR du 18 février 2021 p. 3) alors que, selon l'experte, il a participé au maintien de la recourante dans une situation insupportable et emprisonnante, qui avait entretenu le traumatisme (expertise p. 31).

Le diagnostic de modification durable de la personnalité, dûment motivé, ne saurait, dans ces conditions, être écarté.

b/cc. Le SMR et l'intimé considèrent encore que les ressources de la recourante sont bonnes, que l'environnement social de la recourante est globalement intact et que l'isolement social n'est pas complet.

Or, l'experte a souligné que les ressources de la recourante étaient faibles, sur tous les plans, soit somatique (migraines, douleurs articulaires, diarrhées, dyspepsie, vertiges), psychique et mental (pessimisme, incapacité à faire face aux changements même minimes, troubles cognitifs), social (aucun réseau en dehors des enfants et du mari avec lequel la relation est distante) et familiale (famille soutenante mais à l'étranger).

Dans ces conditions, même si l'isolement social n'est pas total mais seulement partiel, les ressources de la recourante ne sauraient conduire à nier le caractère sévère de l'atteinte.

b/dd. Le SMR estime aussi que le traitement médicamenteux devrait être adapté et pourrait améliorer le trouble dépressif.

A cet égard, l'experte a également considéré que le traitement semblait insuffisant devant la sévérité du tableau clinique mais que les adaptations de celui-ci ne modifieraient pas le pronostic, car l'interaction du trouble dépressif et du trouble de la personnalité limitait la réponse aux traitements et l'alliance thérapeutique (expertise p. 32). Or, cette constatation n'a pas été contestée par l'intimé.

b/ee. Enfin, pour l'intimé et le SMR, la recourante n'était pas limitée dans toutes les activités quotidiennes, majorant légèrement les symptômes et refusant un traitement antidépresseur.

A cet égard, l'experte a, au contraire, considéré que le tableau clinique était cohérent et compatible avec les antécédents personnels et les éléments présents au dossier, qu'il n'y avait pas de discordance entre les plaintes et le comportement, malgré une discrète tendance à la dramatisation, compatible avec le fonctionnement de la personnalité post-traumatique, avec une position dépressive. Le niveau d'activité de la recourante était faible, avec un mode de vie isolé, la recourante passant la majorité du temps couchée, en effectuant seulement les activités strictement nécessaires (repas, rendez-vous médicaux, courses). Elle était résignée et piégée dans sa souffrance. Par ailleurs, la recourante était investie dans les soins et ne refusait pas un traitement mais présentait une incapacité à croire qu'elle pourrait sortir de son état (expertise p. 34).

c. Au demeurant, contrairement à l'avis de l'intimé, les indicateurs standard permettent de confirmer la conclusion de l'experte quant à une incapacité de travail totale de la recourante dans le marché ordinaire du travail, depuis le 3 février 2016, étant relevé que la capacité de travail de 50 % a été évoquée par l'experte seulement dans le cadre d'un atelier avec accompagnement (expertise p. 36).

14. L'intimé a retenu un statut mixte de la recourante 80 % active et 20 % ménagère. La recourante l'a contesté (procès-verbal d'audience du 13 janvier 2020). Cette question peut cependant rester ouverte dès lors qu'elle n'a pas d'incidence sur l'issue du litige. En effet, compte tenu d'une incapacité de travail totale, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 80 %, ouvrant déjà le droit à une rente entière d'invalidité.

15. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante à droit, depuis le 1er février 2017, à une rente entière d'invalidité.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à la recourante - laquelle a été représentée par un avocat en cours de procédure, le 6 février 2020 - à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 21 mai 2019.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2017.
5. Alloue une indemnité à la recourante de CHF 3'000.- à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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