RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2443/2019 **ATAS/324/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 avril 2022

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERSOIX, représentée par le Service de protection de l'adulte (SPAd), GENÈVE	recourante

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1970, est originaire du Brésil où elle a suivi l'école obligatoire et secondaire. Elle est divorcée et mère de deux enfants nés en 1995 et 2001.

b. En 2001, l'intéressée s'est installée en Suisse. Elle a effectué depuis lors plusieurs stages et cours et exercé diverses activités, dont celle de nettoyeuse à temps partiel, de janvier à mars 2014.

B. **a.** Le 28 janvier 2016, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'une épicondylite du coude droit.

b. Le 8 avril 2016, l'Hospice général a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis 2008 et qu'il avait mis en œuvre une mesure d'insertion.

Il a annexé le rapport y relatif établi par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI) le 16 janvier 2014. Il en ressort qu'un stage visant à évaluer les capacités de réinsertion socioprofessionnelle de l'assurée, initialement prévu pour une durée de huit semaines, avait dû être interrompu après neuf jours suite à des débordements émotionnels en animation de groupe, devenus ingérables. L'assurée avait surtout besoin de soins aux niveaux physique et psychologique avant de pouvoir envisager un autre stage.

c. Dans un rapport du 10 mai 2016, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué à l'OAI que la demande de prestations était motivée par des douleurs persistantes à l'épaule droite depuis 2012, une épicondylite du coude droit depuis 2014, et un état anxio-dépressif surajouté. La patiente, droitière et technicienne de surface, ne pouvait plus travailler en utilisant de façon répétée son membre supérieur droit.

La Dresse B_____ a notamment transmis à l'OAI :

- un rapport du 25 août 2014 du docteur C_____, médecin adjoint aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) suite à la consultation de l'assurée le 21 août 2014 ; selon l'anamnèse, la patiente avait été opérée de l'épaule droite en 2012 et présentait depuis janvier 2014 une épicondylite droite avec une répercussion fonctionnelle et psychologique importante ;
- un rapport du 25 janvier 2016 du Dr C_____ faisant état de la persistance des douleurs au niveau de l'épaule droite ; à l'examen clinique, les amplitudes articulaires étaient restituées et la force quasiment symétrique ; la reprise d'une activité adaptée avec un port de charges limité à 5 kg était recommandée.

d. Dans un avis du 16 juin 2016, le docteur D_____, médecin au service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a fixé le début de la réadaptation à 2013,

soit après l'opération de l'épaule, et considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité ne requérant ni le port de charges de plus de 5 kg, ni l'utilisation répétée ou au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit. Il a en outre estimé que l'apparition de l'épicondylite en janvier 2014 ne modifiait ni la capacité de travail, ni les limitations fonctionnelles.

e. Par décision du 31 août 2016, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'intéressée était totalement incapable d'exercer son activité habituelle de nettoyeuse, mais qu'elle disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès 2013. Par convenance personnelle, elle avait travaillé comme employée de maison à raison de douze heures par semaine, ce qui correspondait à un taux d'activité de 30 %. Dès lors, son statut était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 30 % et se consacrant aux travaux habituels pour les 70 % restants. La comparaison des revenus s'effectuait sur la base des mêmes données statistiques (ESS 2013, TA1, femme, niveau 4) puisqu'il était difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité. Le degré d'invalidité, inférieur à 40 %, n'ouvrait pas le droit à une rente.

Cette décision est entrée en force.

C. **a.** Le 4 juin 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande d'invalidité et fait état de dépression, de troubles anxieux et de difficultés relationnelles depuis 2013.

b. Dans un rapport du 30 août 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée, qu'il suivait depuis « octobre 2018 » (*sic*) bénéficiait d'une psychothérapie en délégation avec Madame F_____, psychologue FSP. La patiente était arrivée à leur cabinet dans un état dépressif sévère, avec une désorganisation de la pensée et du comportement. Ils avaient constaté un trouble dépressif et anxieux important, ainsi qu'un probable déficit de l'attention et de la concentration avec une hyperactivité. La patiente avait un vécu carencé, d'importantes difficultés relationnelles liées à une problématique de gestion des émotions, et était très vulnérable aux dépendances et aux toxiques. Son état s'était aggravé en février 2018, lorsque son fils aîné, qui s'occupait de toute la partie administrative et logistique de la maison, était parti vivre seul. L'assurée peinait à comprendre les différentes démarches administratives, à gérer son budget et à s'organiser de manière générale, en raison d'oublis réguliers et de confusions. Elle était aidée par l'Hospice général depuis plusieurs années et ne semblait pas pouvoir entrer dans une activité à moyen et long terme. Une mesure de curatelle volontaire avait dû lui être proposée.

c. Par ordonnance du 3 octobre 2018, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée.

d. En date du 8 novembre 2018, l'OAI a reçu un rapport du Dr E_____, lequel a diagnostiqué un trouble de l'humeur, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation

des dérivés du cannabis, consommation continue (F12.25), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), un jeu pathologique (F63.0), et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Il a également fait état d'une suspicion d'un trouble de l'attention et de la concentration avec une hyperactivité en cours d'investigation. Au statut psychiatrique, l'assurée présentait une humeur fluctuante, avec une agitation psychomotrice, une logorrhée, une accélération de la pensée, un sentiment de désespoir, une fatigue persistante, des troubles du sommeil, de la concentration et de l'attention, une impulsivité et une labilité émotionnelle manifeste, un comportement désorganisé. Ces symptômes avaient un impact direct sur sa capacité de travail, nulle depuis plusieurs années. Les limitations fonctionnelles étaient dues aux affections psychiques, aux difficultés à suivre un rythme de travail, à gérer le stress, à s'organiser et à se concentrer.

e. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée et a confié une expertise psychiatrique à la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

f. Le 20 mars 2019, la Dresse G_____ a rendu son rapport d'expertise, basé sur le dossier de l'assurée, un entretien de plus de trois heures avec l'intéressée et une discussion téléphonique avec son psychiatre traitant.

L'experte a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F12.25) et d'anxiété de degré léger, en lien avec des facteurs sociaux de type financier (baisse de revenus) et des problèmes relationnels (conflit avec un sous-locataire). Elle a conclu à une capacité de travail entière, sans limitation fonctionnelle psychiatrique, et sans baisse de rendement, dans l'activité de femme de ménage ou de prothésiste ongulaire.

g. Dans un avis du 26 mars 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès du SMR, a conclu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante. L'expertise montrait une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique et les diagnostics retenus. Aucune modification significative de l'état de santé n'était donc objectivée et les conclusions du SMR du 16 juin 2016 demeuraient valables.

D. **a.** Par décision du 21 mai 2019, l'OAI a confirmé son projet du 27 mars 2019 et rejeté la demande de l'assurée, au motif qu'il n'existait pas d'éléments en faveur d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 31 août 2016, et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière.

Dans un rapport rédigé le 14 juin 2019, le Dr E_____ et Mme F_____ ont indiqué que l'expertise ne correspondait pas à leurs constatations, ce qui pouvait s'expliquer par le fait que l'assurée n'avait pas forcément évoqué toutes ses difficultés. Contrairement à ce que mentionnait l'experte, l'assurée souffrait d'anxiété et d'agitation en général. Elle présentait des troubles réguliers du

sommeil qui n'avaient été stabilisés que grâce au Séroquel. Sans cette médication, elle ne dormait pas, présentait une anxiété, une agitation et une tension nerveuse intense. Elle était impulsive, avait toujours eu des difficultés à gérer son argent et se sentait très diminuée par rapport à sa situation financière. Ses capacités de concentration étaient fluctuantes et elle présentait souvent une hyperactivité psychique, avec une logorrhée. Elle présentait aussi un côté abandonnique et un sentiment de solitude très présent, de sorte que ses relations amicales et amoureuses étaient chaotiques. Elle avait un côté caractériel très présent, avec une irritabilité très prononcée et un sentiment de persécution qui faisait qu'elle pouvait présenter une colère inappropriée. Elle avait fortement décompensé suite au déclin de son revenu, mais elle avait présenté une problématique anxieuse et dépressive durant toute sa vie, qu'elle avait tenté de calmer avec une automédication avec le cannabis, énonçant que c'était la seule chose qui la calmait. Elle n'avait que des relations destructrices avec des personnes qui étaient dans la consommation ou qui lui demandaient des faveurs sexuelles en échange d'argent. En dehors de cet entourage malsain, elle n'avait personne de confiance avec qui échanger et sur qui compter. Compte tenu des difficultés psychiques, l'assurée, très soumise à la tentation, ne parvenait pas à arrêter ses diverses consommations. Malgré son importante envie de travailler afin d'avoir une vie normale et être financièrement indépendante, il ne semblait pas envisageable pour l'instant qu'elle puisse faire face à un travail régulier à cause de ses difficultés organisationnelles et relationnelles. Il y avait eu une amélioration du comportement grâce au traitement instauré, avec une prise de conscience plus ou moins fluctuante des difficultés et une légère amélioration dans la gestion des émotions et de la colère. Sa dépression était un peu moins sévère, mais l'humeur restait très instable. L'assurée avait avoué, lors de la séance du 14 juin 2019, avoir joué une petite somme aux machines à sous au casino, reprochant à une amie de l'y avoir emmenée. Elle avait également admis, lors de cette séance, qu'elle avait pris de la cocaïne deux jours auparavant avec une amie et exprimait son sentiment de culpabilité et sa peur de ne pas pouvoir résister. Lorsqu'elle prenait cette substance, elle se sentait bien au début, puis était prise d'une énorme angoisse et d'idées noires. Elle exprimait la présence d'idées noires ponctuelles et parlait de son envie de mourir, de « laisser tout le monde tranquille ».

E. **a.** Par acte du 21 juin 2019, l'assurée, représentée par le Service de protection de l'adulte (ci-après : SPAD), a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 21 mai 2019. Elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit constaté que son état de santé s'était aggravé et que son incapacité de travail était entière, et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. Elle a relevé de nombreuses incohérences dans l'expertise et des discordances entre les observations de l'experte et celles de son psychiatre traitant, surtout sur des points essentiels qui les avaient conduits à des diagnostics sensiblement contradictoires. En outre, une relation de confiance n'avait pas pu être instaurée avec l'experte qui ne l'avait vue que durant un seul entretien de trois heures. Le rapport d'expertise

n'avait donc pas une pleine valeur probante et de nouvelles investigations devaient être ordonnées.

b. Dans sa réponse du 22 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a considéré que la recourante ne faisait valoir aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions de l'experte et que son argumentation se limitait à souligner des divergences d'opinion entre expert et médecin traitant quant à sa capacité résiduelle de travail. L'experte n'avait retenu aucune comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail et avait indiqué que la compliance était mauvaise, de sorte qu'on ne pouvait pas parler d'échec de traitement ni de processus maladif s'étendant sur plusieurs années. L'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne, et montrait que la recourante disposait de ressources personnelles préservées. Il y avait un manque de cohérence entre l'incapacité de travail totale et les éléments figurant au dossier. Enfin, l'experte avait expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écartait des conclusions des médecins traitants. Son rapport remplissait tous les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'intimé a joint un avis rendu par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin du SMR, le 19 juillet 2019. La médecin a relevé que le Dr E_____ se bornait à critiquer l'expertise de la Dresse G_____ en se basant essentiellement sur les dires de sa patiente. Malgré ce qu'indiquait le médecin traitant, la recourante n'avait jamais eu recours à des intervenants sur le plan psychiatrique et n'avait jamais été hospitalisée, ce qui démontrait que si d'éventuels symptômes dépressifs ou anxieux avaient été présents par le passé, ils n'avaient jamais été assez sévères pour justifier une prise en charge. Les difficultés de la recourante étaient essentiellement sociales et financières, liées à une baisse de revenus découlant de ses addictions, et non d'ordre maladif. En outre, la recourante avait toujours réussi à subvenir à ses besoins, bien qu'elle n'ait jamais travaillé de manière continue, ce qui attestait de ses ressources. Le traitement mis en place avait permis une amélioration de l'état de santé et le descriptif de la vie quotidienne montrait que l'intéressée n'avait aucune limitation dans son quotidien. Ainsi, le rapport du Dr E_____ n'apportait pas d'élément objectif nouveau ou en faveur d'une aggravation de l'état de santé, de sorte que les conclusions du SMR du 16 juin 2016 étaient encore valables.

c. Par écriture du 16 août 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que l'intimé ne semblait pas avoir pris en compte le rapport de son psychiatre traitant qui avait fait état d'un contexte social délicat, de nombreux conflits, d'un important dysfonctionnement relationnel. De plus, elle avait avoué avoir repris de la cocaïne avec une amie, ce qui démontrait qu'elle était une personne influençable et que son entourage ne lui permettait pas de vivre dans un environnement équilibré. Elle ne vivait donc pas dans un contexte social sain. Ses addictions, notamment au cannabis, étaient la conséquence de sa dépression, et

non la cause. Elle n'avait aucune fortune, faisait l'objet de nombreuses poursuites et recevait des prestations de l'Hospice général. Suite à la résiliation de son contrat de bail pour défaut de paiement, la régie lui avait accordé un délai d'épreuve et la procédure était actuellement en cours. Sa situation était donc plus que précaire, ce qui était l'une des raisons de la mise en place d'une curatelle. Son humeur demeurait instable et elle avait souvent évoqué l'arrêt du traitement médicamenteux et son envie de mourir. Ainsi, s'il existait une amélioration de son état de santé, on ne pouvait en revanche pas parler de stabilisation. Elle a rappelé que le contenu du rapport de son médecin était constitué de plus d'un an d'entretiens réguliers, au fur et à mesure desquels elle s'était peu à peu ouverte et avait osé parler de ses addictions, de ses angoisses et de sa solitude, ce qui avait permis à son psychiatre de poser les bons diagnostics. Compte tenu des contradictions contenues dans les rapports, lesquelles portaient sur des éléments primordiaux, il était approprié de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

d. En date du 9 septembre 2019, l'intimé a également maintenu ses conclusions.

e. Après en avoir informé les parties, la chambre de céans a, par ordonnance du 29 juin 2020 (ATAS/540/2020), mis en œuvre une expertise psychiatrique et l'a confiée à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

f. La Dresse J_____ a rendu son rapport le 20 décembre 2021 sur la base d'un examen neuropsychologique effectué le 16 juillet 2021 par Madame K_____, psychologue, trois entretiens avec l'assurée, ainsi qu'une séance téléphonique avec le Dr E_____.

Dans son rapport, l'experte a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation continue (F14.25). Le seul diagnostic avec effet invalidant était l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), pour lequel elle a retenu une capacité de travail médico théorique de 70 % en rapport avec la fatigabilité – objectivée à l'examen de Mme K_____ – et la tristesse de l'expertisée. Ce trouble était présent depuis octobre 2018, date du début du suivi chez le Dr E_____. Il y avait une amélioration lors de l'examen clinique effectué le 29 février 2019, puis une rechute. La capacité de travail, dans son activité habituelle de « technicienne de surface », était de 70 % depuis février 2021 « avec certitude ». Le facteur déclenchant de l'épisode dépressif semblait être le départ de l'un de ses fils en 2017. L'examen neuropsychologique de Mme K_____ mettait en évidence une probable exagération des symptômes.

g. Le 2 février 2022, l'OAI s'est déterminé sur le rapport d'expertise de la Dresse J_____. Se référant à l'avis du SMR du 20 décembre 2021, selon lequel

les conclusions de l'experte pouvaient être retenues, l'OAI a maintenu sa décision dans son résultat, compte tenu du statut de l'assurée de 30 % active et de 70 % ménagère. Il ressortait par ailleurs de l'expertise judiciaire que l'assurée ne présentait aucun empêchement dans la sphère ménagère.

h. Le 21 février 2022, l'assurée, par l'intermédiaire du SPAD, a indiqué qu'elle était d'accord avec l'essentiel de l'analyse, mais contestait la capacité de travail de 70 %, de même que l'absence d'invalidité retenue en lien avec le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline.

i. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI.

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.

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

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

3. Le litige porte sur le bien-fondé du rejet de la nouvelle demande de prestations de la recourante, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé entre le 31 août 2016, date de la décision entrée en force de l'intimé, et le 21 mai 2019, date de la décision dont est recours.

4.

4.1 Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré

d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; ATF 109 V 114 consid. 2a et b).

4.2 Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5.

5.1 Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale 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).

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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5.2

5.2.1 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 ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. 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.

5.2.2 Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt de principe du 11 juillet 2019 (arrêt 9C_724/2018), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) significatives à la santé au sens du droit de l'assurance-invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant dans quelle mesure, un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée

(consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

5.2.3 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).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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).

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. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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 (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. 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 pris 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).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

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 (consid. 4.4.1).

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

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 que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

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

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

5.3 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).

6. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

6.1 Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation

avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pourcent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1).

6.2 Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches. S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 128 V 93 consid. 4). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2).

6.3 Afin de déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation

lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2).

7. Enfin, 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).

8.

8.1 En l'occurrence, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis la décision du 31 août 2016. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de cette décision à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 12 décembre 2018.

Dans sa décision du 31 août 2016, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité au regard de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. L'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible en raison des douleurs de l'épaule droite. Aucune atteinte psychique prépondérante n'avait toutefois été retenue, étant précisé que l'état anxio-dépressif mentionné par la Dresse B_____ dans son rapport du 10 mai 2016 n'avait alors pas été pris en considération.

Dans la décision entreprise, se référant à l'avis du SMR du 26 mars 2019, lui-même fondé sur le rapport d'expertise de la Dresse G_____ du 20 mars 2019, l'OAI a retenu que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée. Dans l'ordonnance d'expertise du 29 juin 2020, la chambre de céans a toutefois estimé que le rapport de la Dresse G_____ comportait certaines contradictions et que les rapports du psychiatre traitant faisaient état d'éléments objectifs de nature à remettre en cause les conclusions de la Dresse G_____. Une expertise psychiatrique judiciaire a ainsi été mise en œuvre (ATAS/540/2020).

Dans son rapport du 20 décembre 2021, l'experte judiciaire a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation continue (F14.25). Le seul diagnostic avec effet invalidant était l'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), pour lequel elle a retenu une capacité de travail médico théorique de 70 % en rapport avec la fatigabilité – objectivée à l'examen de Mme K_____ – et la tristesse de l'expertisée. Ce trouble était présent depuis octobre 2018, date du début du suivi chez le Dr E_____. Il y avait une amélioration lors de l'examen clinique effectué le 29 février 2019, puis une rechute, la capacité de travail étant de 70 % depuis février 2021.

L'experte a effectué une analyse des indicateurs jurisprudentiels pertinents. En particulier, s'agissant du traitement, l'experte a relevé que la compliance était mauvaise, l'équipe médicale de la recourante ayant tenté, sans succès, d'introduire un antidépresseur. S'agissant du contexte social, l'experte a relevé que la recourante avait quelques amis, même si elle était discrète sur sa vie privée. Elle entretenait de bons rapports avec ses fils, qui la voyaient régulièrement. S'agissant du complexe de la personnalité, elle avait une personnalité émotionnellement labile de type borderline qui influençait son épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline était constitué pour de nombreux individus qui en souffraient d'une fragilité accrue aux addictions. En cela il n'aidait pas l'abstinence à la cocaïne. Toutefois ce trouble n'expliquait pas dans sa totalité la prise de toxiques et n'empêchait pas une abstinence si celle-ci était décidée par le sujet. S'agissant de la catégorie cohérence, l'experte a relevé que l'examen neuropsychologique de Mme K_____ mettait en évidence une probable exagération des symptômes. Enfin, s'agissant des ressources, l'experte a retenu qu'elles existaient puisque la recourante pouvait faire face à des tâches domestiques, son quotient intellectuel ne paraissait pas altéré, elle avait des amis et entretenait des bonnes relations avec ses fils.

La recourante, qui indique être d'accord avec l'essentiel de l'analyse contenue dans l'expertise, conteste le taux d'incapacité de travail retenu par l'experte, ainsi que l'absence de caractère invalidant du diagnostic de personnalité émotionnellement labile.

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise. Celles-ci reposent en effet sur une évaluation médicale complète, trois entretiens avec l'expertisée, un examen neuropsychologique ainsi qu'un entretien avec le médecin traitant. De son côté, la recourante ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet. Elle se limite à se référer à une autre affaire « similaire » ayant donné lieu à un arrêt de la chambre de céans

(ATAS/970/2019), dans laquelle les experts avaient retenu une capacité de travail médico-théorique de 25 % dans l'activité habituelle d'aide-soignant d'une assurée présentant « les mêmes troubles ». Or, outre le fait que l'assurée présentait, dans l'affaire précitée, des diagnostics partiellement différents (dont en particulier des troubles psychiatriques sur opiacés, syndrome de dépendance et un trouble dépressif récurrent), les experts avaient retenu qu'elle souffrait de dépendance à plusieurs substances, réduisant partiellement ses compétences cognitives, ses capacités attentionnelles et de concentration. Or, dans le cas présent, l'experte n'a pas relevé de troubles de la concentration, a retenu que le quotient intellectuel ne paraissait pas altéré et, de manière plus significative, a considéré que des ressources existaient, puisque l'expertisée pouvait faire face à des tâches domestiques, qu'elle avait quelques amis et entretenait de bons rapports avec son fils. L'analyse de la journée type de l'expertisée mettait, en effet, en évidence une capacité conservée à gérer la domesticité. Elle sortait, faisait son ménage, cuisinait pour elle et ses fils, et lavait le linge. L'intérieur de son appartement était toujours rangé et soigné. Certes, le reste de la journée était impacté par une baisse d'élan vital, une baisse des intérêts habituels de l'expertisée, ainsi que par une tristesse attestant d'une souffrance réelle. La diminution de la capacité de travail retenue par l'experte était motivée par la fatigabilité et la tristesse de l'assurée. Cette appréciation, qui n'est remise en cause par aucun élément objectif et concret, doit être suivie. Quant à l'absence de caractère invalidant du diagnostic de personnalité émotionnellement labile, l'experte a expliqué qu'il compliquait sérieusement les relations interpersonnelles et professionnelles, rendant les rapports humains compliqués, mais n'empêchait pas l'activité professionnelle. Cette motivation, certes succincte, est toutefois à mettre en relation avec l'analyse de l'ensemble des indicateurs, qui selon la spécialiste, ne permettent de retenir une incapacité de travail qu'en lien avec la tristesse et la fatigabilité, dûment objectivée à l'examen neuropsychologique, de la recourante.

S'agissant de la date de début de l'incapacité de travail de la recourante, l'experte indique que le trouble « est présent au minimum depuis octobre 2018, date du début du suivi chez le Dr E_____ » (point. 4.1.1). Elle évoque ensuite une « amélioration » en février 2019, suivie d'une rechute, sans toutefois préciser si l'amélioration a eu une incidence sur sa capacité de travail. Au point 9.1.2, elle indique que la capacité de travail de 70 % remonte au mois de février 2021 « avec certitude ». Cette réponse est toutefois à mettre en relation avec celle figurant au point 9.4 de son expertise, où l'on peut lire que « depuis le début du suivi chez le Dr E_____ », la capacité de travail de la recourante est de 70 %. Il convient donc de retenir que la recourante présente une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, depuis octobre 2018.

8.2 S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il convient de constater que, selon la décision de l'intimé du 31 août 2016, la recourant a un statut mixte, de 30 % active et de 70 % ménagère. Ce statut, non contesté, se fonde sur le fait qu'à

teneur du dossier, la recourante a toujours travaillé à temps partiel en qualité de nettoyeuse. Le dernier emploi de l'intéressée, remontant à 2014, était exercé à raison de douze heures par semaine, ce qui équivaut à un taux d'activité de 30 %. Cette appréciation est du reste confirmée par l'extrait du compte individuel de la recourante, qui fait état d'un gain annuel moyen d'environ CHF 13'000.- depuis 2002, étant précisé que les revenus ont diminué depuis 2008.

8.2.1 Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

L'enquête à domicile constitue un moyen de preuve approprié pour connaître l'étendue des empêchements dans la vie quotidienne qui sont causés par une affection psychique. Lorsque les conclusions de l'enquête ne coïncident pas avec les constatations médicales de ces empêchements, on accorde en règle générale plus de poids à ces dernières (arrêt du Tribunal fédéral 9C_497/2014 du 2 avril 2015 consid. 4.1.1 et les références).

8.2.2 En l'occurrence, vu le statut mixte de la recourante, le calcul du degré d'invalidité doit être effectué, d'une part, sur la base d'une capacité de travail de 70 % de la recourante depuis octobre 2018, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'autre part, sur la base de sa capacité ménagère. Aucune enquête ménagère ne figure toutefois au dossier. Or, compte tenu d'une capacité de travail de 70 % retenue par l'experte psychiatre, il n'apparait pas nécessaire de procéder à cet acte. En effet, l'existence d'une capacité de travail de 70 % implique en principe que la recourante possède des ressources suffisantes pour mener à bien ses tâches ménagères, qu'elle peut faire plus lentement et en les fractionnant. Il est certes établi que, sur le plan somatique, la recourante souffre depuis 2012 de douleurs de l'épaule droite (syndrome de la coiffe) entrainant des limitations fonctionnelles (pas d'utilisation répétée du membre supérieur droit, pas de travail au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit, port de charge à 5kg ; cf. avis du SMR du 16 juin 2016). Devant les deux expertes, la recourante a toutefois indiqué qu'elle s'occupait du ménage (nettoyage, lessive,

repassage) de son appartement de six pièces et demi en plusieurs étapes en raison de douleurs à l'épaule droite. Elle a même précisé qu'elle gardait les enfants de ses amies et faisait « un peu de ménage chez elles » (expertise de la Dresse G_____ du 20 janvier 2019, p. 12). La Dresse J_____ a, d'ailleurs, retenu que la recourante avait conservé sa capacité à gérer la domesticité. Elle sortait, faisait son ménage, cuisinait pour elle et ses fils et lavait leur linge. L'intérieur de l'appartement était, selon ses dires, toujours rangé et soigné (expertise de la Dresse J_____ 20 décembre 2021, p. 13). Or, il faudrait un empêchement dans l'accomplissement des activités habituelles de plus de 40 % pour qu'elle ait droit à un quart de rente d'invalidité, ce qui parait illusoire compte tenu des éléments retenus dans les deux expertises au dossier. Dans ces conditions, une enquête ménagère n'apparaît pas utile (dans le même sens arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2010 ; cf. ATAS/1284/2021 du 13 décembre 2021). Par appréciation anticipée des preuves, il y sera donc renoncé.

8.2.3 Au vu des éléments qui précèdent, il convient de retenir que la recourante ne présente pas le degré d'invalidité lui donnant droit à une rente d'invalidité.

9. Le recours ne peut ainsi qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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