RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3183/2019 **ATAS/355/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à PETIT-LANCY, recourante
représentée par ASSUAS Association suisse des assurés

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER ; juges assesseur·e·s

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963 et mariée, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité le 23 janvier 2017 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé). Elle indiquait être en incapacité de travail à 100% dès le 14 janvier 2016. Elle était employée de banque à 100% auprès de la banque L_____ SA (ci-après l'employeuse) depuis le 1er décembre 1986. Elle souffrait d'anxiété, d'angoisse, de dépression, de fatigue extrême, de difficultés de concentration, d'oublis, de difficultés de sociabilisation, de douleurs cervico-brachialgiques, de lombalgies et d'essoufflement.

2. Des arrêts de travail à 100% ont été établis dès le 4 janvier 2016 par le docteur B_____, FMH médecin interne, puis dès le 24 février 2016 par la doctoresse C_____, psychiatre FMH.

3. Selon un rapport manuscrit établi par la Dresse C_____ le 9 août 2016 adressé à la Bâloise Assurance SA (ci-après la Bâloise), le diagnostic était une dépression grave due à une surcharge de travail, la maladie grave des deux parents et des troubles respiratoires graves suite à une pneumonie. Des troubles somatiques s'ajoutaient au premier diagnostic et ralentissaient le processus de guérison avec toutefois une bonne évolution. L'assurée était totalement incapable de travailler. En dehors d'un épuisement physique, elle présentait des troubles de la concentration et de l'attention graves (concentration 30 à 45 minutes).

4. Selon un rapport établi par deux médecins de la clinique genevoise de Montana du 13 décembre 2016, l'assurée avait séjourné dans cet établissement du 15 novembre au 6 décembre 2016. Le diagnostic était un état dépressif, épisode actuel moyen. Les comorbidités actives étaient : Syndrome des anticorps anti-phospholipides, psoriasis palmo-plantaire, syndrome des jambes sans repos, fibromyalgie et névralgie d'Arnold. L'assurée avait été hospitalisée pour un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress, un reconditionnement général et de l'antalgie.

5. Selon une note de travail d'intervention précoce (ci-après IP) de l'OAI du 5 juillet 2017, le supérieur direct de l'assurée, avait indiqué que l'assurée était en reprise depuis le 1er juin à raison de 1 heure 30 trois jours par semaine. Elle manifestait de la difficulté à se concentrer et des petites tâches simples lui avaient été données.

6. Selon un rapport établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en pneumologie, reçu par l'OAI le 21 février 2017, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient : « F.32, hypersomnolence, possible syndrome de jambes sans repos, insomnie ». S'agissant de la capacité de travail, le médecin renvoyait au psychiatre ou au médecin traitant. Les restrictions physiques sur l'activité exercée à ce jour par l'assurée étaient de la fatigue, de la somnolence et une baisse de concentration. L'activité exercée n'était probablement pas exigible dans l'état actuel.

7. La Bâloise a fait établir un rapport d'évaluation des potentialités de retour au travail de l'assurée par la Clinique du Travail SA. Le rapport du 23 septembre 2016 établi par Monsieur E_____ indique que l'assurée était en arrêt de travail depuis le 4 janvier 2016. Le facteur déclenchant avait été une pneumonie importante qui avait récidivé plusieurs fois. La raison principale était un épuisement professionnel survenu après au moins dix ans de stress dû à une charge de travail décrite comme de plus en plus importante. Depuis, l'assurée souffrait de troubles anxieux importants l'obligeant à l'isolement social et elle se réfugiait dans le sommeil, dormant 9 heures par nuit et en faisant des siestes de 3 à 4 heures la journée. Elle avait montré lors de l'entretien d'importants troubles de la concentration, éprouvant de grandes difficultés à suivre la conversation. Suite à un rendez-vous avec son médecin, l'assurée avait annulé la seconde séance avec la Clinique du Travail, qui n'avait pas de levier pour dynamiser la situation de l'assurée.

8. À teneur d'un rapport IP, à la suite des entretiens des 27 mars et 5 mai 2017, l'assurée avait donné l'impression générale d'être très affectée par le décès récent de son père. Elle avait tenu à la rencontre avec l'OAI, malgré l'épuisement émotionnel et la fatigue physique. Elle souffrait de troubles de la concentration, de fatigue importante, de psoriasis et d'un manque de motivation. Elle était en reprise progressive (3 heures tous les deux jours, soit 10 heures par semaine), mais se trouvait de nouveau en arrêt complet depuis le décès de son père. Il était proposé de contacter l'employeuse de l'assurée pour soutenir cette dernière dans une reprise progressive de son emploi.

9. Le 6 septembre 2017, le supérieur de l'assurée a informé l'OAI (IP) que celle-ci avait augmenté son taux d'activité à 2 heures 30 par jour de présence. L'assurée avait indiqué qu'elle était dans sa bulle quand elle était au travail et qu'elle souhaitait atteindre un 50%. Elle appréciait beaucoup ses collègues. Elle allait commencer des séances en petits groupes pour les cours de méditation et n'avait plus de migraines ophtalmiques. Elle était inquiète quant à son futur dans son emploi.

10. Selon un rapport IP du 6 octobre 2017, l'assurée allait passer à un taux d'activité de 27% dès la semaine suivante avec les mêmes tâches. L'employeuse était d'accord pour une mesure de réinsertion en entreprise et pensait qu'un coaching serait positif pour l'assurée. L'objectif actuel était une reprise progressive.

11. Le 16 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il acceptait de prendre en charge une prolongation des cours de réduction du stress et des symptômes mindfulness et focusing du 11 novembre 2017 au 15 février 2018.

12. Le 30 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait également en charge un entraînement à l'endurance, selon l'art. 14a LAI.

13. Selon un rapport de clôture IP du 30 novembre 2017, une mesure de type MR (mesure de réinsertion) dans son poste auprès de la banque avait été organisée avec la hiérarchie de l'assurée et serait mise en place dès le 4 décembre 2017.

L'objectif était d'augmenter progressivement le taux de présence et sa capacité de travail, en préservant son poste actuel. Les mandats d'intervention précoce étaient clôturés et un nouveau mandat de réinsertion était ouvert.

14. Un contrat d'objectifs a été passé entre l'OAI, l'employeuse et l'assurée en décembre 2017, avec un début de mesure de réinsertion au 4 décembre 2017 et une fin de mesure au 4 mars 2018. L'objectif était de développer les compétences sociales de l'assurée (collaboration avec les collègues), ses compétences personnelles (motivation et engagement, capacité de concentration, d'attention et de mémoire et mise en pratique) ainsi que sa fiabilité (respect des délais et exécution des tâches dans la gestion de la base de données et respect de l'horaire) et enfin la performance au travail (qualité et quantité ainsi qu'augmentation du temps de présence jusqu'à 4 heures par jour).

15. Le 20 février 2018, un point de situation a été fait avec l'employeuse de l'assurée. Il en ressort que le poste que cette dernière occupait était très loin de son activité habituelle. Elle faisait de la saisie et de la mise à jour d'un système informatique juridique. Elle ne recevait aucun téléphone, car elle ne supportait pas le stress de faire face aux demandes des collègues. Elle était donc dans une activité adaptée. Elle était présente, mais ne fournissait pas un réel rendement. La vitesse de travail était réduite. L'employeuse envisageait la fin des rapports de travail.

16. À teneur d'un courriel du 27 février 2018, l'employeuse avait mis un terme à ses relations contractuelles avec l'assurée pour le 31 mai 2018.

17. Dans un rapport reçu par l'OAI le 27 février 2018, la Dresse C_____ a indiqué que la longue maladie de l'assurée avait débuté en octobre 2015. Le diagnostic était une dépression grave (burnout). Elle suivait l'assurée depuis 2014 avec des entretiens une fois par semaine. Le pronostic était sombre. L'assurée était traitée par Cymbalta 60 mg/j, Trittico 100 mg/j et Anxiolit 15-30 mg/j. Elle était totalement incapable de travailler dès le 28 avril 2016 pour une durée indéterminée. L'assurée avait des problèmes de concentration et d'attention graves, avec un manque total d'efficacité, qui limitaient son rendement. L'activité exercée était encore exigible, à essayer pour déterminer à quel degré.

18. Un nouveau contrat d'objectifs pour une mesure de réinsertion chez un prestataire a été conclu entre l'OAI, M_____ et l'assurée en septembre 2018, pour une période courant du 2 juillet au 30 septembre 2018. L'objectif était de développer les compétences sociales et personnelles de l'assurée ainsi que son aptitude face au travail et sa performance au travail. Les exigences de départ étaient que l'assurée travaille 2,5 heures par jour quatre fois par semaine et qu'elle passe à 4 heures par jour quatre fois par semaine.

19. Selon un bilan de la mesure chez M_____ du 20 septembre 2018, l'assurée se sentait entourée, mais elle se mettait beaucoup de pression sans savoir pourquoi. Elle trouvait les tâches très intéressantes et le domaine la motivait. Elle avait des problèmes de concentration et l'impression de ne pas « imprimer », ce qui lui

provoquait beaucoup de frustration. Elle avait l'impression que ces trois derniers mois, elle arrivait plus à réfléchir et à se poser les bonnes questions. Elle se savait très exigeante envers elle-même.

20. Selon une note du 1er novembre 2018 de l'OAI, le statut d'actif était retenu, dès lors que l'assurée avait travaillé en qualité d'employée de banque à 100%.

21. Le mandat d'expertise pluridisciplinaire a été attribué au CEMEDEX SA le 31 octobre 2018.

22. Le 9 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise serait effectuée par le CEMEDEX SA, soit plus particulièrement par les docteurs F_____, médecine interne générale, G_____, psychiatrie et psychothérapie et H_____, rhumatologie.

23. Selon une note du 5 décembre 2018 de l'OAI, à la suite d'un bilan au sein de M_____, l'assurée était passée à 3,5 heures par jour quatre jours par semaine, mais elle le vivait très mal. Elle avait d'importantes angoisses qui s'exprimaient au travail et que les encadrants avaient remarquées. Elle avait tendance à partir plus tôt et sentait qu'elle n'arrivait pas se concentrer. Elle rentrait de la mesure le matin et devait aller dormir. Elle se réveillait ensuite pour souper et se recouchait jusqu'à 4h30 ou 5h du matin. Elle n'arrivait pas à voir ses proches et amis, car elle se sentait trop fatiguée et épuisée psychiquement. Elle s'occupait de ses factures, mais pas du ménage ni des courses. Elle disait que, malgré sa volonté, elle n'arrivait pas à augmenter son taux d'activité. Elle en avait parlé à son médecin, qui était d'avis que son état de santé se péjorait. Elle était anxieuse à l'idée de l'expertise. Au vu des observations faites par M_____ et des déclarations de l'assurée, il avait été décidé d'un commun accord de ne pas poursuivre la mesure dont les objectifs n'avaient pas été atteints. L'assurée avait dit son souhait d'aller mieux et le cas échéant de pouvoir revenir à M_____.

24. À teneur du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 février 2019 et selon l'évaluation consensuelle, le seul diagnostic ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles retenu était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.01). L'assurée avait été en incapacité de travail totale de mars à fin décembre 2017 pour un état dépressif secondaire au décès de son père. Elle était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à 100%, avec une diminution de 25%, dès janvier 2018.

    S'agissant des habitudes de vie, l'expertisée disait se lever entre 5h et 6h du matin, après avoir bien dormi, et aller se coucher vers 20h. Le ménage, la lessive et les commissions étaient faits par son mari, la plupart du temps. Les repas étaient préparés ensemble, mais majoritairement par son mari, même si elle disait adorer cuisiner. Elle aimait bien marcher dans la nature quand il y avait peu de monde, de préférence seule, jusqu'à 3 heures. Elle regardait la télévision, notamment des films comiques et des documentaires. Elle disait y passer beaucoup de temps, mais sans préciser combien. Elle indiquait ne pas arriver à lire, car elle avait de la peine à se

concentrer. En revanche, elle pouvait jouer jusqu'à 2 heures au sudoku. Elle n'allait pas sur internet, mais parlait par WhatsApp avec des amis. Elle avait de très bons amis. Ils discutaient et allaient manger ensemble. Elle n'allait pas au cinéma, ni au théâtre. Elle allait chez la coiffeuse d'une manière très ponctuelle, sinon elle s'occupait elle-même de ses cheveux. Elle achetait ses habits elle-même en cas de besoin. Elle disait que ses dernières vraies vacances remontaient à 2014. Elle avait passé une semaine seule en Espagne, pendant laquelle elle avait eu beaucoup de plaisir. Sinon, en 2018, elle était allée quatre fois rendre visite à sa mère pendant quatre jours et avait le projet d'y retourner cette année.

L'expert avait constaté que l'expertisée avait commencé l'entretien avec les yeux fermés et qu'elle les avait ouverts au cours de l'entretien. Elle présentait une lenteur idéique, parlant lentement. Elle parlait correctement le français. Elle était bien orientée dans le temps, l'espace et concernant la situation. Il y avait une présence de troubles de la concentration plutôt légers. L'attention, la compréhension, la mémoire des faits récents et celle d'anciens souvenirs étaient dans la norme. Bien qu'aucun test n'ait été fait pour mesurer le quotient intellectuel, l'expertisée ne présentait pas de problèmes à ce niveau-là.

Au moment de l'entretien, l'expertisée présentait une tristesse, mais l'humeur n'était pas dépressive. Il n'y avait pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Il y avait la présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. L'élan vital n'était pas perturbé. L'assurée n'avait pas d'idées noires ni d'envies suicidaires. Elle avait fait une tentative de suicide à l'âge de 17 ans sans conséquences. Elle n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Le sommeil n'était pas perturbé. L'expert s'éloignait du diagnostic posé par le psychiatre traitant de l'assurée, car les critères cliniques selon la CIM-10 n'étaient remplis ni au moment de l'entretien ni du point de vue anamnestique, eu égard également aux activités journalières. De plus, l'expertisée était allée jusqu'à quatre fois l'année précédente seule en avion rendre visite à sa mère.

L'expert s'interrogeait sur le fait que l'assurée ne pouvait pas lire par manque de concentration, mais qu'elle pouvait regarder plusieurs heures d'affiliée la télévision ainsi que jouer jusqu'à 2 heures au sudoku. Dans ce sens, les plaintes de l'expertisée n'étaient pas vraiment plausibles ni cohérentes. L'expert retenait une incapacité de travail à 100% depuis mars 2017 pour un état dépressif secondaire au décès de son père jusqu'à fin 2017. Depuis lors, il subsistait une incapacité de travail de 25% à cause de la lenteur idéique. L'expert s'interrogeait sur d'éventuels effets secondaires des médicaments psychotropes par rapport à la lenteur idéique de l'expertisée. L'expert psychiatre retenait, comme diagnostic, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.01), caractérisé par une tristesse, des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement sans idées suicidaires et probable hypersomnie, à la suite de la mort de son père.

25. Le 5 mars 2019, la doctoresse I_____, médecin SMR, suivant les conclusions de l'expertise, a retenu une incapacité de travail de 25% de l'assurée, en lien avec des syndromes dépressifs.

26. Par projet de décision du 25 avril 2019, l'OAI a refusé une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à l'assurée. Il lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dès le 30 mars 2017 (début du délai d'attente d'un an). Dès le 1er janvier 2018, elle avait retrouvé une capacité de travail de 75% dans toute activité professionnelle. Dans sa situation, son incapacité de travail se confondait avec son incapacité de gain, soit 25%. Ce taux présentait son degré d'invalidité, qui n'était toutefois pas suffisant pour l'ouverture du droit à la rente. Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, elles n'étaient pas de nature à réduire le dommage, puisque l'assurée présentait une capacité de travail dans son domaine d'activité.

27. Le 25 mai 2019, l'assurée a formé opposition au projet de décision. Elle n'était pas malade depuis mars 2017, mais depuis janvier 2016. Elle n'avait pas pu travailler à plus de 35% et certainement pas en janvier 2018, ce qui avait conduit à son licenciement en février de la même année. Depuis l'expertise, elle allait nettement plus mal, surtout après que l'expert psychiatre lui avait dit que si elle allait vraiment mal, elle n'aurait pas pu se rendre à l'expertise. Sur le conseil de la Dresse C_____, elle avait pris rendez-vous avec le docteur J_____, psychiatre, psychothérapeute FMH.

28. Dans un rapport du 11 juillet 2019, le Dr J_____ informait la Dresse C_____ avoir vu l'assurée les 19 et 22 juin 2019. Il ne retenait pas le diagnostic de syndrome Asperger. Le trouble dépressif était évident et expliquait à son sens la majorité des limitations fonctionnelles.

29. Par décision du 25 juillet 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, constatant que ses objections et le rapport médical produit n'étaient pas de nature à modifier sa position.

30. Le 3 septembre 2019, l'assurée, représentée par un mandataire, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Le trouble dépressif était reconnu par chacun des médecins, la question portant plutôt sur le caractère léger ou sévère de ce trouble et son influence sur sa capacité de travail.

    L'expert rhumatologue estimait que les plaintes étaient importantes par rapport à l'examen clinique objectif et évoquaient des contractures musculaires multiples du type syndrome douloureux chronique (autrement appelé fibromyalgie). Lors de son séjour à la clinique de Montana, en 2016, une fibromyalgie avait d'ailleurs été diagnostiquée. Étant donné que ce type de maladie pouvait être très invalidante, on comprenait mal pourquoi l'expert rhumatologue avait retenu finalement une capacité de travail de 100% dans toute activité, précisément parce que le tableau clinique ne permettait pas d'expliquer les plaintes, alors que c'était justement l'une

des caractéristiques de la fibromyalgie que ne pas être visible d'un point de vue clinique.

Le Dr G_____ avait estimé que l'assurée présentait un état dépressif qui pouvait être qualifié de léger, car elle avait encore du plaisir à faire certaines activités. Cette motivation se fondait sur des éléments subjectifs, à savoir la description par l'expertisée de ses activités journalières, et non pas objectifs. Le Dr G_____, malgré l'avis différent du psychiatre traitant, avait tranché l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fondait sur une opinion plutôt qu'une autre, puisque la raison qu'il donnait était insatisfaisante. Le Dr G_____ s'écartait du degré de sévérité retenu par le psychiatre traitant également, car selon lui ni au moment de l'entretien ni du point de vue anamnestique, les critères cliniques selon la CIM-10 étaient retenus. Pourtant, d'un point de vue anamnestique, plusieurs médecins faisaient état d'un trouble dépressif chez l'assurée depuis le 4 janvier 2016.

Ainsi, un collaborateur de la Clinique du Travail, M. E_____, avait affirmé qu'elle avait été mise en arrêt de travail depuis le 4 janvier 2016 pour un épuisement professionnel survenu après au moins dix ans de stress dû à une charge de travail décrite comme toujours plus importante. Depuis, elle souffrait de troubles anxieux importants, l'obligeant à l'isolement social et disait se réfugier dans le sommeil puisqu'elle dormait 9 heures par nuit et faisait 3 à 4 heures de sieste dans la journée. Le collaborateur constatait aussi que l'assurée montrait d'importants troubles de la concentration et éprouvait de grandes difficultés à suivre le fil de la conversation.

De même, les psychiatres de la clinique de Montana avaient posé le diagnostic d'un état dépressif, épisode actuel moyen, dans leur rapport d'hospitalisation du 13 décembre 2016, et la psychiatre traitante, le Dresse C_____, avait retenu, dans ses rapports du 9 août 2016 et 27 février 2018, un burnout et une dépression grave, à l'origine d'une inhibition psychomotrice, d'un appauvrissement du fonctionnement global, de troubles cognitifs et d'un épuisement physique. Elle disait notamment dans le rapport du 9 août 2016 que l'assurée présentait des troubles de concentration et d'attention graves et retenait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle. Dans son rapport du 27 février 2018, elle retenait une incapacité de travail de 90% dans une activité adaptée. Enfin, le Dr J_____ retenait également un trouble dépressif évident et précisait que l'assurée se sentait nulle. Ainsi l'expert aurait dû reconnaître une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 10% dans une activité adaptée et non pas de 75% dans toute activité.

La recourante faisait valoir qu'elle n'exerçait plus d'activité lucrative depuis qu'elle était invalide. Elle concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

31. Le 29 octobre 2019, l'intimé a retenu, suite à un avis du SMR du 30 octobre 2019 (sic) une incapacité de travail du 4 janvier 2016 au 16 janvier 2019 et une capacité de travail de 75% depuis cette date, dans toute activité. La décision devait en

conséquence être modifiée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er juillet 2017 au 30 avril 2019, conformément à l'art. 29 LAI et 88a RAI. Pour le surplus, l'intimé concluait au rejet du recours.

32. Par réplique du 21 novembre 2019, la recourante a indiqué que même après le 16 janvier 2019, elle devait toujours être considérée comme invalide à 100%. Elle présentait un état dépressif qui ne pouvait pas être qualifié de léger eu égard à ses activités journalières.

33. Par ordonnance du 24 juillet 2020 (ATAS/611/2020), la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante, considérant, au vu des rapports établis par la Dresse C_____ les 9 août 2016 et 27 février 2018 et de ceux de la Clinique du Travail du 23 septembre 2016 et du Dr J_____ que le Dr G_____ ne semblait pas avoir établi son expertise en pleine connaissance de l'anamnèse, dès lors qu'il avait retenu comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger « à la suite de la mort du père de la recourante », sans mentionner ses difficultés professionnelles, qui ressortaient pourtant clairement du dossier. Le rapport d'expertise psychiatrique sur lequel s'était fondé l'intimé pour prendre la décision querellée ne pouvait se voir, de ce fait, reconnaître une pleine valeur probante et il se justifiait, en conséquence, de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, qui serait confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

34. Dans son rapport du 15 décembre 2020, le Dr K_____ a résumé la documentation à disposition ainsi que les plaintes et données subjectives de l'expertisée. Celle-ci indiquait avoir été victime d'un trop-plein sur le plan professionnel. Elle avait le sentiment que tout était survenu à bas bruit et que son « moteur avait grillé ». Sous status clinique et constatations objectives, l'expert a relevé que l'expertisée parlait peu et était repliée sur elle-même, avec une perte de l'élan vital assez marqué. Un certain mutisme était également présent, même si l'expertisée se montrait collaborante. Elle avait fait part d'idées suicidaires survenues en février 2020, avec l'envie de se jeter sous un train. Elle déclarait souffrir d'un sentiment de culpabilité, d'une perte de l'élan vital, d'insomnies, avoir perdu l'intérêt pour les autres et ressentir une impression de changement très important. Elle avait pris 15 kg. Elle évoquait des idées noires depuis l'expertise de février 2019 qui s'était très mal passée. Elle apparaissait très ralentie.

    Elle disait se lever à 4h du matin et avoir du mal à retrouver le sommeil. Elle prenait son petit-déjeuner vers 6h. Occasionnellement, elle prenait une douche, quand elle avait l'énergie pour le faire. Elle passait sa matinée assise, sans avoir d'activité. À midi, elle aidait un peu son mari pour la préparation du repas, puis elle mangeait et faisait une longue sieste, entre 3h et 4h de l'après-midi. Ensuite, elle regardait la télévision. Le soir, elle ne mangeait pas et se contentait d'une tisane. Elle arrivait à s'endormir assez tôt, vers 21h. Elle n'avait pas de vie sociale en dehors du fait qu'elle voyait occasionnellement sa sœur.

Lors d'un entretien téléphonique avec la Dresse C_____ en novembre 2020, celle-ci avait indiqué à l'expert avoir de très fortes suspicions que l'expertisée aurait subi des abus dans le passé. Celle-ci connaissait des difficultés conjugales très importantes, qui occasionnaient un manque de communication et un déficit de soutien de la part de son mari. La Dresse C_____ voyait l'expertisée une fois tous les quinze jours pendant une heure. Le traitement actuel était du Cimbalta 60 mg, du Trittico 100 mg, de l'Anxiolit et du Symbicort 200. Elle confirmait le diagnostic de dépression grave et insistait sur l'aspect à la fois personnel du problème dépressif, soit le deuil des parents, et les idées noires en lien avec le burnout, lesquelles avaient basculé vers des idées suicidaires importantes. Elle avait confirmé aussi les hypersomnies.

L'expert a diagnostiqué un épisode dépressif sévère actuel. Le syndrome de dépression majeure sévère était basé sur les critères de diagnostic du DSM-5. On retrouvait, en effet, l'humeur dépressive présente dans la plus grande partie de la journée (tristesse, désespoir, pleurs), une diminution marquée de l'intérêt pour les autres ainsi que pour les activités de la vie quotidienne et de loisirs. Étaient aussi présents une hypersomnie quotidienne, un ralentissement psychomoteur et une énorme fatigabilité, puisque l'expertisée ne pouvait presque plus rien faire à part aider un peu à la cuisine. Il y avait également un sentiment de culpabilité qui était allé jusqu'à des idées suicidaires récurrentes, avec des idées très construites pour mettre fin à ses jours, ainsi que des difficultés de concentration et de mémorisation. L'expertisée présentait donc une souffrance significative et on pouvait estimer que cet épisode était purement en lien avec son état dépressif et avec une autre affection médicale. Sur le plan de la personnalité, l'expertisée présentait des difficultés dans la représentation du moi. Elle avait des traits de dépendance affective qui faisaient que le deuil qu'elle avait vécu avec ses parents s'était avéré assez long et important.

L'expertisée présentait également un trouble de personnalité évitante.

En résumé, il y avait des troubles de la personnalité qui cohabitaient et qui étaient des facteurs favorisant une dépression grave. Ces éléments provoquaient une altération importante du moi. Le degré de gravité des troubles diagnostiqués était majeur, dont grave. On pouvait estimer que l'atteinte était présente depuis le début de l'arrêt-maladie, soit depuis le 4 janvier 2016. Les plaintes étaient objectivées tant par le médecin traitant que par les déclarations de l'expertisée, sa présentation et les certificats qu'elle avait présentés. La gestion du quotidien s'était extrêmement péjorée en raison de l'atteinte diagnostiquée, avec, en particulier, une difficulté à se mouvoir, à se réveiller, à faire les repas et à avoir une vie extérieure. Compte tenu de la présentation de l'expertisée, des éléments concordants donnés par son médecin traitant, du traitement pris et de l'échange que l'expert avait pu avoir avec elle, on pouvait estimer qu'il n'existait aucune discordance et que les éléments étaient fiables sur le plan des symptômes. Il n'y avait pas d'élément pour exclure une atteinte à la santé. Le traitement médicamenteux était adapté, avec une intensité assez forte. En effet, le Trittico associé au Cymbalta correspondait à une double

prises d'antidépresseurs, ce qui confirmait la gravité de la dépression. L'expertisée ne faisait pas preuve de résistance à l'égard des traitements proposés et la compliance était bonne. Les traitements étaient mis à profit et n'étaient pas négligés. Ils avaient permis la stabilité de l'expertisée. Les troubles psychiques étaient déjà pris en charge par une spécialiste.

L'expertisée présentait en raison de son atteinte psychique, des difficultés concernant la conscience de soi et la préhension de la réalité, puisqu'elle vivait recluse sur elle-même. Il y avait aussi chez elle une impulsivité importante avec des idées suicidaires, une baisse de motivation pour essayer de trouver des solutions, pour résoudre ses problèmes et aller de l'avant sur le plan de la vie quotidienne, ce qui entravait clairement sa capacité à gérer le quotidien et mettre en place des mesures d'adaptation pour retrouver une possibilité de gain. Elle était dans un état dépressif trop important pour qu'on puisse l'aider à avoir un discernement de son jugement. Le mécanisme d'altération du jugement passait par une sécrétion exagérée de cortisol, qui était le substrat du stress chronique, ce qui correspondait à ce qui se passait dans la dépression. Le cortisol agissait comme un toxique au niveau neuronal, en empêchant le cerveau d'atteindre une forme de clairvoyance et de discrimination.

Les ressources mobilisables de l'expertisée étaient essentiellement le soutien de son mari et de sa sœur, qu'elle voyait de façon épisodique. Il n'y avait pas de refus ou de mauvaise acceptation de la thérapie, puisqu'elle acceptait d'être suivie tous les quinze jours. Le comportement de l'expertisée paraissait cohérent. On était face à une personne qui était l'ombre d'elle-même. L'expert avait été frappé par le manque d'impact de sa personnalité sur le plan de son rayonnement, lorsqu'il l'avait rencontrée à son cabinet. Il y avait une limitation uniforme, tant sur les plans personnel que professionnel de l'activité, ce qui crédibilisait les propos de l'expertisée. Son niveau d'activité sociale était extrêmement faible et s'était dégradé depuis la survenue de son atteinte à la santé. Les conséquences sur la capacité de travail étaient les mêmes pour l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il existait un côté pauci-relationnel, une baisse de l'élan vital et une forme d'apraxie, soit une difficulté à se mettre en mouvement.

La survenance de l'incapacité de travail était durable. Il n'y avait pas d'espoir thérapeutique d'amélioration. On pouvait estimer l'incapacité de travail à 100% depuis le 4 janvier 2016. Il n'existait aucune capacité d'améliorer la capacité de travail de l'expertisée, qui était enkystée dans sa problématique.

L'expert était en désaccord total avec l'approche du Dr G_____, qui décrivait une dépression importante, mais retenait au final une dépression légère. Il y avait une discordance entre son approche et le diagnostic finalement retenu. En revanche, le diagnostic de la Dresse C_____ paraissait cohérent et pérenne, puisque les constats qu'elle avait faits correspondaient à ceux de l'expert.

35. La recourante a persisté dans ses conclusions, relevant que l'expert confirmait son analyse.

36. L'intimé a observé, sur la base d'un avis médical du SMR du 16 mars 2021, que l'expertise du Dr K_____ comportait un examen clinique relativement pauvre et des constatations objectives brèves et lacunaires, sans qu'il soit toujours possible de différencier les plaintes de l'expertisée des constatations de l'expert. Par ailleurs, la médication relevée par l'expert ne correspondait pas aux faits décrits par celui-ci. Le SMR réfutait par ailleurs le diagnostic en lien avec les troubles de la personnalité retenu par l'expert. Cela étant, malgré les défauts importants de l'expertise, le SMR admettait une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique, progressivement après janvier 2019, mais surtout après février 2020 et que celle-ci était aujourd'hui totalement incapable de travailler.

    Dans son avis du 16 mars 2021, le SMR a relevé que si on examinait les plaintes de l'assurée décrites par l'expert, celle-ci déclarait avoir des idées noires depuis l'expertise de janvier 2019 et des idées suicidaires depuis février 2020, des sentiments de culpabilité, une perte de l'élan vital, des insomnies, une perte d'intérêt pour les autres et une prise de 15 kg.

    La description de l'examen clinique psychiatrique de l'expert était relativement pauvre. Il décrivait que l'assurée parlait peu, était repliée sur elle-même, avait une perte de l'élan vital, était collaborante avec un certain mutisme et très ralentie. Le reste de la description était des plaintes de l'assurée et non des faits objectifs. On ne savait pas si l'assurée présentait des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, entre autres. L'expert relatait des troubles de la concentration et de l'attention, mais dans le chapitre des diagnostics retenus et non dans celui consacré à l'examen clinique, donc on ne savait pas si s'il s'agissait de faits objectifs ou subjectifs, annoncés par l'assurée. On ne savait pas non plus si l'assurée était soignée, propre de sa personne ni quelle était son humeur de manière objective. Concernant la description du quotidien, elle était différente de celle effectuée en janvier 2019. L'assurée ne décrivait aucun loisir, ne faisait pas de sudoku, ni de longues promenades, mais regardait tout de même la télévision et aidait un peu pour la préparation du repas de midi. On ne savait pas si elle faisait les courses, le ménage et l'administratif.

    Concernant le diagnostic de trouble dépressif, les experts s'accordaient sur ce point, mais pas en ce qui concernait son intensité. Le Dr G_____ le qualifiait de léger et le Dr K_____ de sévère. Lors de l'expertise actuelle, l'assurée se plaignait d'idées suicidaires depuis février 2020, fait qui était absent en 2019 et parlait pour une aggravation. Toutefois, hormis une assurée retrouvée ralentie, on ne savait pas si elle présentait d'autres éléments objectifs, notamment des troubles cognitifs. Si l'on se fondait sur les critères de la CIM-10, le diagnostic de trouble dépressif était posé en présence d'au moins deux des critères suivants : abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, fatigabilité et diminution de l'activité. L'intensité du trouble dépressif se fondait sur l'analyse des critères suivants :

troubles de la concentration et de l'attention, baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité, attitude morose et pessimisme, idées suicidaires, troubles du sommeil et troubles de l'appétit. Pour retenir une intensité sévère, plusieurs des symptômes devaient être sévères. Pour le SMR, les éléments objectifs n'étaient pas suffisamment mis en évidence dans le rapport du Dr K_____ et le degré d'intensité du trouble dépressif ne pouvait être précisé, même s'il paraissait s'être aggravé par rapport à 2019. Le traitement antidépresseur consistait en du Cymbalta 60 mg/j comme en 2018 (en 2019, l'assurée était sous Cipralex 10 mg/j). Le traitement de 100 mg de Trittico était utilisé pour améliorer le sommeil, mais n'avait pas de visée antidépressive, car pour cette indication, les doses devaient être très élevées, de l'ordre de 700-1000 mg/j. Ainsi, l'assurée n'était pas sous double association antidépressive comme l'affirmait l'expert. Le traitement antidépresseur n'avait par ailleurs pas été modifié depuis 2018, malgré l'aggravation manifeste du trouble dépressif et, pour le SMR, d'autres molécules pourraient être tentées.

Concernant les diagnostics de troubles de la personnalité retenus par l'expert, le SMR rappelait que ni le psychiatre traitant ni le Dr G_____ n'avaient retenu ce diagnostic. Celui-ci paraissait d'autant plus étonnant que l'assurée ne présentait pas les caractéristiques de troubles de la personnalité. Elle avait réussi à se former dans la banque alors qu'elle n'avait pas de formation professionnelle initiale et était restée auprès du même employeur durant plus de 30 ans. Elle était aussi mariée de longue date. Elle présentait quelques traits des personnalités décrites par l'expert, mais en aucun cas un trouble de la personnalité décompensé incapacitant. L'anamnèse de l'assurée ne relevait pas de dysfonctionnements personnel, professionnel et dyssocial évoluant depuis l'adolescence. L'expert n'avait d'ailleurs pas motivé le diagnostic de trouble de la personnalité selon les critères de la CIM-10.

L'analyse des indicateurs standards permettait de retenir que l'assurée présentait un trouble dépressif qui s'était manifestement aggravé par rapport à 2019, avec une intensité non précisée selon la CIM-10, mais moyen à sévère. Le SMR ne retenait pas un trouble de la personnalité, mais possiblement des traits pouvant influencer négativement les ressources personnelles de l'assurée. Cette dernière était compliante à son traitement, qui pourrait toutefois être adapté. La réadaptation en entreprise n'avait pas permis une reprise d'une activité professionnelle. L'assurée était soutenue par son entourage familial. Selon l'analyse de son quotidien, il y avait une diminution des activités habituelles, mais elle demeurait indépendante pour la toilette et les repas, qu'elle aidait à préparer. On ne savait pas si elle aidait au ménage, aux courses et si elle s'occupait de l'administratif. Elle maintenait des contacts sociaux limités à sa famille.

En conclusion, l'expertise permettait de retenir que l'état de l'assurée s'était aggravé sur le plan psychiatrique progressivement après janvier 2019, et surtout, depuis février 2020, avec l'apparition d'idées suicidaires et la mise en évidence

d'un important ralentissement psychomoteur et d'une diminution de ses activités quotidiennes, en comparaison avec l'expertise psychiatrique de janvier 2019. Malgré les limites de l'expertise du Dr K_____, il y avait lieu de retenir que l'amélioration constatée en janvier 2019 par l'expert G_____ ne s'était pas maintenue et que l'incapacité de travail était totale dans toute activité.

37. Sur ce, 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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).

5. 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).

   En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au

terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

   En 2017, 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. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

   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).

7. Il convient dorénavant 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), à l'aide des indicateurs suivants :

a. 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. 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.

b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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.

c. 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

d. Il convient ensuite 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.

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.

f. Il s'agit, encore, 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 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.

g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour 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.

8. Le juge vérifie librement si l’expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l’atteinte à la santé et si son évaluation de l’exigibilité repose sur une base objective.

   La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

   Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d’appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l’existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d’exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, à ce motif, 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 et les références).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

    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.

    a. 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).

    b. 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).

c. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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).

d. 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. À 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).

11. 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).

12. En l'espèce, l'expertise du Dr K_____ répond aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé, sur la base de l'avis du SMR, rejoint partiellement ses conclusions, en admettant que la recourante est dorénavant totalement incapable de travailler. Selon le SMR, celle-ci n'est toutefois pas totalement incapable de travailler depuis le 4 janvier 2016, contrairement à ce qu'a retenu l'expert. Il estime que son état s'est aggravé progressivement après janvier 2019, et surtout depuis février 2020, sans se déterminer clairement sur la date à retenir à cet égard. La chambre de céans estime que l'expert a retenu de manière convaincante la date du 4 janvier 2016, dès lors qu'elle correspond au début de l'arrêt de travail établi par les médecins traitants de la recourante et que l'expert a estimé que le diagnostic posé par la psychiatre de la recourante, la Dresse C_____, était cohérent et pérenne, puisque les constats qu'elle faisait dans ses rapports correspondaient exactement aux siens. Le fait que des idées noires soient apparues depuis 2019, puis des idées suicidaires en février 2020 indique certes une aggravation de l'état de la recourante, mais ne permet pas de retenir qu'auparavant, la recourante était capable de travailler, comme le retient le SMR. Ce dernier a relevé que le traitement antidépresseur n'avait pas été modifié depuis 2018, malgré l'aggravation manifeste du trouble dépressif, ce qui peut également être interprété comme un élément confirmant que l'état dépressif de la recourante était déjà sévère en 2018, comme l'ont retenu l'expert et la Dresse C_____.

    S'agissant des troubles de la personnalité, l'expert n'a pas posé formellement de diagnostic selon la CIM-10, mais a fait état de deux « difficultés » constituant des facteurs favorisant la dépression grave, évoquant notamment des « traits » de dépendance affective. C'est donc à tort que le SMR reproche à l'expert d'avoir retenu ces diagnostics.

    Le SMR a indiqué dans son avis du 16 mars 2021 que le traitement de 100 mg de Trittico était utilisé pour améliorer le sommeil et qu'il n'avait pas de visée antidépressive, au motif que pour cette indication, les doses devaient être très élevées, de l'ordre de 700-1000 mg/j. Il s'agit là d'une appréciation du SMR qui n'est pas confirmée par les rapports de la psychiatre traitante, qui n'a à aucun moment indiqué que le Trittico était ordonné pour des problèmes de sommeil de la recourante. Quoi qu'il en soit, le fait que l'expert évoque une double association antidépressive n'apparaît pas contraire à la réalité, dès lors que le Trittico et le Cipralex sont deux antidépresseurs.

    Le SMR a encore relevé que l'expert relatait des troubles de la concentration et de l'attention dans le chapitre des diagnostics retenus et non dans celui consacré à l'examen clinique et qu'on ne savait pas s'il s'agissait de faits objectifs ou subjectifs, annoncés par l'assurée. Le fait que l'expert n'ait pas lui-même constaté des problèmes de concentration et d'attention de la recourante ne l'empêchait pas de considérer que celle-ci en avait, dès lors que ces problèmes sont établis par

plusieurs pièces figurant au dossier. Dans sa demande de prestation du 23 janvier 2017, la recourante se plaignait spécifiquement d'un problème de concentration. La Dresse C_____ a indiqué dans son rapport du 9 août 2016 que celle-ci présentait des troubles de la concentration et de l'attention graves. Dans son rapport établi en février 2017, le Dr D_____ retenait également une baisse de concentration. Il ressort de la note de travail IP du 5 juillet 2017 que le supérieur direct de l'assurée avait indiqué que celle-ci manifestait de la difficulté à se concentrer. Le 20 février 2018, l'employeuse de la recourante a déclaré que celle-ci était présente, mais ne fournissait pas un réel rendement et que sa vitesse de travail était réduite. Le 27 février 2018, la Dresse C_____ a indiqué que l'assurée avait des problèmes de concentration et d'attention graves, avec un manque total d'efficacité. Enfin, selon le bilan de la mesure chez M_____ du 20 septembre 2018, l'assurée avait des problèmes de concentration.

En conclusion, les critiques formulées par le SMR contre l'expertise du Dr K_____ ne suffisent pas à remettre en cause sa valeur probante et il convient de s'en tenir aux conclusions de celle-ci, y compris pour définir la date à laquelle a commencé l'incapacité de travail à 100% de la recourante.

13. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

    La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

    Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

    Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles

d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière incapacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

14. En l'espèce, il y a lieu de retenir, sur la base du rapport d'expertise du Dr K_____, que la recourante est totalement incapable de travailler depuis le 4 janvier 2016, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2017. Dans la mesure toutefois où elle a déposé sa demande en janvier 2017, son droit au versement de la rente n'est ouvert que six mois plus tard, soit dès le 1er juillet 2017, conformément à l'art. 29 al. 1 et 3 LAI.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 25 juillet 2019 annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2017.

16. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée 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]).

17. 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. 1bis LAI).

18. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées

et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans le 24 juillet 2020, qui a considéré que cette mesure d'instruction était nécessaire, car le rapport d'expertise psychiatrique sur lequel s'était fondé l'intimé pour prendre la décision querellée ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 25 juillet 2019.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2017.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- pour ses dépens, à charge de l'intimé.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 9'550.- à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

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