

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3700/2016

ATAS/543/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS
DONZE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-
Pierre WAVRE, juges assesseurs.**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1961, originaire du Portugal, titulaire d'un permis C, célibataire, mère de deux enfants nés respectivement en 1986 et 2000, a suivi une formation en relations publiques et marketing, sans certification. Elle a travaillé en dernier lieu à 100 % du 1^{er} mai au 31 juillet 2008 chez B_____ SA (B_____), quai C_____, comme femme de ménage. Antérieurement, elle a travaillé auprès de différents employeurs comme femme de chambre, nettoyeuse, standardiste, barmaid ou consultante.
2. L'assurée a été incapable de travailler depuis le 15 juillet 2008.
3. Le 26 septembre 2008, le docteur D_____, médecin de famille praticien, a rendu un rapport à Helsana assurances SA, assurance collective perte de gain maladie de B_____, attestant d'un traitement antidépresseur et d'une incapacité de travail totale qui perdurait.
4. L'assurée a déposé le 3 janvier 2009 une demande de prestations d'invalidité.
5. Le 22 janvier 2009, le département de psychiatrie adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) a indiqué à l'OAI que l'assurée avait été suivie du 16 septembre au 15 octobre 2008 dans un contexte de crise et de manière ponctuelle.
6. Le 24 février 2009, les Drs E_____ et F_____, de la permanence de Chantepoulet, ont rempli un rapport médical AI attestant de deux consultations en 2007 pour lombalgies.
7. Le 3 mars 2009, l'OAI a établi un rapport d'évaluation et proposé de continuer l'instruction médicale du dossier en parallèle à l'octroi de cours de français, l'assurée estimant pouvoir travailler à 100% dans une activité n'impliquant pas d'efforts importants.
8. Le 20 mars 2009, le Dr D_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'asthme de temps en temps d'une façon irrégulière ; anxiété et syndrome dépressif ; pronostic réservé actuellement. L'incapacité de travail était totale depuis le 15 juillet 2008.
9. Le 3 juin 2009, le SMR a estimé que l'assurée ne présentait aucune atteinte incapacitante.
10. Par décision du 9 juillet 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que l'assurée avait un statut d'active.
11. Le 23 juillet 2012, le service des urgences des HUG a attesté de séjour de l'assurée pour de l'asthme.
12. Le 13 août 2012, le docteur G_____, FMH médecine interne et diabétologique, a attesté d'un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH ou THADA).

13. Le 25 septembre 2012, le service de psychiatrie générale des HUG a attesté d'une admission de l'assurée au centre ambulatoire jonction pour un diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline, ADHD en cours d'investigation chez le Dr H_____ et troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, utilisation discontinuée.
14. Le 23 février 2013, le service des urgences des HUG a attesté d'une consultation à la suite d'une agression ayant entraîné une contusion à la tête.
15. Le 26 février 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
16. Le 12 mars 2013, le service de psychiatrie générale des HUG (CAPPI Jonction) a attesté d'un suivi régulier de l'assurée depuis octobre 2012.
17. Le 18 mars 2013, le Dr I_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 1^{er} mars 2012 (trouble de l'attention, hyperactivité).
18. Le 13 mai 2013, le SMR a estimé que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé.
19. Le 17 juin 2013, le Dr I_____ a informé l'OAI qu'il convenait de questionner le docteur J_____, médecin adjoint au CAPPI Jonction.
20. Le Dr J_____ a attesté le 17 juillet 2013 de diagnostics de trouble hyperkinétique perturbation de l'activité et de l'attention F90.0, trouble de la personnalité borderline F60.31, personnalité émotionnellement labile F60.3, épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.2.

La problématique attentionnelle associée à un trouble de l'humeur sur le versant dépressif récurrent et à un trouble de la personnalité de type borderline lui rendant la tâche difficile avec une difficulté importante de pouvoir avoir une activité professionnelle régulière, de sorte qu'il était souhaitable de proposer une reconversion professionnelle.

21. Le 26 août 2013, la doctoresse K_____ du SMR a requis des renseignements médicaux.
22. Le 21 novembre 2013, le Dr J_____ a indiqué qu'il avait demandé une reprise de travail à 50%, avec une reconversion professionnelle dans une activité adaptée, sans stress important, avec un cadre permettant une stabilité de l'emploi.
23. A la demande de l'OAI, le docteur L_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 29 janvier 2015, fondé sur un entretien avec l'assurée du 18 août 2014.

L'assurée se plaignait parfois d'un manque d'envie, d'un sentiment de solitude, d'incompétence, de ne « pas pouvoir y arriver ». Elle se sentait aussi parfois un peu émotive et mentionnait surtout des troubles du sommeil. L'assurée faisait aussi état d'une certaine fatigabilité tant physique que psychique.

Le test psychométrique suggérait une certaine tendance à la dramatisation des plaintes.

Il a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail de :

Axe I : antécédents d'abus d'alcool et/ou dépendance éthylique, actuellement consommation contrôlée sans médication aversive ;

Axe II : personnalité état limite, de type abandonnique ;

Axe III : cf spécialiste concerné ([pathologie somatique] l'axe III est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre) ;

Axe IV : difficultés psychosociales, financières (autre ?).

L'assurée avait présenté des épisodes dépressifs, plus probablement des épisodes de trouble de l'adaptation, en général contextuels, qui avaient évolué favorablement par le cours naturel des choses et la prise en charge psychiatrique ; cette symptomatologie anxio-dépressive était légère. Celle-ci évoquait éventuellement une dysthymie, ou un épisode dépressif majeur, de gravité légère. A ce titre, ni le rapport du Département de la santé mentale et de psychiatrie du 25 septembre 2012, ni celui du 23 février 2013, n'évoquaient une symptomatologie dépressive cliniquement significative. Il était relevé toujours le diagnostic principal qui était celui de : « personnalité émotionnellement labile de type borderline et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation discontinuée ». Enfin, en 2010, on parlait d'un « trouble de l'adaptation en réaction mixte anxieuse et dépressive », ce qui lui paraissait beaucoup plus proche de la réalité qu'un éventuel épisode dépressif récurrent beaucoup plus structuré.

Le diagnostic principal était celui d'un trouble de la personnalité de type état limite sur un registre probablement abandonnique où prédominait aussi un très léger manque de maturité affective.

L'assurée présentait actuellement une éventuelle dysthymie qui avait peu ou pas d'incidence sur la capacité de travail. Le seul facteur qui avait un rôle important était celui du trouble de la personnalité qui était organisée - en concordance avec l'ensemble du dossier médical - sur un mode dit état limite, avec un versant surtout abandonnique. On ne pouvait pas considérer que celui-ci était décompensé. En tous les cas, cela ne devait jouer aucun rôle dans une activité simple, adaptée à ses compétences, comme vendeuse dans une boulangerie, femme de ménage, téléphoniste ou autre.

On savait les différentes incapacités de travail, en général, de brève durée, de quelques semaines, inférieures à six mois depuis 2008, lors de sa prise en charge au CTB, ainsi qu'en 2009 et 2010. Depuis lors, il n'y avait pas d'évidence d'épisode dépressif durable pour justifier une baisse de sa capacité de travail.

-
24. Le 3 mars 2015, la Dresse K_____ du SMR a indiqué que l'expertise du Dr L_____ était probante et que la capacité de travail de l'assurée était entière depuis toujours.
 25. Par projet de décision du 17 mars 2015, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée.
 26. Selon une note de travail de l'OAI du 24 mars 2015, l'assurée contestait le projet de décision car elle souffrait des jambes et du dos.
 27. Le 29 avril 2015, le Dr G_____ a attesté de diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de discopathie lombaire (hernie discale L5-S1) depuis mars 2015 (cf rapport d'IRM) et affections psychiatriques (suivi avec le Dr J_____, Belle-Idée, HUG) (trouble dépressif, THADA) et n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail, hypothyroïdie substituée et asthme allergique (traitement chronique).

L'état de l'assurée s'était aggravé avec l'apparition de lombalgies invalidantes et de graves problèmes psychiques.

Il a communiqué :

- un rapport d'IRM sacro-lombaire du 30 mars 2015, concluant à une « discopathie lombaire inférieure, la plus marquée au niveau L5-S1 où l'on note une hernie discale médiane non conflictuelle, un amincissement de l'espace intersomatique et des modifications sous-chondrales de type MODIC I (plus à gauche qu'à droite), qui semblent être discrètement majorés par rapport à l'examen précédent. Apparition d'une rupture annulaire postéro-médiane L4-L5 ».
 - Un rapport d'IRM lombaire du 21 juillet 2011 concluant à une discarthrose inflammatoire (MODIC I) en L5-S1 avec hernie discale protrusive médiane paramédiane droite et gauche peut-être légèrement plus accentuée à gauche au contact mais sans réelle compression des racines S1. Discopathie protrusive L4-L5 en région paramédiane gauche au contact de l'émergence L5 gauche dans un contexte de canal étroit congénital mais sans signe de décompensation.
 - Un relevé de séjour de l'assurée du 30 décembre 2012 au service des urgences des HUG pour un urticaire allergique.
28. Le 26 mai 2015, le SMR a indiqué qu'il fallait reprendre l'instruction médicale du dossier.
 29. Le 27 mai 2015, le Dr I_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, avec des changements dans les diagnostics.
 30. Le 16 juillet 2015, le Dr J_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire avec des diagnostics inchangés, des épisodes dépressifs récurrents, épisode actuel moyen F33.2, trouble hyperkinétique perturbation de l'activité et de l'attention F90.0, trouble de la personnalité borderline, personnalité émotionnellement labile F60.31 et trouble neurocognitif modéré à important.

L'assurée présentait une vulnérabilité patente au niveau émotionnel et affectif avec une humeur souvent triste, en réaction avec un contexte de vie compliqué, une relation sentimentale instable et la gestion difficile de sa fille adolescente. Elle se plaignait souvent d'un manque d'énergie, de fatigabilité l'handicapant souvent pour effectuer ses tâches quotidiennes. L'assurée présentait un trouble de l'attention et de la concentration qui perturbait son fonctionnement social et relationnel avec des difficultés d'organisation. Elle n'arrivait pas à se concentrer sur ses tâches habituelles de ménage. Le tout évoluait dans un contexte psychique perturbé associé à un trouble chronique de la personnalité avec labilité émotionnelle, fatigabilité, sentiment du vide et de vacuité et une difficulté à créer des liens avec autrui de manière permanente. Le pronostic était toujours réservé avec la persistance d'une perturbation affective, émotionnelle et attentionnelle dans le contexte d'une personnalité émotionnellement labile.

31. Le 9 août 2015 la Dresse K_____ du SMR a relevé qu'aucune indication n'avait été donnée par le Dr G_____ concernant les répercussions cliniques et fonctionnelles de l'atteinte radiologique, de sorte qu'il fallait investiguer les aspects somatiques ; les conclusions sur le plan psychologique pouvaient être maintenues.
32. Un résumé de séjour du 23 septembre 2015 du service de médecine de premiers recours des HUG mentionne un diagnostic principal de dyspnées.
33. Le 7 décembre 2015, le docteur M_____, FMH en médecine interne a attesté d'un traitement prescrit suite à une gifle donnée à l'assurée par son ami le 6 décembre 2015.
34. Le 9 novembre 2015, le Dr G_____ a constaté des lésions de discopathies lombaires (hernie discale L5-S1), depuis mars 2015 (cf rapport d'IRM), affections psychiatriques (suivi avec le Dr J_____, Belle-Idée, HUG) (Trouble dépressif THADA) ayant une répercussion sur sa capacité de travail et de hypothyroïdie substituée et asthme allergique (traitement chronique) n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. Son état de santé s'était récemment aggravé et du point de vue psychique et somatique. En particulier avec l'apparition de lombalgies invalidantes, et de l'aggravation des problèmes psychiques (voir rapport du Dr J_____). Selon les dires de l'assurée, elle avait fait l'objet de violences le 7 novembre 2015 par un tiers.
35. Des radiographies du 6 janvier 2016 de l'épaule droite et du genou gauche étaient dans les limites de la norme, sans argument pour une gonarthrose débutante sous réserve d'un examen sans l'incidence schuss.
36. L'assurée a consulté, dès le 19 mars 2016, le service de gynécologie des HUG en raison de ménométrorragies et produit une convocation pour une intervention prévue le 24 août 2016.
37. Le 25 avril 2016, une note de travail mentionne que l'assurée avait déclaré que le docteur M_____ ne répondra pas au questionnaire de l'OAI.

-
38. Le 1^{er} septembre 2016, la doctoresse K_____ du SMR a rendu un avis selon lequel, sur le plan psychiatrique il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation. Sur le plan somatique, le Dr M_____ n'avait pas rempli de rapport, les lombalgies étaient banales dans le cadre de troubles dégénératifs de faible gravité ; le Dr G_____ confirmait que la problématique principale était psychiatrique ; il ne souhaitait pas commenter l'expertise du Dr L_____ qui sortait de son champ de compétences ; les autres rapports médicaux (suite à des violences et gynécologique) n'établissaient pas des aggravations durables de l'état de santé.
39. Une note téléphonique du 12 septembre 2016 fait état d'un entretien de la Dresse K_____ avec le Dr G_____.
40. Le 26 septembre 2016, le Dr G_____ a transmis à l'OAI un rapport d'échographie veineux des membres inférieurs de l'assurée concluant à une insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs modérée, prédominante dans le territoire saphène externe en dessous du genou et expliquant la gêne fonctionnelle de la patiente.
41. Par décision du 28 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
42. Le 31 octobre 2016, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
- Son état de santé s'était péjoré depuis l'expertise du Dr L_____ par l'aggravation de douleurs lombaires en mars 2015, de problèmes gynécologiques en 2016 et l'aggravation de son état psychique.
- Le Dr L_____ ne l'avait vue qu'une fois et écartait le diagnostic de THADA pourtant validé par une consultation spécialisée des HUG ; il avançait à tort qu'elle exagérait son trouble ; il ne mentionnait pas ses nombreux emplois ni ses séjours au CTB et aux urgences psychiatriques ; le traitement médicamenteux cité était erroné et il écartait sans raison les avis des médecins-traitants.
- Elle a produit un certificat du Dr G_____ du 13 août 2012 attestant d'un diagnostic de THADA traité par du Concerta, un certificat d'incapacité de travail de 50% du 1^{er} au 29 février 2016 du Dr G_____, prolongé du 1^{er} au 30 mars 2016, du 1^{er} au 30 avril 2016, du 1^{er} au 31 mai 2016 et du 1^{er} au 30 juin 2016.
43. Le 24 novembre 2016, l'assurée a complété son recours. Elle a produit :
- un certificat médical du 11 novembre 2016 du Dr G_____ attestant d'un diagnostic de THADA sous traitement ; la souffrance psychologique représentant en grande majorité la cause de l'incapacité de travail à 100% de l'assurée, dont l'état de santé somatique restait moyen, compte-tenu d'un asthme allergique chronique, de lombosciatalgies chroniques sur discopathie de type MODIC1 ;

-
- un rapport du 3 novembre 2016 du Dr J_____ selon lequel l'assurée présentait une importante vulnérabilité tant au niveau émotionnel qu'affectif, avec une humeur souvent triste en réaction à un contexte de vie compliqué, des difficultés inter relationnelles importantes et souvent présentes l'empêchant d'avoir des interactions individuelles apaisées. L'assurée se plaignait fréquemment d'un manque d'énergie, d'une baisse de l'humeur, d'une anhédonie, d'une fatigabilité importante la handicapant souvent pour effectuer ses tâches quotidiennes. Plusieurs traitements antidépresseurs avaient été utilisés pour diminuer cette perturbation affective, mais l'assurée présentait des effets secondaires importants, ce qui les avait amenés à les diminuer, voir à les arrêter. Par ailleurs, elle présentait un trouble de l'attention et de la concentration modéré à important, symptomatologie présente depuis l'enfance, qui perturbait son fonctionnement social et relationnel avec des difficultés d'organisation modérées à importantes. En effet, elle n'arrivait pas à se concentrer sur des tâches habituelles de ménage, sur son organisation, sur ses tâches administratives à accomplir et sur son agenda. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte psychique perturbé et handicapant, associé à un trouble de la personnalité avec une labilité émotionnelle, une fatigabilité, une diminution de l'énergie vitale et un sentiment de vide, une difficulté à tisser des liens avec autrui d'une manière permanente.

Le pronostic, malgré un suivi type TPPI était réservé avec la persistance d'une perturbation affective, émotionnelle et attentionnelle. En effet, l'absence d'activité professionnelle depuis des années, la grande sensibilité au stress et les perturbations émotionnelles, thymique, altéraient d'une manière importante sa capacité professionnelle et relationnelle, ne permettant pas de travailler dans des conditions habituelles. Des mesures de réadaptation, déjà entreprises, n'avaient pas permis une reprise professionnelle adéquate. Une reprise de travail dans ces conditions était illusoire et le pronostic restait réservé malgré une prise en soins optimale.

L'assurée a observé que le Dr L_____ avait écarté à tort un diagnostic de THADA et les avis des Drs G_____ et J_____ devaient être préférés.

44. Le 12 décembre 2016, la Dresse K_____ a rendu un avis selon lequel l'insuffisance veineuse n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, le Dr G_____ n'avait pas d'éléments somatiques incapacitants, le fait que l'assurée avait pu obtenir un baccalauréat parlait clairement contre la présence d'un TADHA et le Dr L_____ avait argumenté ses conclusions.

L'assurée présentait une fragilité psychique liée à un trouble de la personnalité de type borderline, non décompensé, qui restait compatible avec l'exercice d'une activité peu qualifiée. L'expertise mettait en évidence une tendance à l'amplification des symptômes et la prépondérance de facteurs défavorables non-médicaux qui permettaient d'expliquer en partie les divergences entre l'appréciation des médecins-traitants et celle de l'expert.

45. Le 21 décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du Dr L_____ était probante.
46. Le 20 janvier 2017, l'assurée a produit un certificat médical du Dr J_____ du 17 janvier 2017 confirmant que l'assurée souffrait d'un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité de l'attention F90.0 (TDAH). Ce trouble évoluait chez sa patiente depuis l'enfance, qui avait perturbé sa scolarité de manière importante avec des troubles majeurs au niveau des fonctions exécutives et de la sphère cognitive, et ce malgré les affirmations de son confrère expert. En effet, l'assurée lui confirmait qu'elle n'avait jamais fini sa scolarité secondaire ni obligatoire et par conséquent n'avait jamais pu obtenir son baccalauréat. Par ailleurs, il confirmait qu'elle ne présentait pas d'affections altérant ses compétences intellectuelles, mais présentait des perturbations de la sphère neurocognitive de type attentionnel, et de la concentration altérant son fonctionnement quotidien et son organisation. Ce trouble, qui pouvait être sujet à débat, était toutefois reconnu comme un trouble qui pouvait évoluer de l'enfance à l'âge adulte et qui pouvait s'associer à d'autres comorbidités psychiatriques.

Par ailleurs, l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent avec la persistance d'une symptomatologie dépressive perturbant son fonctionnement social et handicapant sa vie quotidienne. En outre, comme l'avait reconnu l'expert, elle souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. La labilité émotionnelle et affective, l'impulsivité importante, les crises de colère ainsi que l'anxiété psychique perturbaient grandement le fonctionnement social et relationnel de l'assurée qui avait eu des problèmes de fonctionnement avec des conflits interpersonnels importants dans les différents postes qu'elle avait occupés il y avait quelques années. Ces différents troubles psychiatriques associés à la longue période d'inactivité ainsi que l'âge de l'assurée l'a mettaient dans une situation de fonctionnement social, relationnel et professionnel très compliquée et malgré un suivi et un traitement psychiatrique adapté, sans mesures de réadaptations adéquates.

L'assurée fait valoir que le Dr J_____ confirmait une incapacité de travail totale et estimait qu'une expertise judiciaire était nécessaire.

47. Le 1^{er} février 2017, le Dr N_____ du SMR a considéré que le Dr J_____ n'apportait pas d'éléments nouveaux.
48. Le 13 février 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions.
49. Le 9 mars 2017, l'assurée a observé qu'elle n'avait exercé que des emplois peu qualifiés sur des périodes courtes, ce qui appuyait le diagnostic de TADHA ; selon son psychiatre, elle présentait des perturbations neurocognitives ; l'expert indiquait à tort qu'il n'y avait jamais eu de vellétés suicidaires, contrairement à la teneur du rapport du 6 avril 2010 des HUG. Son psychiatre avait confirmé un trouble dépressif récurrent handicapant sa vie sociale et quotidienne ; le Dr L_____ avait

écarté de façon légère ce diagnostic et le traitement médicamenteux cité par le Dr J_____ était lacunaire.

50. Le 4 septembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré ce qui suit :

« J'ai été soumise à une expertise chez le Dr L_____ en août 2014, environ une centaine de questions, cela m'a pris beaucoup de temps. Je n'ai vu le Dr L_____ que durant un entretien de 15 min pas plus. J'ai ainsi répondu aux questions avant et après l'entretien. J'ai peu de mémoire et surtout immédiate ce qui fait que je ne peux pas vous dire quelles questions m'a posées le Dr L_____.

Mon médecin a fait une demande AI en raison d'un trouble THADA. J'ai de gros problèmes de concentration ce qui me fatigue. J'ai travaillé comme femme de ménage mais j'étais souvent malade en raison de problèmes aux genoux et au dos (hernie discale), actuellement j'ai aussi une diverticulite qui devrait être prochainement opérée. J'ai également beaucoup de problèmes physiques aux chevilles, aux poignets et aussi aux doigts. Je m'estime actuellement totalement incapable de travailler.

Je suis suivie par le Dr G_____ que je vois une fois par mois pour le trouble THADA et également par le Dr J_____.

Je prends de la Ritaline (Focaline) ce qui a amélioré mon agressivité car avant le traitement j'en avais beaucoup, j'avais des crises de colère et je frappais parfois les gens. En plus j'ai beaucoup d'allergies, j'ai des problèmes digestifs et j'ai été souvent opéré notamment de la vésicule biliaire et de l'utérus.

Pour moi mes médecins ont toujours attestés d'un arrêt de travail à 100 % et cela depuis des années.

Je dois prendre plusieurs médicaments chaque jour, notamment pour le trouble THADA, la thyroïde et d'autres affections. Je prends également des antidouleurs (Morphine) et des anti-inflammatoires (Irfen).

Je suis aidé dans le ménage une fois par semaine par une personne de l'IMAD. Je vis avec ma fille mais je ne m'en occupe pas, elle est indépendante, je prépare à manger pour moi seule. Je ne peux rien porter, je me fais livrer mes courses par la Coop et j'ai beaucoup de difficulté à gérer mon quotidien. Je souligne que ma fille ne m'aide pas du tout. Elle est actuellement en étude. J'ai aussi une fille plus âgée qui ne vit pas en Suisse. Cela me soulage de pouvoir parler avec le Dr J_____ mais celui-ci ne peut pas faire grand-chose pour mon problème. Je me sens toutefois mieux à ces côtés. Je n'arrive jamais à terminer ce que je débute en particulier mes études que je n'ai jamais terminées. ».

51. Le 20 septembre 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Vevey.
52. Le 29 septembre 2017, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni de modification à apporter à la mission d'expertise.
53. Le 2 octobre 2010, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 29 septembre 2017 et a indiqué qu'en l'absence de motivation justifiant la mise en place d'une expertise judiciaire, il ne pouvait se prononcer sur un tel acte de sorte qu'il s'y opposait mais qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert ni de modification à apporter à la mission d'expertise.
54. Par ordonnance du 12 octobre 2017 (ATAS/883/2017), la chambre de céans a confié l'expertise au Dr O_____.
55. A la demande du Dr O_____, la chambre de céans a ordonné le 1^{er} décembre 2017 un examen neuropsychologique de l'assurée auprès de Monsieur P_____, Psychologue spécialiste en psychothérapie et neuropsychologie FSP.
56. Le 7 février 2018, M. P_____ a rendu son rapport.

L'assurée se plaignait de ne pas pouvoir se concentrer, de nombreux oublis, de lenteur, d'angoisses, de vertiges, de céphalées. Il a conclu à un ralentissement dans l'exécution de la plupart des tâches ; un ralentissement dans toutes les tâches attentionnelles, avec des modes de réponse à une tâche spécifique (CPT) compatible avec un TDAH ; des troubles exécutifs prédominants en inhibition et en flexibilité, dans un contexte plus général de désorganisation de l'action, de volubilité et d'agitation psychomotrice ; des troubles en mémoire de travail et en mémoire épisodique, affectant l'apprentissage de liste et la reconnaissance visuelle.

Malgré des tests spécifiques parlant en faveur d'un possible défaut d'effort, les modes de réponse à ces tests et la variabilité des performances de l'assurée dans certaines des tâches de l'examen devaient être attribués à ses troubles psychiques, au premier plan desquels les troubles de la personnalité, tels qu'ils avaient été retenus par l'expert psychiatre.

Son profil ne correspondait que partiellement au diagnostic d'un TDAH. Des troubles cognitifs aussi importants que ceux constatés chez l'assurée ne pouvaient être expliqués par les agressions dont elle avait été victime. On se trouvait ici en présence de troubles cognitifs liés à des alcoolisations aiguës, qui n'avaient pas le profil propre à des séquelles cognitives définitives d'un alcoolisme chronique (absence de confabulations notamment). Mais une poursuite des alcoolisations pourrait aboutir à une dégradation cognitive irréversible d'étiologie lésionnelle cérébrale. Les épisodes dépressifs étaient à même d'induire des troubles mnésiques et attentionnels dont l'intensité était fonction de la gravité de la dépression. Mais ce qui frappait surtout dans l'examen neuropsychologique de l'assurée, c'était la

désorganisation et l'inconstance de ses modes de réponse, concomitant à des troubles exécutifs. Or, une telle désorganisation pouvait être observée dans le contexte des troubles de la personnalité décompensés, notamment de troubles de la personnalité émotionnellement labiles. Les demandes d'étayage qu'elle adressait durant les tests dans un contexte anxieux manifeste allaient dans ce sens. En conséquence, les troubles cognitifs étaient d'origine psychique, liés aux diagnostics psychiatriques retenus par l'expert psychiatre. Les limitations et la capacité de travail qui résultaient des troubles cognitifs étaient contenues dans l'avis psychiatrique.

57. Le 27 février 2018, le Dr O_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur un examen et entretien de l'assurée de plus de six heures, une analyse de la médication psychotique et des paramètres biologiques ainsi que deux consiliums, l'un avec M. P_____ et l'autre avec le Dr J_____.

L'assurée se plaignait spontanément de trouble de la mémoire, de la concentration, de dispersion, de désorganisation, de trouble du sommeil, de fatigue ; à l'examen dirigé elle se plaignait de tristesse, pleurs quotidiens, sentiment de vide, perte d'espoir, sentiment de culpabilité avec auto-reproches, sentiment de dévalorisation, perte de confiance en elle, perte de l'élan vital, indécision, aboulie et anhédonie relatives, idéation noire, troubles de la concentration, de la mémoire, de l'attention, dispersion, désorganisation, fatigue et fatigabilité, repli social relatif, sentiment de solitude, troubles du sommeil (insomnie initiale, réveils, cauchemars, sommeil non réparateur, inversion du rythme nyctéméral), absence de libido, diminution de l'appétit avec des variations de poids fréquentes, inquiétude, nervosité, irritabilité, susceptibilité, agressivité, impulsivité, symptôme neurovégétatifs anxieux fréquents tels qu'oppression thoracique, sensation d'étouffement, vertiges, instabilité à la marche, agoraphobie, allergie à la poussière et aux produits de nettoyage et scapulalgies.

Il a posé les diagnostics de AXE I : trouble dépressif caractérisé, épisode récurrent, en rémission partielle, gravité actuelle moyenne F33.41 (296.35). Anxiété généralisée F41.1 (300.02). Agoraphobie F40.00 (300.22). Trouble de l'usage de l'alcool, moyen F10.20 (303.90). Trouble de l'usage d'anxiolytiques, léger F13.10 (305.40). Diagnostic différentiel : déficit de l'attention/hyperactivité, présentation combinée (314.01). AXE II : personnalité borderline, décompensée F60.3 (301.83). Personnalité dépendante, décompensée F60.7 (301.6).

Le trouble dépressif majeur remontait probablement à 1995 et avait connu des aggravations récurrentes qu'il n'était pas aisé de préciser selon le dossier, probablement en 2006 (décès du mari), en 2009 (décès de la mère) et en avril 2015 (décès du père et rupture avec le père de la deuxième fille), une aggravation des troubles neurocognitifs et somatiques ayant été signalé par le psychiatre-traitant à ce moment-là.

Plusieurs limitations fonctionnelles découlaient de la présence de ces troubles. L'humeur était labile et devenait davantage dépressive lorsque l'assurée était seule. Elle fluctuait et s'aggravait au gré des événements négatifs de la vie. Il existait une faible résistance au stress, avec une anxiété morbide de fond et une irritabilité associée à des accès de colère. L'élan vital était diminué ; il existait une anhedonie et aboulie relatives, une difficulté de décision ainsi qu'une crainte à s'engager dans une nouvelle activité. Les troubles du sommeil globaux étaient associés à un rythme nyctéméral perturbé avec une asthénie diurne. Des difficultés cognitives majeures étaient aussi responsables d'une désorganisation et dispersion.

Une anxiété généralisée entraînait une faible tolérance au stress et le risque d'une décompensation plus significative en cas d'adjonction d'un stress supplémentaire, tel que professionnel. Dans de telles situations, l'assurée avait aussi tendance à accroître sa consommation alcoolique.

Le tableau asthmatique se confondait probablement avec le trouble anxieux majeur et un épisode de dyspnée avait d'ailleurs motivé un passage aux urgences des HUG en septembre 2015, suite au décès du père.

L'agoraphobie existait depuis 2003, était légère, mais pourrait devenir très limitative en cas d'adjonction d'un stress supplémentaire.

Le trouble de l'usage d'anxiolytiques était léger et pouvait aggraver le tableau cognitif et engendrer une faiblesse musculaire et une instabilité à la marche.

La présence d'un THADA n'était pas avérée.

Il existait un trouble de la personnalité borderline, décompensé. L'apparition du trouble état limite était précoce chez l'assurée et remontait probablement à l'adolescence. La décompensation était devenue significative à partir de 2006 avec la mort du mari. L'assurée déclarait que «sa vie s'est arrêtée » à partir de ce moment-là.

Le trouble état limite décompensé était la pathologie principale de l'assurée, celle qui déclenchait et maintenait les autres troubles au niveau de l'axe I. C'était à cause de la décompensation de la personnalité que l'assurée présentait régulièrement des fluctuations thymiques allant jusqu'à une gravité sévère. Avec le trouble de la personnalité dépendante, décompensé, l'ensemble de cette décompensation de la personnalité était responsable de l'évolution du tableau clinique.

Le trouble de la personnalité borderline induisait notamment de nombreuses limitations fonctionnelles :

- Labilité d'humeur, susceptible de s'aggraver dans un contexte de fragilisation affective supplémentaire.
- Anxiété et irritabilité constantes.
- Conduite manichéenne d'idéalisation et de dévalorisation fluctuante sans pouvoir définir des objectifs réalistes.

- Troubles relationnels dans les interactions avec autrui dans le monde affectif comme relationnel.
- Recours aux toxiques pouvant rendre incompatible une activité professionnelle, notamment l'alcool.
- Colères intenses et inappropriées qui, avec le comportement impulsif, pouvant aboutir à divers conflits.

Le trouble de la personnalité dépendante avait probablement décompensé depuis la perte du mari, substitut paternel, en 2006 puis par la perte du père en 2015. Ce trouble avait induit des limitations fonctionnelles significatives en limitant l'autonomie de l'assurée, sa capacité à prendre des initiatives, à assumer avec confiance une tâche déterminée. Il contribuait aussi au développement de relations de nature fusionnelle entre l'assurée et son milieu social ou professionnel, puis au sentiment de déception et de rejet.

L'assurée était atteinte d'une polymorbidité psychiatrique importante depuis de très nombreuses années. Sa personnalité était décompensée massivement, ce qui induisait de nombreuses pathologies thymiques, anxieuses et addictives. Ce tableau s'était aggravé progressivement, surtout à partir de 2006. L'incapacité de travail indiquée dans le dossier remontait au mois de mai 2008. Depuis lors, l'assurée ne pouvait plus exercer une activité lucrative dans l'économie de marché de manière autonome, à cause de ses troubles psychiques. Cette incapacité de travail, totale, perdurait actuellement.

En ce qui concernait la capacité d'exercer une activité lucrative à partir du 1^{er} mars 2012, il était encore moins probable que l'assurée ait disposé des ressources suffisantes pour parvenir à intégrer le marché de l'emploi durant cette phase. A noter que l'assurée avait alors déjà subi des pertes affectives importantes, celle de son mari en 2006, celle de sa mère en 2009, des problèmes relationnels majeurs avec le père de sa fille cadette à partir de 2006 puis, en juin 2012, l'AVC de son père, la figure soutenance principale, soit un facteur aggravant majeur. Elle avait subi de nombreux échecs sur le plan professionnel, la plupart ressentis comme des abus et des rejets. Sur le plan clinique, elle avait connu des fluctuations majeures, des récurrences d'état dépressif de gravité certaine, l'administration de plusieurs traitements psychotropes, dont un double traitement antidépresseur à forte posologie ; elle avait développé des troubles importants de la sphère cognitive (qu'ils soient qualifiés ou non de THADA) ; des prises en charge intensives de crise au CTB n'étaient pas parvenues à la stabiliser durablement.

L'état psychique de l'assurée s'était aggravé par rapport à la situation de juillet 2009. Elle dépendait alors davantage de son père. L'état de celui-ci avait décliné massivement depuis son AVC en 2012. Il était décédé en 2015 et cette année coïncidait avec la rupture de la relation affective avec le père de sa deuxième fille. Les échecs sur le plan professionnel, l'incapacité de se réhabiliter, le manque de perspective dans l'avenir avaient eu un impact négatif sur l'état de santé psychique

de l'assurée. Il était certain que la décision de l'assurance-invalidité de ne pas intervenir en faveur de l'assurée n'avait pas favorisé une bonne évolution. Un travail en atelier protégé pourrait être bénéfique sur le plan thérapeutique.

L'expert a exposé ses critiques à l'égard de l'expertise du Dr L_____, relatives au diagnostic de dysthymie et à l'omission de diagnostics, en particulier celui de trouble de la personnalité de type borderline décompensé ; le Dr L_____ ne tenait pas compte des résultats de ses propres tests et semblait ne pas vouloir rechercher les éléments pouvant conduire à la reconnaissance d'une pathologie psychique invalidante ; il n'avait, en particulier, pas procédé à un examen neuropsychologique ou un dosage des médicaments de la recourante ; malgré l'important suivi psychiatrique, le Dr L_____ ne reconnaissait aucune pathologie psychique significative chez la recourante, ni la nécessité de contacter le psychiatre traitant ; plusieurs lacunes anamnestique apparaissaient dans son rapport, qui pouvaient être expliquées par l'indication de l'assurée que l'entretien avec le Dr L_____ avait duré seulement entre quinze à vingt minute. Le Dr L_____ n'avait pas tenu compte des limitations fonctionnelles de l'assurée et il n'avait pas évalué les troubles cognitifs massifs, de sorte que son évaluation de la capacité de travail était erronée.

58. Le 18 mai 2018, la Dre Q_____ du SMR a rendu un avis. Elle indiquait ne pas pouvoir écarter le diagnostic de trouble de la personnalité borderline décompensé et trouble de la personnalité dépendante décompensé. Cependant, il était difficilement compréhensible que ce trouble puisse être catégorisé comme décompensé depuis de nombreuses années, soit depuis mai 2008 selon l'expert, de manière non interrompue. Les conclusions de l'expert concernant les diagnostics retenus et leurs conséquences actuelles pouvaient être suivies mais l'incapacité de travail ne pouvait être admise depuis mai 2008 ; il était vraisemblable que l'état psychique de l'assurée se soit dégradé postérieurement à l'examen du Dr L_____ d'août 2014.
59. Le 18 mai 2018, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 18 mai 2018.

Les conclusions de l'expertise judiciaire concernant le début de l'incapacité de travail devaient être écartées ; l'expert n'avait pas réalisé une comparaison des circonstances prévalant aux moments opportuns pour apprécier si l'état de santé de la recourante avait subi une péjoration notable. Une décision de refus de rente du 9 juillet 2009 était entrée en force. L'expert faisait remonter le début de l'incapacité totale de travail de la recourante en 2008, soit antérieurement à la décision susmentionnée. De ce fait, il avait violé les règles primaires applicables aux expertises mandatées dans le cadre d'une révision.

Par ailleurs, conformément à ce qui ressortait de l'avis du SMR du 18 mai 2018, le trouble de la personnalité borderline ne pouvait pas être décompensé depuis mai 2008, au vu des éléments tant médicaux qu'extra-médicaux figurant au dossier, notamment l'examen clinique du Dr L_____.

Il était toutefois admis que la recourante présentait une incapacité totale de travail dès le mois de février 2018 date de l'examen clinique psychiatrique judiciaire. En effet, dans la mesure où les conclusions de l'expert judiciaire ne pouvaient pas être suivies quant au début de l'incapacité de travail en 2008 et que lors de l'expertise du Dr L_____ (examen clinique) aucun élément de gravité n'avait été retenu, l'aggravation de l'état de santé de la recourante ne pouvait qu'être postérieure à l'expertise du Dr L_____.

Or, aucun élément médical objectif justifiant d'une décompensation du trouble de la personnalité borderline ne figurait au dossier (le médecin traitant indiquait régulièrement que l'état de santé était stationnaire) depuis l'examen clinique du Dr L_____ et ceci jusqu'à l'examen clinique effectué par l'expert judiciaire, lequel mettait en exergue une aggravation objective de l'état de santé de la recourante.

60. Le 26 mars 2018, la recourante a observé que l'expertise judiciaire était probante, contrairement à celle du Dr L_____. Les limitations fonctionnelles avaient été établies avec pertinence par le Dr O_____ et correspondaient au diagnostic des médecins traitants attestant d'une incapacité de travail totale. L'expert confirmait que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis la décision de l'OAI du 9 juillet 2009 lui refusant toute prestation. L'expert indiquait notamment que l'état de santé de son père avait décliné massivement depuis l'épisode de l'AVC en 2012 et qu'il était décédé en 2015, année coïncidant avec la rupture de la relation affective avec le père de sa deuxième fille. En ce qui concernait le pronostic d'une reprise d'une activité lucrative, celui-ci était défavorable. Elle était en incapacité de travail totale, de sorte qu'elle avait droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} août 2013.

61. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 9 juillet 2009 lui refusant tout droit à des prestations, entrée en force.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
6. Selon 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

7. a. Selon l'art. 87 al. 1 let b, al. 2 et 3 RAI, la révision a lieu d'office lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui

peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (al. 1 let. b). Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_57/2016 du 29 juin 2016).

b. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre 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). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. 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. 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.

c. 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).

-
9. a. À l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, 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). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

b. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309; 137 V 210 consid. 6 p. 266 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

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).

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, la chambre de céans a considéré dans son ordonnance d'expertise du 12 octobre 2017 qu'au vu des contradictions très importantes existant entre l'expertise du Dr L_____ et les avis des Drs G_____ (avis des 18 mars 2013, 29 avril 2015, 27 mai 2015, 9 novembre 2015 et 11 novembre 2016) et J_____ (avis des 17 juillet 2013, 21 novembre 2013, 16 juillet 2015, 3 novembre 2016 et 17 janvier 2017), il convenait d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire,

d'autant que les déclarations de la recourante concernant les conditions dans lesquelles l'expertise du Dr L_____ s'était déroulée, permettaient de douter de la valeur probante de celle-ci. Une expertise psychiatrique judiciaire a en conséquence été confiée au docteur O_____.

13. a. L'expertise judiciaire du Dr O_____, fondée sur un long entretien avec la recourante, comprenant une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et une anamnèse récente très fouillées, des tests d'hétéro et auto-évaluation, un dosage de la médication, une discussion avec M. P_____ et le Dr J_____, des diagnostics et limitations fonctionnelles claires et bien motivés, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

b. La recourante reconnaît une pleine valeur probante à l'expertise judiciaire et considère qu'elle atteste de son incapacité de travail totale, lui donnant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2013.

L'intimé, qui se rallie à l'avis du SMR du 18 mai 2018, reconnaît également le caractère probant des conclusions de l'expertise judiciaire, en particulier les diagnostics posés et le constat d'une incapacité de travail totale de la recourante, sous réserve de la date du début de l'incapacité de travail totale fixée par l'expert. Il estime que celle-ci a débuté postérieurement à août 2014, date de l'examen du Dr L_____, soit précisément dès février 2018, date de l'examen clinique psychiatrique judiciaire ; il considère que le trouble de la personnalité borderline ne pouvait pas être décompensé depuis mai 2008, au vu des éléments tant médicaux qu'extra-médicaux figurant au dossier, notamment l'expertise du Dr L_____, laquelle n'avait retenu aucun élément de gravité.

c. Au vu de ce qui précède, il est admis par les parties, suivant en cela les conclusions de l'expertise judiciaire, que la recourante présente plusieurs diagnostics psychiatriques totalement incapacitants, dont une pathologie principale sous la forme d'un trouble de la personnalité borderline, décompensé, ainsi qu'un trouble de la personnalité dépendante décompensé, lesquels entraînent des limitations fonctionnelles significatives. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de compléter l'expertise pour tenir compte de la jurisprudence précitée (ATF 143 V 418), le rapport d'expertise judiciaire permettant une appréciation concluante du cas, également à l'aune des indicateurs déterminants (arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018).

14. a. Est seule litigieuse la date à laquelle la recourante a présenté une incapacité de travail totale, l'expert l'ayant fixée à mai 2008 et l'intimé à février 2018, étant constaté que la recourante, qui ne s'est pas prononcée sur cette question, semble se rallier à l'avis de l'expert.

A cet égard, il existe certaines constellations dans lesquelles il convient de s'écarter de l'incapacité de travail déterminée par une expertise médicale, sans que celle-ci n'en perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_706/2016 du 6 juillet 2017 et 9C_316/2017 du 5 octobre 2017). En particulier, le Tribunal fédéral a

constaté que dans la mesure où l'expert judiciaire fait remonter l'incapacité de travail de l'assuré à une date antérieure à la péjoration déterminante de l'état de santé de ce dernier, dont il a fait état dans son expertise, il ne peut être suivi sur ce point. Il a ainsi confirmé la fixation par la juridiction de la date de la survenance de l'incapacité de travail de l'assuré postérieurement à celle admise par l'expert judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2017 du 5 octobre 2017).

b. En l'occurrence, l'expert judiciaire atteste d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis juillet 2009, date de la décision de l'intimé de refus de toutes prestations, dont il convient de rappeler qu'elle est entrée en force. Dépendante de son père, la recourante a présenté, suite à l'AVC que celui-ci a subi en juin 2012, une péjoration de son état psychique, une reprise de la consommation d'alcool, des difficultés respiratoires, une importante agitation ainsi qu'une labilité de l'humeur, un sentiment de culpabilité envers son père et a exprimé des idées suicidaires (expertise O_____ p. 47 et 77).

La recourante a ensuite été affectée par le décès de son père en décembre 2014 et par la rupture de sa relation affective avec le père de sa deuxième fille en automne 2015. L'état de santé psychique de la recourante s'est aggravé en raison d'échecs sur le plan professionnel, une incapacité à se réhabiliter et un manque de perspective dans l'avenir.

Au vu de la description de l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis juillet 2009 – en particulier suite à l'AVC dont a été victime le père de la recourante, en juin 2012, ainsi que des échecs de la recourante sur le plan professionnel, avec incapacité à se réhabiliter – une incapacité de travail totale depuis mai 2008, alors que la recourante débutait un nouvel emploi à 100 % pour B_____, ne saurait être confirmée.

Compte tenu de la description précise, effectuée par l'expert judiciaire, des éléments ayant favorisé une nette aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, il convient d'admettre que l'incapacité totale de travail de celle-ci est survenue dès la maladie de son père, soit dès juin 2012 ; celle-ci paraît, en effet, au degré de la vraisemblance prépondérante, avoir joué un rôle déterminant dans la péjoration de l'état psychique de la recourante (expertise O_____ p. 47).

c. A cet égard, l'appréciation faite par le Dr L_____ en août 2014 ne paraît pas déterminante. En effet, son rapport d'expertise est dénué de toute valeur probante, comme l'a relevé l'expert judiciaire (expertise O_____ p. 79-82), dont les explications, étayées et convaincantes, sont probantes. L'expert judiciaire a relevé que le Dr L_____, en ne retenant aucun diagnostic psychique incapacitant, faisait fi de tout le suivi psychiatrique de la recourante, ainsi que des avis des psychiatres-traitant, donnés sur une durée de neuf ans ; il avait omis des diagnostics incapacitants importants, parfois en s'écartant des tests qu'il avait lui-même administré et en ne prenant pas en compte des éléments importants de l'anamnèse ; il avait négligé une demande d'un examen neuropsychologique, alors même que le

cas le commandait, tout comme celle de renseignements auprès des médecins-traitant. Il n'avait pas dosé le traitement de la recourante, ni testé la consommation alcoolique et surestimé les capacités de la recourante à contrôler sa consommation ; il existait des lacunes anamnestiques importantes, dont l'existence d'un traitement médicamenteux depuis 1995 ainsi qu'un suivi psychiatrique depuis l'âge de 19 ans, un début de consommation de toxique à l'adolescence, une problématique psychiatrique de la sœur de la recourante et une rupture totale de relation avec la fille ; l'anamnèse paraissait être une copie des notions figurant déjà dans le dossier et non pas des données recherchées et vérifiées par le Dr L_____ ; celui-ci avait omis d'évaluer et de tenir compte des troubles cognitifs massifs, tout comme des autres limitations fonctionnelles ; il n'avait pas cherché à comprendre la problématique psychique de la recourante, ne l'avait pas approfondie, ni cernée et avait établi des projections pronostiques illusoires et excessivement optimistes.

Dans ces conditions, une aggravation de l'état de santé de la recourante, entraînant une incapacité de travail totale de celle-ci, a pu se produire antérieurement à l'examen du Dr L_____, en août 2014, les constatations et conclusions prises par celui-ci – en particulier la reconnaissance d'une capacité de travail totale de la recourante depuis 2008, sous réserve de brèves périodes – n'ayant pas de valeur probante. Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, suivi par l'intimé, la date d'août 2014 n'est pas déterminante.

d. Au vu de ce qui précède, il convient de confirmer l'incapacité de travail totale de la recourante, selon les constatations et conclusions de l'expertise judiciaire, tout en s'écartant de la date de survenance de celle-ci, fixée par l'expert, en constatant qu'elle a débuté, au degré de la vraisemblance prépondérante, et selon les éléments issus de l'expertise judiciaire, en juin 2012.

15. a. Au regard de l'art. 17 LPGA, la recourante a présenté une aggravation de son état de santé, entraînant une incapacité de travail totale depuis juin 2012, soit postérieurement à la décision de l'intimé du 9 juillet 2009, laquelle constatait une capacité de travail totale de la recourante dans toute activité. Or, cette modification est une condition nécessaire pour que soit reconnu un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante, initialement fixé dans la décision du 9 juillet 2009, entrée en force.

b. Vu l'incapacité de travail totale de la recourante depuis juin 2012, le degré d'invalidité de celle-ci, à l'issue du délai de carence d'une année, soit dès juin 2013, est de 100 %.

La demande de prestations ayant été déposée le 26 février 2013, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2013.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2013.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement

sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

17. a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier

(ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

b. En l'occurrence, vu l'absence totale de valeur probante de l'expertise du Dr L_____, il convient de mettre à la charge de l'intimé les frais de l'expertise judiciaire de CHF 14'127.05, soit CHF 12'000 (expertise du Dr O_____) + CHF 1'832.55 (expertise de M. P_____) + CHF 294.50 (coûts complémentaires expertise du Dr O_____), laquelle s'est révélée indispensable à l'instruction du dossier médical de la recourante.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. l'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 28 septembre 2016.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2013.
5. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- à la recourante, à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Met les frais d'expertise de CHF 14'127.05 à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le