

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3806/2017

ATAS/1165/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 décembre 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par le
Service de protection de l'adulte - SPAD

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A _____ est née le _____ 1988. Après la fin de sa scolarité, elle a été pendant de très courtes périodes employée comme vendeuse à la confiserie B _____ à l'aéroport de Genève et comme commis de buffet dans un restaurant.
2. Du 21 novembre 2008 au 29 janvier 2009, elle a séjourné à la clinique La Métairie où le diagnostic principal de schizophrénie a été posé. Le motif d'hospitalisation était des symptômes anorexiques de type restrictif, évoluant depuis six mois. Dans l'anamnèse, il est mentionné que ses parents décrivaient depuis deux ans un changement progressif de sa personnalité avec un retrait et un repli progressif sur soi avec diminution des relations sociales. Depuis quelques mois, ses parents la surprenaient régulièrement seule, en pleurs. Leur fille restait des heures assise sur une chaise. Sur le plan scolaire, la patiente avait réalisé un parcours scolaire normal jusqu'à l'obtention d'un diplôme de commerce, puis avait échoué à l'examen oral lors des examens de maturité professionnelle commerciale. Ensuite, elle avait débuté une école de viticulture, qu'elle avait rapidement abandonnée, et commencé une école d'esthétique qu'elle a dû abandonner au bout de quelques jours à la suite d'un incident en classe. Lors du séjour hospitalier, il y avait une évolution pondérale rapide avec gain de poids, associée à un comportement alimentaire inadapté. On observait aussi des troubles du cours de la pensée avec troubles de l'association et réponses à côté. Malgré un traitement neuroleptique, il n'y avait pas de changement significatif des symptômes de la lignée psychotique. Un projet de sortie avait été élaboré avec ses parents, à savoir un accompagnement psychosocial à l'hôpital de jour et en hébergement de nuit à l'institut Maïeutique à Lausanne. La conclusion de l'examen psychologique effectué le 23 décembre 2008 était un tableau évocateur d'un aménagement de personnalité psychotique franc, caractérisé par le recours à la défense par le déni et l'intellectualisation contre une angoisse paranoïde.
3. Une intervention psychiatrique d'urgence a eu lieu le 7 novembre 2012. Le diagnostic était un désordre dépressif. Dans les éléments anamnestiques et de crise sont mentionnés que la patiente vivait depuis deux ans en couple. Elle avait obtenu le diplôme d'esthéticienne depuis une année et effectué de petits jobs, notamment un poste de vendeuse à l'aéroport. Avec l'aide de sa mère, elle avait trouvé un bail d'une cabine de soins dès le mois d'octobre pour travailler comme esthéticienne. Toutefois, elle avait décidé de rendre la clé au bailleur. Suite à une dispute avec sa mère, elle s'était effondrée en pleurant après s'être énervée. Elle avait alors accepté de venir aux urgences. Outre une relation conflictuelle avec ses parents, elle entretenait une relation compliquée avec son compagnon qui lui demanderait de l'argent et la menacerait physiquement, lorsqu'elle le lui refusait.
4. Suite à cette intervention d'urgence, l'intéressée a séjourné jusqu'au 12 novembre 2012 en entrée volontaire à l'unité d'observation et d'évaluation du centre d'accueil et d'urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) où le diagnostic de probable trouble de la personnalité non spécifié a été posé. A la sortie, l'assurée

était calme, collaborante et souriante. La thymie était neutre, mais il y avait une bizarrerie de contact. Le discours était peu informatif avec quelques réponses à côté et une interprétativité sub-délinante et parfois un sentiment de méfiance ou de jalousie. Elle avait par ailleurs des difficultés à organiser sa journée et à planifier ses activités. Les soignants étaient frappés par l'incongruence majeure entre affect et humeur, la patiente souriant tout au long des entretiens, quand bien même les sujets abordés étaient de nature très triste. Elle avait par ailleurs fait montre d'une forte impulsivité, mais également d'une certaine labilité et d'un caractère clivant. Le trouble de la personnalité probable avait des traits d'allure psychotique.

5. En décembre 2012 et janvier 2013, un examen neuropsychologique a été effectué. L'intéressée avait de faibles performances aux tests d'apprentissage verbaux et visuo-spatiaux qui semblaient relever d'un manque d'organisation du matériel à retenir. Les réponses fournies à l'épreuve du vocabulaire pouvaient refléter un manque de hiérarchisation des informations à donner pour compléter la tâche le plus efficacement possible. La planification des réponses dans le mode visuo-spatial semblait constituer une charge cognitive importante pour l'assurée, nécessitant de longs temps de réponse. Dans les tâches complexes, cette charge pouvait s'avérer trop importante pour que les tâches pussent être réalisées avec succès. Cela suggérait une faiblesse des fonctions neuropsychologiques dites frontales. Au vu de ces résultats, l'assurée pourrait reprendre une activité professionnelle dans un cadre dont la demande organisationnelle était limitée. Toutefois, les résultats de l'examen ne pouvaient être complètement détachés du contexte de vie, lequel pouvait demander à la patiente de solliciter beaucoup de ressources cognitives et représenter une charge notable.
6. Par demande reçue le 29 août 2013, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Dans son rapport du 20 septembre 2013, le Dr C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a retenu le diagnostic d'autre trouble spécifié de la personnalité, tout en précisant qu'il était difficile de retenir un diagnostic avec certitude. L'assurée suivait deux consultations hebdomadaires depuis décembre 2012 chez ce médecin. Après son diplôme de commerce, elle avait eu des difficultés à trouver une activité. Elle avait travaillé après son séjour à la clinique La Métairie comme vendeuse dans une chocolaterie, emploi qui s'était mal passé. Puis, elle avait suivi une formation d'esthéticienne qu'elle a peut-être obtenue. Elle a ensuite travaillé dans un centre d'esthétique. Ses tentatives de travailler comme serveuse dans un pub et dans un café-restaurant s'étaient très rapidement soldées par des échecs. L'assurée était actuellement en incapacité de travail totale. Dans les limitations fonctionnelles, le psychiatre traitant a mentionné que son attitude fort aimable, engagée et souriante cachait d'importantes difficultés pour tout ce qui était horaires, engagements, parole donnée, etc. Cela se manifestait par des contre-attitudes de ses employeurs, parents et amis qui pouvaient se révéler être extrêmement agressives. Seul un travail dans un environnement

professionnellement pas trop exigeant et non plus masculin, sans pression pour le rendement et l'efficacité entrainé en ligne de compte. L'assurée devait aussi éviter les activités de responsabilité et de gestion de l'argent des autres.

8. Le 24 novembre 2013 a eu lieu une nouvelle intervention psychiatrique d'urgence, en raison d'une crise d'angoisse de l'assurée avec pleurs. Elle a rapporté avoir subi des violences de son ex-compagnon. Lors de l'entretien, l'assurée présentait un contact bizarre avec des sourires inadéquats. Elle se disait très angoissée. Son discours était très dispersé avec des plaintes multiples non cohérentes. Se sentant beaucoup mieux après l'entretien, l'assurée était retournée au domicile.
9. Le 26 novembre 2013, l'assurée s'est présentée aux urgences pour un abri pour la nuit, car elle n'avait pas bien dormi la veille. Elle a fait part de ses problèmes conjugaux (recte de couple) avec violences de la part de son compagnon, ainsi que de problèmes familiaux avec ses parents et sa sœur. Elle se plaignait également de céphalées chroniques depuis plusieurs mois. Finalement, l'assurée était d'accord de retourner à son domicile, se sentant mieux après l'entretien.
10. Dans son rapport reçu à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) le 27 novembre 2013, le docteur D_____, généraliste FMH, a posé les diagnostics de troubles spécifiques de la personnalité, de personnalité schizoïde et de personnalité dyssoziale. Dans l'anamnèse, il a mentionné que l'assurée avait été hospitalisée pour une anorexie sévère dont elle avait récupéré. Elle avait ensuite suivi une formation d'esthéticienne et exercé cette profession pendant une courte période. Actuellement, elle était sans emploi et dépendait de ses parents. Les emplois s'étaient soldés par des échecs en raison des troubles de la personnalité. Ils rendaient également sa vie relationnelle difficile, tant vis-à-vis de son ami que sa famille, lesquels étaient mis à bout de leur résistance. Dans les symptômes actuels, le Dr D_____ a fait état d'un dysfonctionnement profond du comportement de l'assurée, alliant passivité et indifférence face à la réalité, et une agressivité lorsqu'elle n'obtenait pas immédiatement satisfaction de ses besoins. Elle affichait une apparente bonne humeur et une joie de vivre malgré une situation peu satisfaisante. Il y avait un évitement et une fuite de la réalité. Socialement, elle était isolée et avait des difficultés à se concentrer plus de quelques heures sur une tâche. Objectivement, l'assurée n'avait pas conscience des troubles de la personnalité et se plaignait surtout de l'attitude de son entourage familial. Il y avait un déni de la réalité et une somatisation, l'assurée consultant fréquemment pour des problèmes physiques. La capacité de travail était nulle.
11. Dans un rapport du 29 janvier 2014, le Dr C_____ a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire. Ses difficultés d'insertion professionnelle, le conflit avec ses parents et son ami, ainsi que d'autres difficultés personnelles, notamment pour gérer son argent ou pour respecter un horaire ou chercher du travail, restaient fortement liées aux manifestations de son trouble de la personnalité. Elle avait investi le traitement et elle était ponctuelle. Elle s'était inscrite à des cours d'anglais qu'elle semblait suivre régulièrement. La capacité de travail actuelle était peu

importante. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.

12. Le 11 février 2014, l'assurée a demandé à l'unité d'accueil et d'urgences psychiatriques (UAUP) des HUG de passer la nuit à l'hôpital, étant seule à la maison. Après l'entretien, elle est retournée à son domicile.
13. Suite à une crise clastique à la maison, la patiente a été amenée à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (ci-après: UAUP) par la police le 13 février 2014, puis hospitalisée jusqu'au 18 suivant à l'unité d'investigations et de traitements brefs psychiatriques (UITB) des HUG. Les docteurs E_____ et F_____ ont posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline. Les entretiens de famille ont permis de comprendre les raisons de la crise actuelle, à savoir l'inquiétude et les difficultés rencontrées par l'assurée dans un projet professionnel, ainsi que sa violence lorsqu'elle venait demander de l'argent à ses parents.
14. Le 2 octobre 2014, la mère de l'assurée a téléphoné à l'OAI pour lui faire part que sa fille refusait tout contact avec ses parents et pour répondre au courrier de l'OAI.
15. Le 14 avril 2015, la mère a informé l'OAI que sa fille avait disparu.
16. L'OAI ayant mandaté le docteur G_____ comme expert psychiatre, celui-ci l'a informé le 11 mai 2015 qu'il avait essayé de joindre l'assurée à plusieurs reprises sans succès. Selon sa mère, sa fille avait disparu à l'étranger.
17. Le 13 octobre 2015, le Dr D_____ a attesté que l'état de santé était resté stationnaire.
18. Par ordonnance du 14 octobre 2015, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a institué une mesure de curatelle de représentation avec gestion en faveur de l'assurée et a désigné à cet effet Madame H_____ et Madame I_____ en tant que curatrices.
19. Du 23 octobre au 4 novembre 2015, l'assuré a été hospitalisé à l'UAUP où le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, a été posé. Il s'agissait d'une hospitalisation en placement à des fins d'assistance, ordonnée par son médecin, l'assurée présentant une grossesse à haut risque avec mauvaise compliance aux soins et anosognosie quant au risque concernant sa grossesse. En février 2015, elle avait soudainement quitté la clinique de La Métairie pour les Etats-Unis où elle avait vécu trois mois, sans en avertir ses parents. A son retour en Suisse, elle avait annoncé à ses parents sa grossesse. Elle avait interrompu le suivi chez le Dr C_____ depuis environ un an. Depuis début 2015, elle était de plus en plus angoissée. Le 14 octobre 2015, l'assurée s'était présentée aux urgences gynécologiques du centre hospitalier universitaire du canton de Vaud (CHUV) où elle avait été hospitalisée pour maturation pulmonaire et surveillance fœtales. Le 16 octobre 2015, elle avait présenté une agitation et des propos incohérents, nécessitant l'introduction d'un traitement par Haldol, ainsi qu'une surveillance permanente par un Sécurité. L'assurée banalisait sa situation et ses problèmes de

santé, notamment les risques liés à sa grossesse. Le 26 octobre, l'assurée a été transférée au service des urgences gynécologiques pour une césarienne d'urgence et a accouché d'un garçon de 540 gr. L'assurée était d'accord avec la mise en place d'une curatelle pour l'enfant dès la naissance. Après l'intervention, l'assurée était restée hospitalisée en gynécologie. Elle montrait encore une anosognosie importante en lien avec sa grossesse, demandant à rentrer directement chez elle. Vu l'amélioration clinique et le fait que l'assurée allaitait son bébé, il avait été mis progressivement fin au traitement par Haldol et Temesta. Par la suite, l'état avait bien évolué, l'assurée étant restée stable sur le plan thymique, était plus organisée et cohérente au niveau de sa pensée.

20. Le Dr G_____ ayant résilié le mandat d'expertise, l'OAI a mandaté le docteur J_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, en tant qu'expert. Sur la base de trois entretiens en mars, avril et mai 2016, l'expert a retenu, dans son rapport du 19 mai 2016, les diagnostics de trouble schizotypique, trouble de la personnalité, à caractère sévère et émotionnellement labile de type borderline, de précarité psychique et sociale ayant un lien et des répercussions directes bien fragilisantes sur la sévérité des troubles de la personnalité mixte dyssociale et émotionnellement labile de type borderline, perturbant la vie quotidienne de l'expertisée depuis l'adolescence. Le trouble schizotypique et le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline rendaient l'état psychique de l'assurée très fragile. Les phénomènes éventuels de dépersonnalisation pour le trouble schizotypique et les états de stress extrême pour le trouble de personnalité borderline amenaient un risque élevé que l'assurée ne pût gérer les relations interpersonnelles. Elle pouvait ainsi mettre en danger un projet professionnel ou une place de travail. Ses troubles étaient susceptibles d'être traités par une psychothérapie à long terme et un éventuel traitement pharmacologique. Toutefois, l'assurée n'en voyait pas la nécessité pour l'instant. Le pronostic de l'évolution du trouble était dès lors réservé, notamment en raison des éléments ressortant du dernier séjour psychiatrique aux HUG. Toutefois, progressivement, certains éléments du cadre avaient contribué à améliorer l'état de santé de l'assurée au point que la médication psychotrope mise en place pendant le séjour avait été stoppée vers la fin au vu de la bonne évolution. La capacité de travail était de 50 % avec un horaire fractionné en demi-journées. L'assurée pourrait travailler dans le domaine du secrétariat, mais uniquement dans des tâches simples n'exigeant pas des tâches d'organisation et de planification complexes, où en tant qu'esthéticienne. L'assurée présentait en effet des difficultés cognitives frontales dans la planification des tâches, comme les examens neuropsychologiques l'avaient mis en évidence. Parallèlement, il était important que l'assurée pût adhérer à un traitement de type psychothérapie sur le long terme, afin de l'aider à un meilleur fonctionnement de ses relations interpersonnelles et se donner de meilleures chances de réussir dans différents domaines de sa vie. Dans les difficultés fonctionnelles psychiques, l'expert a mentionné que l'assurée ne se rendait pas compte que son comportement pouvait provoquer des malentendus fréquents, de l'énervement ou la rupture des

liens relationnels, considérant que les autres personnes ne la comprenaient pas. Son fonctionnement psychique l'amenait à une attitude de type projectif, à savoir que les autres devaient modifier leur attitude ou leur manière de penser afin de mieux la comprendre. Ce fonctionnement se répétait également avec les membres de la famille, ses parents ou sa fratrie. Les difficultés de l'assurée à prendre du recul étaient sévères. Lorsqu'elle avait travaillé en tant qu'indépendante, elle n'avait pas eu beaucoup de succès à cause de l'absence d'un cadre journalier, ayant besoin de se sentir rassurée par des repères professionnels. Dans le cadre d'un emploi, il y avait souvent du stress que l'assurée ne semblait pas gérer sur le moyen et long terme. La seule expérience professionnelle à 100 % en tant que vendeuse avait été un échec, l'assurée arrivant au travail souvent au retard, sans être capable de modifier son comportement. L'assurée aurait besoin d'un accompagnement professionnel sur le moyen et le long terme pour mieux percevoir les repères valables pour tout le monde. De l'anamnèse, il ressort que le père de son enfant se trouvait aux Etats-Unis. Depuis mai 2015, l'assurée était aidée par l'Hospice général. Elle vivait en couple depuis août 2015 n'arrivait toujours pas à gérer les affaires administratives. L'enfant bénéficie également d'une curatelle, demandée par les parents, en raison de la fragilité psychique importante. L'enfant était accueilli pour l'instant chez la demi-sœur maternelle de l'assurée. Début 2015, l'assurée était partie aux Etats-Unis du jour au lendemain sans avoir des contacts sûrs à l'étranger. Elle disait être partie « à l'aventure » et y avoir rencontré un homme qui était gentil et l'avait aidée financièrement sans aucune contrepartie. Elle avait rencontré dans une liaison assez courte de quelques semaines le futur père de son enfant, qui n'avait pas voulu venir en Suisse accompagner l'assurée et reconnaître l'enfant. L'assurée pouvait sortir se promener et rentrer le soir pour dormir sans avoir mangé. Elle s'occupait du ménage de façon irrégulière et attendait son compagnon pour les courses.

21. Le 25 juillet 2016, l'expert a complété son rapport et a précisé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dès le 5 novembre 2015, à savoir le lendemain de sa sortie de l'hôpital psychiatrique. Un travail psychothérapeutique sur le long terme pourrait améliorer l'état de santé psychique et permettre des améliorations progressives de la capacité de travail à 70 %. Il serait souhaitable de refaire une expertise psychiatrique dans cinq ans pour préciser l'évolution et le pronostic.
22. Dans son avis du 27 septembre 2016, le docteur K_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que l'assurée avait une incapacité de travail totale d'avril 2012 au 4 novembre 2015 et une capacité de travail de 50 % dès cette date. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés interpersonnelles, des difficultés à organiser le travail et à respecter les horaires. Le médecin du SMR a enfin considéré que l'expertise psychiatrique était convaincante.

23. Le 23 janvier 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière de février 2014 à février 2016 et, dès mars 2016, une demi-rente. Ce faisant, il a considéré que son état de santé s'était amélioré le 5 novembre 2015.
24. Par courrier du 1^{er} mars 2017, l'assurée, représentée par sa curatrice, a contesté le projet de décision, en ce qu'il était fondé sur une capacité de travail de 50 % dès le 5 novembre 2015. Ce faisant, elle s'est fondée sur un rapport de la doctoresse L_____, généraliste, qui suivait l'assurée depuis environ une année, et une attestation du Centre de psychothérapie de recherche et de prévention de la violence (ci-après: M_____). L'état de santé de l'assurée ne s'était jamais amélioré. Son parcours professionnel chaotique en témoignait. Elle n'avait par ailleurs jamais réussi à s'investir dans une thérapie de manière durable. L'absence de compliance était démontrée par une hospitalisation non-volontaire aux HUG du 23 octobre au 4 novembre 2015. L'équipe soignante avait alors constaté une anosognosie importante. Au demeurant, l'expert a admis que ce séjour avait mis en évidence la complexité et la sévérité des troubles psychiques ayant un impact direct sur le quotidien et les différents domaines de la vie de l'assurée. Plusieurs médecins ont mentionné la difficulté à suivre l'assurée, dès lors qu'elle ne se rendait pas aux séances ou se mettait en rupture de consultation, comme cela ressortait aussi de l'expertise. L'expert lui-même avait indiqué que l'assurée était arrivée avec 60 minutes de retard au rendez-vous prévu et qu'elle minimisait cette situation. L'expert avait également mis en évidence cinq éléments des manifestations du trouble schizotypique, alors que trois étaient suffisants pour poser ce diagnostic. En dépit de cela, il avait conclu de façon surprenante à une capacité de travail de 50% dès le 5 novembre 2015 alors que l'assurée n'avait jamais été en mesure de garder un emploi plus de deux mois, même à temps partiel, et sans que l'expert expliquât en quoi son état de santé s'était amélioré.
25. A son opposition au projet de décision, la curatrice a annexé le courrier du 20 février 2017 que lui a adressé M_____, selon lequel l'assurée s'était adressée de manière spontanée à cette association. Les psychologues, Mesdames N_____ et O_____, ont constaté les grandes difficultés de l'assurée à structurer sa pensée et à se représenter les espaces et le temps. De ce fait, son suivi avait été très irrégulier, avec plusieurs rendez-vous annulés, déplacés et des absences non excusées. Elles ont néanmoins maintenu un lien, principalement par contact téléphonique en raison de la grande désorganisation et la fragilité psychique de l'assurée.
26. Selon le courrier du 24 février 2017 de la Dresse L_____ à l'OAI, annexé à l'opposition, l'assurée souffrait d'une pathologie d'ordre psychotique qui affectait beaucoup son quotidien et ses relations sociales. Malgré une apparence de normalité, elle avait une grande difficulté à établir des relations avec sa famille et dans le domaine professionnel. Elle était dans le déni complet de sa pathologie. Son incapacité de travail était totale en raison du manque d'organisation, de l'incapacité à respecter les horaires et les rendez-vous, le manque de concentration et de

résistance au stress. Par conséquent, il y avait lieu de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière.

27. Dans son avis médical du 26 mai 2017, la doctoresse P_____ du SMR a considéré que l'attestation de la Dresse L_____ n'amenait pas d'éléments cliniques nouveaux, si bien qu'il n'y avait pas lieu de modifier la prise de position du SMR.
28. Par décision du 10 août 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision précité, en se fondant sur l'expertise et l'avis du SMR.
29. Par acte du 14 septembre 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de ses curateurs, en concluant à son annulation et, implicitement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sans limite dans le temps. A titre préalable, les curateurs ont conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Ils ont allégué que les conclusions de l'expert n'étaient pas convaincantes, au vu de la sévérité des diagnostics psychiatriques posés. L'expert avait lui-même qualifié le trouble de la personnalité de sévère. Concernant le trouble schizotypique, cinq manifestations de ce trouble étaient présentes, alors que trois étaient suffisantes pour poser le diagnostic. L'expert avait aussi admis que les difficultés psychiques avaient un impact réel, direct et sévère sur la conservation d'une place de travail à long terme, et que les phénomènes de dépersonnalisation transitoire pouvaient réellement mettre en danger les relations interpersonnelles, amenant l'assurée en conflit avec ses collègues et la hiérarchie de travail. Certes, la recourante devrait s'investir dans la thérapie. Toutefois, comme cela était indiqué dans l'expertise, elle ne voyait pas la nécessité de s'y investir, étant anosognosique de son état. Enfin, l'expert n'avait pas motivé l'amélioration de l'état de santé avec la récupération d'une capacité de travail de 50 %.
30. Dans sa réponse du 13 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise psychiatrique et en considérant que l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante avait été pris en compte. La recourante ne faisait pas état dans ses écritures d'une atteinte ou d'éléments médicaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction. Cela étant, la mise en valeur d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était objectivement exigible.
31. Par écriture du 14 décembre 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions, en contestant la valeur probante de l'expertise du Dr J_____. Outre le fait que cette expertise n'était pas convaincante, voire contradictoire, elle était contredite par les rapports de la Dresse L_____ du 24 février 2017 et de l'association M_____ du 20 février 2017.
32. Par ordonnance du 8 février 2018, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et a mandaté pour ce faire la doctoresse Q_____, psychiatre et psychothérapeute FMH.
33. Dans son rapport reçu le 21 septembre 2018, l'experte a posé le diagnostic de schizophrénie simple. Les limitations fonctionnelles étaient une hypoactivité, un

retrait social, un appauvrissement de la pensée, des troubles mnésiques, une diminution des facultés d'apprentissage, une anosognosie et un déni. Ces limitations se manifestaient de façon uniforme dans tous les domaines de sa vie (personnelle, sociale, professionnelle et loisirs). La capacité de travail était nulle et la mise à profit de la capacité de travail ne serait pas supportable pour un employeur ou la société. Cette capacité ne s'était pas améliorée depuis le 5 novembre 2015, à savoir depuis la sortie de la recourante de l'Unité psychiatrique des HUG. Un soutien psychothérapeutique était par ailleurs nécessaire, la recourante étant fragile sur le plan psychique. La psychothérapie était toutefois destinée à soutenir la recourante et non à la guérir. Au demeurant, la recourante était régulièrement suivie par un psychiatre. Il s'agissait en outre d'un trouble qui répondait mal aux traitements médicamenteux. La maladie était chronique à pronostic réservé, selon l'état actuel des connaissances médicales. Concernant l'expertise du Dr J_____, l'experte judiciaire s'est étonnée que ce médecin eût conclu à une capacité résiduelle de travail. Elle a ensuite discuté les diagnostics retenus par cet expert et expliqué pourquoi elle s'en écartait. Les symptômes s'étaient clarifiés avec le temps dans le sens d'un trouble qui allait au-delà d'un trouble de la personnalité sur le plan du fonctionnement dans tous les domaines de l'existence de la recourante. Quant aux différents types de schizophrénie, le diagnostic était souvent posé non pas au bout de quelques mois, mais au bout de quelques années, avec le recul. Actuellement la recourante souffrait d'un trouble psychotique franc, chronique et invalidant sur tous les plans. L'experte a à cet égard relevé que la recourante était arrivée en retard au premier rendez-vous, puis était venue à un rendez-vous qui avait été annulé et déplacé. Peu avant le rendez-vous suivant, elle avait demandé à l'experte l'adresse exacte du cabinet médical et lui avait confié de ne pas avoir mémorisé celle-ci. Elle avait également manqué le premier rendez-vous aux tests neuropsychologiques. Lors des entretiens, une impression générale de « floutage » s'installait, la recourante étant incapable de répondre avec précision, dès qu'on entrait dans les détails, quel que soit le domaine évoqué. À la question de savoir pourquoi son fils était placé en famille d'accueil, elle avait répondu en souriant qu'elle n'en savait rien, puis, que les HUG pensaient qu'elle ferait du mal à son enfant, tout en affirmant qu'elle était en mesure de s'en occuper et qu'elle voulait récupérer le droit de garde. Elle désirait fonder une famille avec son ami, avoir d'autres enfants et mener une vie normale. Sur le plan professionnel, elle considérait qu'elle ne posait aucun problème à ses employeurs. Si elle ne travaillait pas, c'était à cause d'événements extérieurs sur lesquels elle n'avait pas de prise (restructuration professionnelle, conflits avec d'autres employés qui étaient caractériels etc.). Elle-même n'avait aucun problème. Petit à petit, l'experte était gagnée par un sentiment de bizarrerie, la recourante abordant des sujets importants tels que la garde de son fils dans une totale non-conscience des aspects pratiques y liés et étant déconnectée d'une partie de la réalité. Il n'y avait cependant pas d'élément en faveur d'hallucinations visuelles, auditives ou cénesthésiques, de vol de la pensée, d'automatisme mental, d'idées de référence, de

croyances bizarres ou magiques, ainsi que de perceptions bizarres. Elle relatait des épisodes de tristesse et d'angoisse dans sa vie, sans mettre ces épisodes au premier plan. Une tristesse n'était pas non plus perceptible pendant les entretiens ni une dévalorisation excessive. Elle n'avait pas confiance dans les gens mais la confiance en elle était bonne. Parfois elle se sentait si bien qu'elle dépensait et voyageait. Il y avait une bonne compréhension des questions et une bonne collaboration. La recourante était souriante mais son regard trahissait un certain état d'angoisse. Il y avait une bizarrerie de contact, sans évitement. La concentration était fluctuante avec des troubles mnésiques, des éléments biographiques flous et des dates peu précises. L'experte a également constaté une non-congruence entre le contenu du discours et les affects exprimés, lorsque la recourante avait raconté son agression à Rome en souriant. Elle avait banalisé cet événement et en était apparemment détachée.

34. Au cours de l'expertise, la recourante a également fait l'objet d'un bilan neuropsychologique, lequel a conclu à un défaut de la mémoire épisodique verbale et non-verbale (apprentissage et stockage de l'information). Cliniquement, Madame R_____, neuropsychologue a également noté un possible manque d'organisation dans le fonctionnement au quotidien, la patient étant arrivée très tard au rendez-vous et ayant manqué le premier rendez-vous. L'efficacité intellectuelle se situait dans la zone dite moyenne faible.
35. Dans ses écritures du 14 novembre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions sur la base de l'expertise judiciaire.
36. Dans un avis médical du 13 novembre 2018, la doctoresse S_____ a relevé que le status psychiatrique n'avait pas mis en évidence des éléments de sévérité, hormis des troubles de la concentration et des troubles mnésiques. Les éléments de gravité de la schizophrénie, notamment hallucinations et désorganisation de la pensée n'étaient pas retrouvés, ce qui ne permettait pas de parler d'un trouble psychotique franc comme retenu par l'experte judiciaire. Elle ne justifiait pas la sévérité des diagnostics retenus et n'argumentait pas pourquoi elle s'écartait du diagnostic du Dr J_____ et des conclusions de ce dernier sur la capacité de travail. Contrairement à ce que l'experte avait indiqué, l'assurée n'était pas limitée dans tous les domaines de la vie, puisqu'elle conservait des loisirs sous forme de voyages planifiés en dernière minute de sorte à pouvoir toujours assister aux visites hebdomadaires de son fils. Cela parlait en défaveur d'une désorganisation de la pensée et d'un trouble anxieux. Par ailleurs, le bilan neuropsychologique effectué le 19 juin 2018 était meilleur que celui du 7 janvier 2013, dès lors qu'il n'y avait pas de difficulté exécutive contrairement à ce qui avait été mis en évidence en 2013. L'état de santé était ainsi presque amélioré. L'incapacité de travail totale retenue n'était en outre motivée à aucun endroit dans le rapport d'expertise, alors que le Dr J_____ avait repris des éléments objectifs pour qualifier la sévérité des troubles et fixer la capacité de travail à 50 %, en faisant le lien entre les diagnostics et les répercussions sur la vie quotidienne et professionnelle.

37. Par écritures du 15 novembre 2018, l'intimé a également persisté dans ses conclusions sur la base de l'avis du SMR précité. Il a dénié une valeur probante à l'expertise de la Dresse Q_____ en raison des incohérences, discordances entre les diagnostics retenus et la gravité effectivement constatée cliniquement, ainsi que de l'absence de conclusions dûment motivées.
38. Par écriture du 30 novembre 2018, la recourante a requis l'audition de l'experte judiciaire, tout en persistant dans ses conclusions.
39. 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) 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).

La compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 56ss LPGA).
3. Est litigieux en l'occurrence le droit à une rente d'invalidité de la recourante.
4. 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 1^{er} janvier 2008).

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).

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 (art. 28 al. 2 LAI).
6. 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 particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

7. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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).

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

les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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.

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

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).

d. 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).

9. En l'occurrence, l'experte judiciaire pose le diagnostic de schizophrénie et estime que la capacité de travail est nulle. Dans les limitations fonctionnelles, elle mentionne une hypoactivité, un retrait social, un appauvrissement de la pensée, des troubles mnésiques, diminution des facultés d'apprentissage, anosognosie et déni. La mise à profit de la capacité de travail ne serait pas supportable pour un employeur et la société. Il n'y a par ailleurs pas non plus d'amélioration de l'état de santé depuis novembre 2015. Il s'agit d'une maladie chronique répondant mal aux

traitements médicamenteux et à pronostic réservé, selon l'état actuel des connaissances médicales.

10. a. Cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en connaissance du dossier médical complet, prend en considération les plaintes de la recourante, et repose sur un examen clinique approfondi, ainsi que des entretiens avec les médecins traitants et la mère de cette dernière. Enfin, l'expertise contient des conclusions motivées et cohérentes.

b. L'intimé reproche toutefois à cette expertise des incohérences, des discordances entre les diagnostics retenus et la gravité effectivement constatée cliniquement, ainsi qu'un manque de motivation des conclusions. Selon le SMR, il ne ressort du status psychiatrique pas d'éléments de sévérité hormis des troubles de la concentration et des troubles mnésiques. Notamment les éléments de gravité de la schizophrénie, telles que des hallucinations et une désorganisation de la pensée font défaut. La recourante ne présente donc pas un trouble psychotique franc comme l'admet l'experte judiciaire. Celle-ci n'explique pas non plus pourquoi elle s'écarte du diagnostic du Dr J_____, ainsi que de ses conclusions sur la capacité de travail. Par ailleurs, dès lors que l'experte judiciaire n'a pas retrouvé les éléments du trouble de la personnalité borderline, cela pourrait constituer un indice pour une compensation de ce trouble. La recourante n'est pas non plus limitée dans tous les domaines de la vie, puisqu'elle conserve des loisirs sous forme de voyages planifiés en dernière minute et de sorte à pouvoir toujours assister aux visites hebdomadaires de son fils. Cela parle en défaveur d'une désorganisation de la pensée et d'un trouble anxieux. Enfin, le bilan neuropsychologique effectué le 11 juin 2018 est meilleur que celui de janvier 2013, dès lors que seul un défaut de la mémoire épisodique verbale et non verbale est retrouvé. Le SMR considère dès lors que l'état de santé ne s'est pas péjoré depuis l'expertise du Dr J_____.

c. En premier lieu, il convient de relever que le diagnostic de schizophrénie a déjà été posé par la clinique La Métairie où la recourante a séjourné fin 2008 et début 2009. Au demeurant, la qualification précise de la maladie psychique de la recourante peut rester ouverte, seule étant déterminante sa répercussion sur la capacité de travail.

Une bizarrerie de contact et une interprétativité sub-délirante, ainsi que des difficultés à organiser la journée et à planifier les activités sont constatées également lors de l'hospitalisation de la recourante en novembre 2012. Les soignants sont frappés par une incongruence majeure entre affect et humeur, la recourante souriant tout au long des entretiens, même lorsque les sujets abordés sont de nature très triste. Il y a également une forte impulsivité. Au demeurant, pendant cette hospitalisation sont évoqués des traits d'allure psychotique, ce qui va aussi dans le sens d'une schizophrénie. Lors du bilan neuropsychologique de janvier 2013, la recourante arrive systématiquement en retard aux séances et a de la difficulté à tenir compte des temps de déplacements.

Le Dr C_____ relève, dans son rapport du 20 septembre 2013, que l'assurée a d'importantes difficultés pour tout ce qui est horaire, engagements et parole donnée, ce qui se manifeste par des contre-attitudes de ses employeurs, parents et amis. Selon ce médecin, seul un travail dans un environnement professionnellement pas trop exigeant, sans pression pour le rendement et sans responsabilités est possible.

Lors d'une intervention psychiatrique en date du 24 novembre 2013, une bizarrerie de contact avec des sourires inadéquats est constatée. Les discours de la recourante sont très dispersés avec des plaintes multiples non-cohérentes.

Dans son rapport de novembre 2013, le Dr D_____ fait état d'un dysfonctionnement profond du comportement, alliant passivité, indifférence face à la réalité et agressivité lorsque la recourante n'obtient pas immédiatement satisfaction de ses besoins. Elle affiche une apparente bonne humeur malgré une situation peu satisfaisante. Le Dr D_____ constate aussi un évitement, une fuite de la réalité et une anosognosie. La capacité de travail est nulle selon ce médecin.

À la suite d'une crise clastique, la recourante est hospitalisée le 13 février 2014 aux HUG. Il est fait état de sa violence lorsqu'elle demande de l'argent à ses parents sans obtenir satisfaction.

Lors de son hospitalisation du 23 octobre au 4 novembre 2015 aux HUG, il est mentionné qu'elle présente une agitation et des propos incohérents, nécessitant l'introduction d'un traitement par Haldol. La recourante banalise sa situation et ses problèmes de santé, notamment les risques liés à la grossesse. Après la naissance de l'enfant, il est mis progressivement fin au traitement par Haldol et Temesta, au vu de l'amélioration clinique et du fait qu'elle allaite son bébé. Par la suite, l'assurée est restée stable sur le plan clinique, plus organisée et cohérente au niveau de la pensée. Pendant ce séjour, les médecins constatent aussi des troubles psychotiques tels qu'une incongruence psycho-affective (la recourante souriant et rigolant quand la possibilité de complications neurologiques chez son enfant ou le risque pour la vie sont évoqués), une interprétativité et une projectivité. Il y a aussi des perturbations importantes au niveau de son raisonnement et une grande immaturité. Enfin, durant son hospitalisation elle est mise sous curatelle.

Il est également à noter que l'expertise du Dr J_____ mentionne que les phénomènes éventuels de dépersonnalisation et les états de stress extrêmes amènent un risque élevé que l'assurée ne puisse plus gérer les relations interpersonnelles. Au demeurant, le pronostic de cet expert est réservé, notamment en raison des éléments ressortant du dernier séjour psychiatrique aux HUG. Les difficultés de la recourante à prendre du recul sont sévères, si bien qu'elle met en danger les chances de réussir les relations affectives ou sociales ou sur le plan professionnel. Les tensions à ce niveau deviennent rapidement fortes, la recourante ayant beaucoup de peine à prendre le point de vue de l'autre. Lors de sa seule expérience professionnelle à 100 % en tant que vendeuse, elle arrivait souvent en retard, sans être capable de

modifier son comportement. Selon le Dr J_____, elle aurait ainsi besoin d'un accompagnement professionnel à moyen et long terme. Par ailleurs, son enfant est mis sous curatelle, en raison de la fragilité psychique de la recourante. Enfin, l'assurée est arrivée avec soixante minutes de retard au rendez-vous de cet expert.

La Dresse L_____ atteste le 17 février 2017 que la recourante souffre d'une pathologie d'ordre psychotique qui affecte beaucoup son quotidien et ses relations sociales. Elle présente une grande difficulté à établir des relations avec sa famille, ainsi que dans le domaine professionnel et est dans le déni complet de sa pathologie. Son incapacité de travail est totale en raison du manque d'organisation, de l'incapacité à respecter les horaires et les rendez-vous, le manque de concentration et de résistance au stress. Son incapacité de travail est dès lors totale selon ce médecin.

Il ressort de ces rapports médicaux et expertises que le dysfonctionnement social et professionnel de la recourante est sévère, dès lors qu'elle entre rapidement en conflit avec ses employeurs et n'arrive pas à respecter des horaires, si bien qu'elle n'a jamais réussi à garder un emploi durablement. Au demeurant, elle est sous curatelle, ainsi que son enfant, étant incapable de gérer sa vie et de s'occuper de son enfant. Par ailleurs, il est étonnant que le Dr J_____ considère que les troubles sont susceptibles d'être traités par une psychothérapie à long terme. En effet, de l'avis unanime des médecins, la recourante est anosognosique et n'arrive pas à respecter les rendez-vous médicaux. Elle est aussi arrivée très en retard au premier entretien de l'expertise judiciaire, ainsi qu'avec la neuropsychologue et a manqué le premier rendez-vous avec cette dernière. Dans ces conditions, une thérapie suivie semble impossible. En tout état de cause, s'agissant de troubles psychotiques, il ne pourrait s'agir que d'une psychothérapie de soutien, de tels troubles n'étant en principe pas guérissables.

Il est pour le surplus étrange que le Dr J_____ retienne une amélioration durable de la santé après l'hospitalisation non volontaire de la recourante aux HUG du 23 octobre au 4 novembre 2015. S'il est vrai que son status à la sortie était amélioré, elle présentait toujours une incongruence idéo-affective évidente et une anosognosie partielle. Rien ne permettait de considérer que la recourante était alors capable de reprendre une activité professionnelle à 50 %, après avoir été traitée pour des troubles psychiques graves qui ne pouvaient être considérés comme guéris. Par ailleurs, si le traitement neuroleptique a été interrompu durant cette hospitalisation, cela tenait uniquement au fait que la recourante voulait allaiter son enfant. À noter également que cet expert a lui-même relevé dans son expertise, en le mettant en gras et en le soulignant, après avoir résumé le rapport de sortie des HUG relatif à l'hospitalisation en 2015,

« Ce dernier séjour en psychiatrie de [la recourante] met en évidence la complexité et la sévérité des troubles psychiques ayant un impact direct sur son quotidien et sur différents domaines de sa vie, à savoir, conjugal, personnel, interpersonnel, son

incapacité de trouver un travail depuis de nombreux mois, isolement social également. » (expertise J_____ p. 12).

Il ressort en outre du rapport de M_____ du 20 février 2017, que la recourante a toujours de grandes difficultés à structurer sa pensée et à se représenter les espaces et le temps. Un suivi régulier est impossible, plusieurs rendez-vous ayant dû être annulés et déplacés. Les absences ne sont souvent pas excusées. La Dresse L_____ atteste également le 24 février 2017 que la recourante a toujours une grande difficulté à établir des relations avec sa famille et dans le domaine professionnel. Elle est dans le déni complet de sa pathologie et incapable de travailler en raison en particulier du manque d'organisation, de l'incapacité de respecter les horaires et les rendez-vous, le manque de concentration et de résistance au stress.

Il est toutefois vrai que la recourante est capable d'acheter des billets d'avion sur internet et de partir dans différents pays, et donc de respecter les horaires des avions, ainsi que de s'organiser pour ne partir qu'entre deux visites hebdomadaires de son fils. Il ne semble pas non plus qu'elle soit en retard lors de ces visites. Il n'en demeure pas moins que lorsqu'elle manque de motivation, pour se rendre chez le médecin ou au travail, la recourante est incapable de respecter des horaires, comme cela a été mis en exergue par tous les médecins et les neuropsychologues, sans que l'on puisse imputer son comportement à un manque de volonté. De surcroît, le fait d'entreprendre seule de nombreux voyages en avion, décidés en dernière minute en fonction du prix des billets, ne peut être considéré comme un loisir « normal ».

Il appert de ce qui précède que le Dr J_____ est, avec le SMR, le seul médecin à considérer que la recourante présente une capacité de travail résiduelle. La chambre de céans ayant jugé cette conclusion incohérente au vu des dysfonctionnements majeurs de la recourante et de plusieurs hospitalisations, elle a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En ce qui concerne le médecin du SMR, il convient de relever qu'il n'est pas spécialiste en matière de psychiatrie et qu'il a en réalité substitué son appréciation à celle de l'experte judiciaire.

Enfin, les indicateurs jurisprudentiels pour juger du caractère invalidant des atteintes psychiatriques sont en l'occurrence à l'évidence remplis, de sorte qu'il peut être renoncé à les examiner dans les détails.

Ainsi, il convient de constater que les conclusions de l'expertise psychiatrique sont cohérentes et convaincantes, si bien qu'une incapacité de travail totale doit être retenue.

11. Cela étant, il convient de reconnaître à la recourante le droit à une rente d'invalidité entière sans limite dans le temps, six mois après la réception de sa demande le 29 août 2013 (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit dès février 2014.
12. Le recours sera ainsi admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès février 2014.

13. Dès lors que l'intimé succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 10 août 2017.
4. Met la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter de février 2014.
5. Condamne l'intimé à un émolument de justice de CHF 200.-.
6. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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