RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3863/2019 **ATAS/131/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 février 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA — recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, est mère d'un fils né en mars 2016.

   Selon son extrait de compte individuel AVS, elle a réalisé des revenus inférieurs à CHF 5'000.- de 1993 à 2015, sauf en 1994 (CHF 11'053.-) ; en 1997 (environ CHF 12'000.-), en 1998 (environ CHF 41'000.-) ; en 1999 (environ CHF 37'000.-) ; en 2000 (environ CHF 42'000.-) ; en 2001 (environ CHF 67'000.-), en 2004 (environ CHF 29'000.-) et 2010 (CHF 19'677.-).

2. Le 11 octobre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), invoquant un état anxio-dépressif dans le cadre d'un état de stress post-traumatique depuis 2009. Elle a indiqué avoir travaillé en tant qu'infirmière jusqu'en juin 2008.

3. Dans un rapport du 22 février 2018, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a établi l'anamnèse familiale de l'assurée, qui décrivait une enfance et une adolescence difficiles et conflictuelles, et disait avoir été une enfant turbulente, hyperactive. Son ami avait subi un accident vasculaire-cérébral (AVC) avec des séquelles d'hémiplégie et une aphasie globale. Elle était restée à ses côtés pendant 5 ans, dans des conditions certainement traumatiques en raison de l'épuisement physique et affectif. Dans ce contexte, elle avait été suivie par sa généraliste, qui la traitait par homéopathie car elle était réticente à toute approche pharmacologique. Elle avait été adressée au Dr B_____ en mai 2012. Les tests neuropsychologiques montraient un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Elle présentait également des signes d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) évoluant de façon chronique depuis l'AVC de son ami, ainsi qu'une thymie franchement dépressive et une insomnie sévère. L'assurée n'avait pas pu envisager une activité professionnelle, restant envahie par la souffrance liée aux soins de son ex-ami. Ainsi, malgré ses capacités cognitives et intellectuelles, un travail dans le domaine infirmier éminemment clinique ou dans un travail commercial devait être évité. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée depuis 2008. Le Dr B_____ pensait que l'assurée devrait bénéficier d'une demi-rente d'invalidité et parallèlement d'un projet de réinsertion professionnelle à mi-temps, peut-être dans le domaine de la santé publique, la prévention, la petite enfance, dans les soins à domicile ou dans le domaine scolaire. Les diagnostics étaient ceux de syndrome de stress post-traumatique, modification durable de la personnalité, de syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité (F 90.0) et de personnalité à traits obsessionnels et émotionnellement labiles.

4. Par courrier du 22 juin 2018, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI qu'une rente d'invalidité complète devrait être allouée à l'assurée, avec une reconversion professionnelle dès qu'elle serait en état de la demander. En effet, ces derniers mois, malgré un traitement bien investi, l'assurée montrait des fluctuations dans son état clinique, au vu desquelles tout projet de réinsertion était déconseillé.

5. Dans une note du 31 octobre 2018, l'OAI a retenu un statut mixte avec un taux d'activité à 60 %, soit le taux indiqué par le Dr B_____.

6. Le 31 octobre 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait mettre en œuvre une expertise psychiatrique et lui a imparti un délai pour compléter les questions de l'expertise et faire valoir des motifs de récusation à l'encontre de l'expert, qu'il n'a pas désigné nommément.

7. A la même date, l'Hospice général a indiqué à l'OAI que l'assistance en faveur de l'assurée avait été suspendue en raison de son concubinage. Elle n'avait jamais déposé une demande pour sa famille.

8. Le 12 novembre 2018, l'assurée a invité l'OAI à lui préciser si l'expert qui l'examinerait était psychiatre et spécialisé en trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et psycho-traumatologie.

9. Le 15 novembre 2018, le Centre d'expertise médicale de Lancy (CEML) a convoqué l'assurée à l'expertise, précisant qu'elle serait réalisée par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

10. Le 19 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée que le CEML était reconnu par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), et que le Dr C_____ disposait d'un titre de spécialiste en psychiatrie.

11. Après avoir examiné l'assurée le 4 décembre 2018, le Dr C_____ a rendu son rapport le 12 mars 2019. L'assurée avait spontanément déclaré souffrir d'une difficulté de planification et de gestion de son quotidien, d'angoisses et d'une fatigabilité en lien selon ses dires avec une anémie ferriprive. Les facteurs de stress selon l'assurée étaient son avenir professionnel et ses difficultés à gérer son quotidien à cause de son état de santé.

    L'expert relevait une divergence manifeste entre l'appréciation objective de l'état clinique de l'assurée et les antécédents anamnestiques dans le dossier mis à disposition. S'agissant du diagnostic de syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité, il constatait que l'assurée restait calme, posée, sans agitation ni distractibilité dans son comportement. Elle évoquait en outre une reprise professionnelle à 50 %, sans craindre de surcharge.

    Un bilan neuropsychologique a été réalisé durant quelque trois heures le 15 janvier 2019 par Madame D_____, neuropsychologue, et ses résultats ont été intégrés dans le rapport du Dr C_____. Dans ce contexte, Mme D_____ a rapporté les résultats d'un bilan réalisé en 2013 par Madame E_____, psychologue FSP, laquelle avait alors conclu à l'hypothèse d'un TDAH.

    Sur le plan cognitif, l'assurée se plaignait de difficultés de planification et de concentration. Elle n'arrivait pas à finir une tâche et elle commençait beaucoup de choses en même temps. Elle se sentait rapidement débordée, car elle n'arrivait pas à prioriser les tâches. Sur le plan relationnel, elle avait de la peine à gérer les conflits car elle mettait du temps à gérer un problème, elle ruminait énormément sur

certains problèmes. Elle décrivait une bonne mémoire et un bon fonctionnement au quotidien. Quand on lui demandait si elle se voyait travailler, elle répondait par l'affirmative, mais pas à plus de 50 % car elle devait s'occuper de son fils. Elle pourrait augmenter ce taux une fois qu'il serait grand, mais pas à 100 % car elle pensait que cela serait néfaste pour sa santé.

En comparaison avec les données relatées par Mme E_____, qui avait relevé des troubles attentionnels et exécutifs, la présente évaluation révélait une superposition sur le plan de la logorrhée et des répétitions des mots en mémoire. L'attention soutenue était superposable même si Mme D_____ n'avait pas pratiqué les mêmes tests que Mme E_____, laquelle n'était pas spécialiste en neuropsychologie et avait conclu au caractère déficitaire de certaines performances qui ne l'étaient pas selon les critères établis par l'Association Suisse des Neuropsychologues. Partant, le bilan et les conclusions de 2012 devaient être considérés avec prudence selon Mme D_____.

En conclusion, les troubles étaient de nature légère. Bien que les paramètres de l'hyperactivité n'aient pas spécifiquement été testés et mesurés, le tableau, tant sur le plan des résultats aux tests que du comportement de l'assurée en séance et de son parcours de vie, n'était pas évocateur d'un TDAH. On pouvait tout au plus retenir un trouble attentionnel, mais il pouvait être plurifactoriel compte tenu de ses antécédents psychopathologiques. Sur le plan de l'employabilité, un degré d'incapacité de travail de 20 % au maximum pouvait être retenu. Ainsi, l'activité d'infirmière était exigible, si le contexte était sans notion d'urgence ou de stress, comme cela était le cas par exemple dans un EMS, dans une entreprise en tant qu'infirmière du personnel ou dans une école,

L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble de l'adaptation, avec prédominance de la perturbation des émotions (F 43.23) ; et une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F 62.1).

Au vu du tableau clinique à ce jour et du dossier médical, le Dr C_____ ne constatait pas de signes cliniques en lien avec un diagnostic de PTSD. A l'examen, le Dr C_____ ne retenait pas de symptômes ou signes de TDAH.

L'expert objectivait au jour de l'expertise des limitations fonctionnelles de type découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation, procrastination et indécision, qui ne justifiaient pas d'incapacité de travail. Le maintien du suivi psychothérapeutique était conseillé mais pas obligatoire au vu de la capacité de travail conservée. Les troubles dont se plaignait l'assurée ne provoquaient pas de limitations dans sa vie au quotidien. Elle était par ailleurs bien entourée socialement et familialement. La grande demande de reconnaissance de sa souffrance psychique et les divergences entre les éléments anamnestiques du dossier et les constatations lors de l'expertise attesteraient, sans que cela ne soit

objectivement démontrable, une recherche de bénéfices secondaires, influençant ainsi de manière négative l'état émotionnel de l'assurée.

Sur le plan psychiatrique, l'expert estimait que la capacité de travail était complète dans l'économie libre. Au plan pratique, vu le déconditionnement au travail de l'assurée depuis plusieurs années, il proposait une reprise progressive avec une capacité de travail de 50 % puis de 100 % dans un délai de 30 jours à partir de la date d'évaluation. Il a répété que l'assurée s'était montrée d'accord pour une reprise du travail. Il n'y avait pas de diminution de rendement.

12. Le docteur F_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), s'est déterminé sur l'expertise dans un avis du 14 mars 2019.

    Il a relevé que l'assurée ne présentait pas d'atteintes à la santé incapacitantes au sens de l'assurance-invalidité selon l'expert. Il constatait une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique, l'examen neuropsychologique et les diagnostics retenus. L'expert discutait les différents diagnostics mentionnés dans le dossier et il se positionnait clairement à l'aide d'éléments objectivables ressortant du status. L'absence d'atteintes sévères à la santé était étayée. Le SMR suivait les conclusions de l'expert, mais il s'écartait toutefois de la reprise progressive de l'activité professionnelle préconisée en raison du déconditionnement, car ceci ne pouvait pas être retenu comme incapacitant. La capacité de travail était complète dans l'activité habituelle et dans toute autre activité.

13. Le 2 avril 2019, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée niant le droit aux prestations en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi

14. A la demande de l'assurée, l'OAI a adressé une copie de l'expertise au Dr B_____ le 25 avril 2019.

15. Par courrier du 20 mai 2019, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI et a requis un délai pour réunir des pièces médicales. Elle a allégué être en incapacité de travail totale.

16. Le 3 juillet 2019, l'assurée, par son conseil, a fait part de ses observations à l'OAI. Elle lui a reproché d'avoir fondé sa position exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr C_____, lequel n'était même pas signé. Elle contestait en outre le statut fixé en référence au taux d'activité de 60 % en tant qu'infirmière en 2010. Elle était déjà gravement atteinte dans sa santé à l'époque. Auparavant, elle travaillait tout en étudiant. Ainsi, les éléments au dossier devaient conduire à la reconnaissance d'un statut d'active.

    Le SMR ne pouvait s'écarter des conclusions de l'expert et écarter la reprise progressive préconisée par ce dernier, dont le rapport n'avait par ailleurs aucune valeur probante. Le Dr B_____ la considérait totalement incapable de reprendre une activité d'infirmière. La dernière activité avait été exercée à 60 % non par choix mais en raison de son atteinte à sa santé. Alors que l'hyperactivité était un élément essentiel du dossier, ce diagnostic avait été écarté sans avoir été testé. On ne

comprenait pas pourquoi le degré d'incapacité de 20 % retenu par Mme D_____ n'avait pas été pris en compte. En outre, l'absence de stress et d'urgences était incompatible avec une activité d'infirmière classique. S'agissant de l'examen de Mme D_____, ses conclusions étaient contradictoires et infondées. Par ailleurs, l'imbrication de son bilan dans le rapport d'expertise psychiatrique rendait sa compréhension difficile.

Elle s'est référée aux carences de l'expertise relevées par le Dr B_____, qui concluait à la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. L'assurée concluait ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Dans le certificat joint du 29 mai 2019, le Dr B_____ s'est dit perplexe face à la méthode d'évaluation clinique de l'expert et à ses conclusions, qui manquaient de rigueur clinique et étaient à la limite de ce que l'on pourrait demander, en termes de formation, à un professionnel de la santé mentale. Le Dr B_____ justifiait cette appréciation en indiquant qu'il confirmait le diagnostic de syndrome du comportement avec hyperactivité. Les médecins du SMR et le Dr C_____ semblaient ignorer l'étiologie, la clinique, et les conséquences du TDAH. Leurs propos montraient une méconnaissance inquiétante, qui n'était pas à la hauteur de la qualité clinique d'une expertise. L'assurée pouvait probablement investir un projet de réinsertion professionnelle, aussi bien dans un autre domaine d'activité que dans son métier d'infirmière, par exemple en tant qu'infirmière scolaire, mais pas travailler dans un milieu clinique.

17. Dans une note du 4 juillet 2019, l'OAI a relevé que selon les salaires ressortant de son compte individuel, l'assurée avait travaillé à plein temps en 2001 et 2002. Il retenait dès lors un statut d'active jusqu'à la naissance de son fils en mars 2016, puis un statut mixte avec une part professionnelle de 50 %.

18. Dans un avis du 6 août 2019, le Dr F_____ a retenu que l'expertise respectait la forme requise par l'OAI. Le rapport du Dr B_____ n'apportait pas d'éléments nouveaux. Ce médecin admettait que le TDAH était compatible avec une formation et une activité et que l'assurée pouvait investir une formation d'infirmière scolaire.

19. Par décision du 16 septembre 2019, l'OAI a confirmé le refus d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles en reprenant la motivation de son projet, complétée par les déterminations du Dr F_____.

20. Par recours du 17 octobre 2019, l'assurée a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise ; principalement à l'annulation de la décision de l'intimé, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2018 ; et subsidiairement à l'annulation de la décision de l'intimé et au renvoi de la cause à l'intimé pour réalisation d'une expertise psychiatrique consensuelle par un spécialiste neutre et indépendant.

    La recourante a soutenu que son incapacité de travail totale était bien antérieure à 2017, date à laquelle elle avait réussi à déposer une demande de prestations.

Le rapport d'expertise avait été soumis à son médecin traitant, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine générale, qui avait émis plusieurs critiques à son encontre et qui avait conclu à une incapacité de travail totale et confirmé les importants handicaps de la recourante dans sa vie quotidienne et ses tâches ménagères.

Le Dr B_____ avait également confirmé la totale incapacité de travail de la recourante dans un rapport du 14 octobre 2019.

Le Dr C_____ était parti de la prémisse erronée que la recourante aurait un statut mixte, et ce dernier avait mal compris les éléments au dossier. Le Dr B_____ n'avait jamais retenu une capacité de travail de 50 % depuis 2008, mais de 100 %. Le Dr C_____ n'avait pas procédé à une étude circonstanciée et approfondie des éléments à disposition, et qu'il avait minimisé sa situation. Son expertise n'avait ainsi aucune valeur probante. La recourante requérait une nouvelle expertise, qui devrait être confiée à un spécialiste en matière de trouble du déficit de l'attention et stress post-traumatique.

Les avis du SMR étaient des raccourcis ne tenant pas compte des éléments rapportés par le Dr B_____.

S'agissant du statut, l'intimé avait sorti de son contexte la déclaration de la recourante, selon laquelle elle souhaitait une reprise professionnelle à 50 % en tant qu'infirmière et s'occuper de son fils pour l'autre 50 %. En effet, le parcours professionnel et scolaire de la recourante avait toujours été instable pour des raisons médicales. Concrètement, suite à l'obtention de son diplôme d'infirmière, la recourante, déjà gravement atteinte dans sa santé, avait travaillé quatre mois à 60 %. Lorsque l'expert lui avait posé la question de l'activité professionnelle, la recourante n'avait pas fait abstraction de son état de santé et avait répondu un taux de 50 % sans comprendre qu'elle devait s'imaginer à quel taux elle travaillerait en bonne santé. Compte tenu de son incapacité totale de travail de longue date, il lui était très difficile de se projeter en s'imaginant sans problèmes de santé. Elle avait travaillé en parallèle à ses études. Par conséquent, il n'y avait pas de raison de limiter le statut d'active à la naissance de son fils. Cela était d'autant plus vrai qu'à la naissance de son fils, la recourante était aidée par l'Hospice général, il était donc manifeste qu'en bonne santé, elle aurait dû travailler à 100 %. Enfin, l'intimé n'avait pas tenu compte du fait que son incapacité de travail totale de longue date avait conduit à « sa déchéance s'agissant de son diplôme d'infirmière », activité qu'elle n'avait exercée que quelques mois en 2010. Elle ne pourrait ainsi pas reprendre un travail ce domaine sans bénéficier de mesures de réinsertion pour une revalidation ou une mise à niveau. L'intimé n'avait jamais calculé le degré d'invalidité et ne s'était pas prononcé sur la période avant expertise. Pour ces motifs également, la décision de l'intimé devait être annulée.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son recours :

a. rapport du 11 février 2013 de Madame E_____, psychologue FSP, neuropsychologue, la recourante se sentait épuisée et déprimée, décrivait une hypersensibilité et un sentiment de tristesse. Elle parvenait à mettre en place de nombreuses stratégies compensatoires. Les résultats, corroborés par la description de la recourante et l'observation clinique, allaient dans le sens d'une hypothèse de TDAH. Les plaintes relatées semblaient s'inscrire dans le cadre d'une perturbation des fonctions attentionnelles et exécutives. Le stress intense dont la recourante avait souffert ces dernières années avait probablement exacerbé ces symptômes, ce qui pourrait expliquer une partie de ses plaintes actuelles.

b. rapport du 8 octobre 2019 de la Dresse G_____, laquelle a indiqué ne pas être d'accord avec les conclusions du Dr C_____ et s'être demandée si ce dernier parlait bien de la recourante. Elle se ralliait à l'avis du Dr B_____. La capacité de travail de la recourante était nulle. Elle n'avait jamais été totale, comme le révélait son parcours professionnel. La recourante n'était pas apte à se réinsérer dans le monde du travail, car elle n'arrivait déjà pas à gérer correctement sa vie quotidienne. Une réinsertion professionnelle pourrait peut-être être envisagée dans le futur, au vu des progrès accomplis après des années de thérapie. Un bilan d'orientation serait utile car il faudrait trouver une activité adaptée, sans stress et sans trop de responsabilités, à un taux maximum de 50 %. Du fait de sa pathologie, la recourante ne pouvait répondre aux impératifs de rendement et ne l'avait jamais pu. L'absence de médication s'expliquait par les nombreuses intolérances et allergies médicamenteuses. La réticence à prendre des médicaments évoquée par le Dr C_____ ne pouvait ainsi être interprétée par un manque de compliance. La recourante souffrait déjà d'un syndrome de PTSD lorsque la Dresse G_____ l'avait connue en 1997. Ce syndrome pourrait résulter de la maltraitance subie au sein de la famille. En effet, dans les PTSD chroniques, il existait des traumatismes multiples et répétés sur une longue période. Le traumatisme en 2008 survenu suite à l'AVC de son ami était un énième choc qui avait réactivé et exacerbé son PTSD et ses autres troubles. Elle appuyait la demande de rente entière d'invalidité de la recourante. En annexe, la Dresse G_____ a résumé l'activité professionnelle de la recourante sur la base de ses notes de suivi depuis 1997.

c. rapport du 14 octobre 2019 du Dr B_____, selon lequel la capacité de travail de la recourante était nulle depuis fin 2008. Cette dernière n'avait jamais travaillé de façon régulière, aussi bien dans ses activités scolaires que professionnelles, instables avec des licenciements plus ou moins rapides ou des arrêts-maladies pour des raisons somatiques, mais toujours dans un contexte de stress psychosocial et professionnel d'une certaine ampleur. Les limitations face à son activité professionnelle habituelle étaient en lien aussi bien avec le TDAH qu'avec le PTSD. La recourante faisait preuve d'une grande émotivité et impulsivité avec des troubles anxiodépressifs, comme une manière dysfonctionnelle de gérer l'adaptation à son trouble. Elle n'était actuellement

pas apte à se réinsérer dans le monde du travail. Si une activité de réinsertion était néanmoins tentée, elle devrait se dérouler dans un cadre professionnel adapté, sans stress psychosocial ou personnel et au plus à 50 %. Les traitements médicamenteux tentés n'avaient pas abouti, en raison d'effets secondaires importants. L'octroi d'une rente d'invalidité accompagnant ces mesures semblait absolument nécessaire.

21. Par réponse du 13 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

    L'appréciation différente des médecins traitants n'était pas déterminante, faute d'éléments objectivement vérifiables de nature clinique ou diagnostique. Les prétendues contradictions relevées par la recourante n'en étaient pas réellement : son appréciation subjective ne pouvait être comparée aux constatations objectives de l'expert. La description objective d'une journée-type démontrait précisément l'absence de perturbations importantes et les contradictions entre les descriptions n'étaient pas imputables à l'expert. Quant au statut retenu, le taux d'activité de 50 % correspondait aux déclarations de la recourante. L'intervention de l'Hospice Général n'était assurément pas un argument pour retenir un statut d'active à 100 %, puisque l'aide financière avait cessé lors de l'installation de la recourante avec son compagnon. Enfin, il n'y avait pas lieu de procéder à une comparaison des gain,s en l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

    L'intimé a produit un avis du 12 novembre 2019 de la doctoresse H_____, médecin au SMR, qui s'est prononcée sur les rapports des Drs G_____ et B_____ en affirmant qu'ils n'amenaient aucun élément médical nouveau.

22. Par réplique du 16 janvier 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions.

    Elle s'est dite bouleversée de la manière dont ses souffrances et ses atteintes étaient balayées. Elle était choquée par le contenu du rapport d'expertise, loin des propos tenus au Dr C_____. Aucune des remarques mentionnées sous les différents symptômes mentionnés ne correspondait à sa réalité.

23. La chambre de céans a entendu les parties le 9 mars 2020.

    La recourante a exposé que son état s'était amélioré par rapport à la période où elle avait commencé à consulter le Dr B_____, mais elle ne se sentait toujours pas capable de travailler. Elle avait beaucoup d'angoisses et de stress. Son état de santé était fluctuant. Elle avait accompli sa formation d'infirmière en cinq ans et demi au lieu de quatre ans, bénéficiant d'un arrangement de la part de l'école à la suite d'une part de problèmes de santé dus à un accident de voiture et aussi de problèmes psychiques à la suite de l'AVC de son ex-compagnon. Elle avait travaillé à plein temps pour un agent de voyage puis pour un horloger, puis elle avait été licenciée. Elle se rappelait avoir consulté un psychiatre alors qu'elle avait entre 23 et 25 ans.

    Ses journées se déroulaient comme suit. Le matin, elle se levait avec son fils et restait à la maison avec lui. Elle l'amenait quatre après-midis par semaine à la crèche, ce qui lui donnait un cadre et l'aidait dans sa gestion du quotidien. Les

médecins lui avaient conseillé de le placer à la garderie car cela était mieux pour lui d'avoir un autre cadre. Cela rassurait aussi le père de l'enfant. Ce placement était aussi bénéfique pour elle, il lui permettait de survivre et de rester stable.

Elle avait de la peine à être à l'heure. Elle avait des troubles du sommeil et avait de la peine à me lever le matin. Elle faisait en grande partie les tâches ménagères mais son mari l'aidait. Ils s'en sortaient, mais c'était chaotique. Elle ne faisait plus du tout d'activités sportives depuis la naissance de son enfant. Avant, elle faisait un peu de jogging, une activité individuelle car elle ne pouvait se consacrer à une activité en groupe en raison des contraintes en termes d'horaires à suivre. Son médecin la poussait à faire du sport. A l'époque où elle était suivie par l'Hospice général, elle avait suivi un cours de céramique qui avait été très bénéfique. Elle avait des relations difficiles avec ma famille, qui était absente et ne la soutenait pas.

L'entretien avec le Dr C_____ avait duré presque trois heures et ne s'était pas très bien passé. Elle était très stressée. Il ne l'a jamais regardée pendant l'entretien mais posait une liste de questions. Elle avait été bouleversée et eu l'impression que ce médecin ne comprenait pas sa maladie, soit une vie entière de souffrances, un parcours chaotique. Elle avait également eu l'impression qu'il niait toutes les thérapies effectuées et le soutien nécessaire jusque-là. Le rapport de l'expert ne contenait pas tout ce que qu'elle avait dit. L'examen avec Mme D_____ s'était bien passé, mais la recourante estimait que ces tests ne reflétaient pas la réalité, car comme l'avait dit le Dr B_____, elle pouvait tenir une performance sur une courte durée, comme c'était le cas avec ce test, dont le résultat aurait pu être très différent le lendemain. Elle ne se sentait pas capable de travailler, même à temps partiel, car elle n'arrivait pas à soutenir un rythme d'activité, elle avait de la peine à se concentrer, était très émotive, fragile et instable psychiquement. Elle avait de la peine à m'adapter. Elle ne pouvait pas à gérer les priorités, gérer les tâches complexes et les multitâches dans la durée. Elle avait aussi de la peine à achever ce qu'elle commençait. Le Dr C_____ lui avait posé une question sur son temps de travail, qu'elle n'avait pas très bien comprise. Il lui semblait avoir évoqué avec lui ce qui avait été discuté à l'époque où elle bénéficiait de l'assistance de l'Hospice général. Sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %. Sa formation lui avait demandé beaucoup d'efforts. Elle avait toujours eu beaucoup de difficultés dans l'apprentissage et dans la réalisation de tâches. Elle n'avait plus de contacts avec des amis. La maladie de son ex-compagnon, qui ne parlait plus, l'avait isolée socialement. Elle était membre du comité de l'association des parents de la garderie de son fils. Son médecin l'avait encouragée à faire cette activité, qui impliquait une séance de comité une fois par mois. Son époux gérait tout l'administratif. Elle était complètement dépendante financièrement de lui. Financièrement, il serait nécessaire qu'elle gagne sa vie. Son mari avait 60 ans et serait à la retraite dans cinq ans. Il s'était engagé à amener leur fils lorsqu'il débuterait l'école, car le cadre horaire était plus strict que celui de la garderie.

24. Le 12 mars 2020, la chambre de céans a invité la recourante à lui communiquer le revenu annuel de son époux et à lui faire transmettre par la Dresse G_____ l'ensemble des rapports relatifs au suivi psychiatrique en possession de cette dernière.

25. Le 4 mai 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a soumis la mission d'expertise. Elle leur a imparti un délai pour se déterminer sur l'expert pressenti et poser des questions complémentaires.

26. L'OAI s'est déterminé le 12 mai 2020, indiquant n'avoir pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert. Il a produit un avis du SMR, lequel ne formulait aucune question complémentaire.

27. La recourante s'est à son tour déterminée par courrier du 14 mai 2020. Elle n'avait ni question complémentaire ni motif de récusation à l'encontre de l'expert. Elle a produit le certificat de salaire de son époux, qui avait réalisé un revenu de CHF 138'710.- en 2019, ainsi qu'un budget qu'elle a commenté, affirmant que les finances de sa famille étaient serrées. La Dresse G_____ avait sollicité un délai pour produire les rapports requis.

28. Par ordonnance du 25 mai 2020 (ATAS/403/2020), la chambre de céans a confié l'expertise de la recourante au Dr I_____. Elle a retenu que l'expertise réalisée par le Dr C_____ ne pouvait se voir reconnaître valeur probante. Au plan formel, l'intégration du volet neuropsychologique réalisé par Mme D_____ dans le corps du rapport de l'expert psychiatre rendait sa lecture malaisée, dès lors qu'on ne pouvait distinguer les appréciations des deux experts. En outre, aucun *consilium* n'était mentionné, et il était incompréhensible que le Dr C_____ n'ait pas exposé les raisons pour lesquelles il n'intégrait pas à ses conclusions l'incapacité de travail de 20 % admise par Mme D_____ en raison des troubles neuropsychologiques. De plus, le status rapporté par le Dr C_____ se résumait à une liste de symptômes, sans description des constatations cliniques qui justifiaient de les retenir ou de les écarter. Son rapport était insuffisamment motivé sur ce point. S'agissant des diagnostics, cet expert psychiatre avait retenu une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F 62.1) avec l'apparition de symptômes cliniques et une altération significative du fonctionnement social et professionnel, sans exposer la nature de ces symptômes et de cette altération. Il paraissait du reste contradictoire de relever une telle altération, alors même que l'expert ne retenait par ailleurs pas de limitation du fonctionnement au quotidien, et qu'il décrivait un bon entourage social et familial. Il n'avait pas non plus détaillé en quoi consistait la « gêne clinique et la détérioration dans les domaines social et professionnel » évoquée, ni décrit son évolution. En ce qui concernait le TDAH, le Dr C_____ n'avait pas non plus précisé en quoi consistaient les symptômes de désorganisation qu'il admettait. Partant, son rapport, par trop vague, ne convainquait pas.

S'agissant du bilan de Mme D_____, il détaillait les résultats des tests pratiqués et ses conclusions étaient motivées. Cette spécialiste s'était en outre prononcée sur les divergences par rapport à l'appréciation de Mme E_____ et avait exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles elle ne s'y ralliait pas. Partant, à ce stade de la procédure, il n'existait pas de motif de remettre en question ses conclusions.

Les autres rapports médicaux versés au dossier ne suffisaient pas non plus à déterminer la capacité de gain de la recourante. En ce qui concernait les rapports du Dr B_____, ils contenaient d'importantes contradictions quant à la capacité de travail de celle-ci. Ce médecin retenait en effet une incapacité de travail totale en février 2018, tout en admettant la possibilité pour la recourante de travailler à mi-temps. Il était revenu sur cette appréciation en juin 2018, se fondant apparemment sur les informations fournies par la Dresse G_____, de sorte que son évaluation de la capacité de travail paraissait ne pas résulter de ses propres observations cliniques. Il reprochait du reste à l'expert de ne pas avoir tenu compte de ce que la recourante vivait au quotidien. Or, de simples plaintes subjectives ne suffisaient pas à fonder un diagnostic ou à justifier une incapacité de gain si elles n'étaient pas corroborées par des éléments objectivement constatés. En outre, le psychiatre traitant faisait remonter l'incapacité de travail totale de la recourante à 2008, soit à une période où il ne la suivait pas. Celle-ci avait du reste travaillé jusqu'en 2010.

Quant au rapport de la Dresse G_____ du 8 octobre 2019, il ne revêtait pas non plus valeur probante, faute de comprendre tous les éléments formels nécessaires. Son appréciation divergeait d'ailleurs de celle du Dr B_____, puisqu'elle retenait un syndrome de stress post-traumatique dès 1997. Par ailleurs, la gravité des troubles rapportée par ce médecin contrastait avec l'absence de suivi régulier, à tout le moins au plan psychique, jusqu'en 2012. Enfin, il fallait relever que les difficultés et les arrêts de travail qu'elle relatait avaient en grande partie une origine somatique.

La chambre de céans ne disposait ainsi pas des renseignements médicaux nécessaires pour trancher le fond du litige, de sorte qu'une expertise était nécessaire. Elle a précisé que les rapports requis de la Dresse G_____ seraient transmis au Dr I_____ dès leur réception.

29. Le 31 mai 2020, la Dresse G_____ a indiqué à la chambre de céans qu'elle ne disposait d'aucun rapport écrit d'un psychiatre. La recourante avait vu les psychiatres suivants: quelques séances avec le docteur J_____ en 2000, suivi par la doctoresse K_____ de septembre 2001 à août 2003, quelques séances fin 2003 avec le docteur L_____, qui l'avait orientée vers une psychologue vue une fois par semaine jusqu'en 2004-2005, puis suivi jusqu'à 2006 au moins auprès du docteur M_____, puis par le Dr B_____ depuis 2012.

30. Le Dr I_____ a rendu son rapport d'expertise le 15 juillet 2020. Il a précisé avoir eu un entretien de plus de cinq heures avec la recourante, suivi de deux entretiens téléphoniques, ainsi qu'un entretien téléphonique avec le Dr B_____.

    Il a résumé le dossier de la recourante, avant de longuement détailler son anamnèse personnelle, familiale et sociale.

    En 2005, elle avait été témoin d'un accident de moto, dont les images horribles continuaient à la hanter. En été 2008, elle avait rencontré un homme dont elle était très amoureuse, qui avait subi en décembre 2008 un AVC avec pour conséquences une hémiplégie droite et une aphasie. Le retentissement de cet événement avait été amplifié par le fait que la recourante était enceinte à ce moment. Elle avait décidé d'interrompre cette grossesse. Elle était restée auprès de son ami pendant environ 4 ans et l'avait soutenu jusqu'en 2012. Elle était alors dans un état d'épuisement important et s'était rendu compte qu'elle ne pouvait continuer à sacrifier sa vie pour son ami. Elle avait alors rencontré son mari, avec qui elle avait eu un enfant désiré en 2015.

    L'expert a rapporté les traitements suivis par la recourante au plan médicamenteux et psychothérapeutique.

    Les plaintes de la recourante étaient les suivantes : elle disait vivre constamment dans un état de stress et de tension, être toujours en proie à des doutes et à des peurs. Elle identifiait ses bouffées d'anxiété comme des *flash-backs* de l'AVC de son ex-ami, qui lui faisaient craindre qu'il arrive quelque chose à son mari ou à son fils. Ces bouffées étaient typiquement déclenchées par la sonnerie du téléphone, qui évoquait immédiatement l'image d'un accident grave. Elle devait constamment effectuer des démarches pour se rassurer, mal vécues par ses proches. Elle ne pouvait ainsi pas passer une matinée sans téléphoner à son mari. Elle avait régulièrement des cauchemars en lien avec la scène de l'AVC de son ex-compagnon. Ces images pouvaient également survenir de manière diurne dans les moments où elle se sentait dépassée par les événements. Elle était particulièrement susceptible et irritable. Son sommeil était perturbé, avec des difficultés d'endormissement de plus d'une heure chaque nuit, et un premier réveil habituellement après deux heures de sommeil. Elle disait avoir alors le cerveau qui s'hyperactivait. Elle décrivait une perte de la libido et un abandon de l'activité sexuelle, vécu avec culpabilité sur fond de problèmes physiques et de peur de tomber enceinte. Elle mentionnait d'importantes difficultés d'organisation, une tendance à se disperser, à toujours penser qu'elle avait le temps, à s'engager dans des activités peu importantes au détriment de tâches prioritaires, si bien qu'elle était toujours en retard partout. Son mari l'aidait beaucoup. Elle identifiait ces difficultés comme le problème central qui avait interféré avec son adaptation dans le monde du travail. Si elle pouvait connaître des périodes de «sidération» avec une impression de manque d'énergie, la difficulté résidait surtout dans le fait de passer à l'action. Une fois que l'action était engagée, elle trouvait généralement l'énergie nécessaire, même si elle se sentait souvent fatiguée.

Le Dr I_____ a ensuite relaté ses observations. En préambule, il a exposé les problèmes d'organisation de l'entretien avec la recourante, qui avait notamment attendu le dernier moment pour signaler des symptômes compatibles avec le coronavirus, malgré les instructions précises qu'il lui avait données.

Le Dr B_____ avait précisé qu'il avait également envisagé un diagnostic de trouble affectif bipolaire, mais la recourante pouvait très difficilement l'accepter.

Le Dr I_____ a retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire de type II (F 31.8), d'état de stress post-traumatique (F 43.1) et de perturbation de l'activité et de l'attention (TDAH) (F 90.0).

S'agissant du TDAH, la recourante avait dès l'enfance connu d'importantes difficultés caractéristiques d'un tel trouble. La description des difficultés scolaires rencontrées était compatible avec ce diagnostic, tout comme ses plaintes et différents aspects de l'observation. Le TDAH ne rendait cependant pas compte de manière satisfaisante de l'ensemble des difficultés rencontrées par la recourante bien avant que la composante post-traumatique atteigne l'ampleur prise à la suite du traumatisme représenté par l'AVC de son ami. Les difficultés précoces de séparation, les importants stigmates névrotiques infantiles (accession tardive à la propreté, onychophagie, trichotillomanie) ainsi qu'un vécu dysphorique et dysthymique paraissant s'être installé de très bonne heure suggéraient un haut degré de névrosisme, notion désignant une propension à éprouver des émotions négatives appartenant au domaine du tempérament. Le Dr I_____ a donné plusieurs explications scientifiques, avec références littéraires à l'appui, sur cette notion. Même si la recourante avait dû faire face à d'importantes difficultés existentielles, il était vraisemblable que la partie la plus importante de ses troubles découlait d'une perturbation biologique comportant un versant exécutif (TDAH), un versant émotionnel anxieux (névrosisme) et un versant affectif (instabilité non seulement des émotions, mais plus fondamentalement de l'humeur). On discernait chez l'assurée une forme d'instabilité de l'humeur paraissant aller au-delà de la labilité émotionnelle des personnalités *borderline*, justifiant le diagnostic de trouble affectif bipolaire (TAB). Ce trouble comportait des aspects atypiques, raison pour laquelle on le classerait dans les TAB de type II, et non dans la variante classique de type I. L'exposition à un accident de moto en 2005 avait pu satisfaire aux critères du PTSD, de même qu'être témoin des conséquences immédiates d'un AVC chez son compagnon. La recourante avait développé par la suite les symptômes typiques du trouble, avec reviviscence fréquente du traumatisme par des rêves ou des fantasmes accompagnés d'une anxiété et d'une activation neuro-végétative, des comportements d'évitement de situations ou circonstances pouvant rappeler le traumatisme et des signes d'un niveau d'éveil accru en permanence (troubles du sommeil, difficultés de concentration, irritabilité).

Dans l'appréciation du degré de gravité des troubles, l'expert a souligné que l'influence réciproque des différentes composantes du trouble complexe de la recourante contribuait à sa gravité. Les traumatismes psychiques avaient un effet

cumulatif. Le TDAH et les manifestations précoces du trouble de l'humeur avaient exposé de bonne heure la recourante à des expériences traumatisantes. Chacune des trois composantes prise isolément pouvait être considérée comme de gravité au moins moyenne. Le trouble global était certainement à considérer comme grave.

Dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a noté que la recourante communiquait de manière particulièrement ouverte et authentique. Elle n'exagérait en rien l'importance de ses troubles, et insistait spontanément sur les performances dont elle était encore capable dans des domaines restreints. La description de son vécu subjectif et de ses limitations correspondait à ce que l'on expérimentait dans des cas similaires. Il n'y avait donc aucun élément en faveur d'une accentuation des troubles.

Au sujet des ressources, les trois diagnostics posés impliquaient des perturbations dans les mêmes registres, touchant notamment les fonctions exécutives. Comme l'avait montré la littérature, le TDAH entraînait une grande peine à mettre en œuvre une action pour concrétiser une intention. Un trouble affectif bipolaire venait encore amplifier ces difficultés. Il en allait de même de l'état de PTSD, qui s'accompagnait également de troubles de la concentration et impliquait une difficulté particulière à fonctionner en situation de stress, même mineur. Les déficits mis en évidence par les deux examens neuropsychologiques constituaient une mesure objective des difficultés de la recourante dans une situation ponctuelle.

Compte tenu du profil de la recourante, la profession d'infirmière ne paraissait pas exigible, même dans un environnement sans contacts directs avec des personnes malades, comme celui d'une infirmière scolaire par exemple. Même en-dehors des situations cliniques, les tâches d'une infirmière étaient particulièrement exigeantes en termes de planification et structuration des tâches, une fonction sévèrement altérée chez la recourante. De plus, compte tenu du vécu traumatique en relation avec les situations de souffrance, toute activité dans le domaine des soins paraissait contre-indiquée. Les professions administratives faisant appel à des processus complexes, à l'exécution de plusieurs tâches en parallèle avec la nécessité d'anticiper, d'organiser et de planifier le travail à l'avance, n'étaient pas plus appropriées. Une activité adaptée devrait offrir des tâches variées, demander une réactivité aux exigences du moment, mais peu de capacités d'anticipation. Un travail dans la vente pourrait convenir, pour autant que l'activité soit limitée au travail avec la clientèle et ne comporte que peu d'exigences au plan administratif. La recourante ne devrait par exemple pas avoir à assumer les tâches de réassortiment et de gestion du stock et les processus administratifs devraient être réduits et simplifiés au maximum. Dans une telle activité, et dans le cas de figure hypothétique où la recourante n'aurait à assumer aucune tâche en tant que mère au foyer (statut actif à 100 %), elle pourrait assumer sans diminution du rendement un temps de présence de 24 heures par semaine, soit 60 % d'un horaire de 40 heures. La diminution de l'horaire était motivée par la réduction de l'endurance. Dans le cas d'un statut mixte, et pour autant que la recourante puisse être, pour la part

correspondant au pourcentage d'activité professionnelle retenu dans le statut, déchargée des tâches ménagères et ne pas se trouver confrontée à un cumul avec pensum global supérieur à 100 % comme c'était parfois le cas des mères actives professionnellement, elle devrait également être capable de travailler à hauteur de 60 % du taux retenu, soit 12 heures par semaine dans le cas d'une activité à 50 % et 14.4 heures dans le cas d'une activité à 60 %. L'activité de mère au foyer paraissait relativement bien adaptée aux troubles de la recourante. On devait cependant là aussi prendre en compte du fait de la diminution de l'endurance une réduction de son pensum de l'ordre de 20 %, justifiant le placement de son enfant en garderie pendant au moins 8 heures par semaine afin de lui offrir des espaces de récupération. La capacité de travail en tant que mère au foyer pouvait ainsi être évaluée à 80 %.

Le TDAH était présent depuis l'enfance. Il en allait vraisemblablement de même du trouble affectif bipolaire. L'état de stress post-traumatique était présent depuis le début de l'année 2009. Les plaintes étaient objectivées et les troubles nécessitaient une prise en charge spécialisée. La recourante semblait s'être soumise aux traitements recommandés avec bonne volonté, malgré une forme d'aversion pour les traitements médicamenteux, la description des effets secondaires aux antidépresseurs et aux médicaments contre le TDAH étant crédible et conforme à l'expérience. Elle mettait à profit le versant psychothérapeutique de la prise en charge. Ses limitations paraissaient uniformes dans tous les domaines. La recourante disposait de certaines ressources : bonne volonté, ténacité, enthousiasme (parfois maladroit), vive intelligence, investissement de valeurs (honnêteté, loyauté). L'évaluation n'avait pas mis en évidence d'incohérence. La description donnée par la recourante de son vécu subjectif et de ses limitations correspondait à ce que l'expérience révélait dans des cas similaires et formait avec les renseignements anamnestiques et la documentation clinique un tableau cohérent. Il était impossible de distinguer la capacité de travail par diagnostic dans la situation de la recourante, où les trois atteintes retenues apparaissaient comme différentes facettes d'une même réalité complexe aboutissant à un ensemble de limitations fonctionnelles. Sur la base de l'ensemble des informations à disposition, on pouvait considérer que la situation de la recourante était relativement stable depuis 2015 et que les capacités de travail admises valaient depuis lors. L'expert ne pouvait se prononcer pour la période antérieure à cette date.

Le Dr I_____ s'est déterminé sur les rapports des autres médecins. Il a relevé que la Dresse G_____ connaissait bien la recourante, et les informations de cette dernière sur l'historique des troubles montraient leur importance de longue date sur son adaptation au plan professionnel notamment. Il a déclaré rejoindre dans une large mesure l'évaluation du Dr B_____, même s'il estimait que l'instabilité émotionnelle et affective de la recourante allait au-delà d'un trouble de la personnalité *borderline* et justifiait le diagnostic d'un trouble affectif bipolaire de type II. L'expert s'écartait de l'évaluation des médecins traitants en ce qui concernait l'exigibilité. Sur la base des fonctions psychiques conservées, il

concluait à la possibilité d'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée. Des facteurs de réalité comme la situation sur le marché du travail, l'âge de la recourante et sa situation familiale pourraient rendre difficile la concrétisation de sa capacité médico-théorique. Cette différence d'appréciation pouvait s'expliquer par le fait que l'expert devait se limiter à une approche bio-psychologique excluant les facteurs sociaux. Les remarques du Dr F_____ dans son rapport du 16 octobre 2018 étaient pertinentes, en ce sens qu'il avait bien perçu des fonctions psychiques conservées chez la recourante. Les arguments qui avaient amené la chambre de céans à nier valeur probante à l'expertise du Dr C_____ paraissaient pertinents au Dr I_____, de sorte qu'il renonçait à en discuter plus avant les conclusions. Les avis ultérieurs du SMR rendus sur la base de cette expertise étaient évidemment eux aussi mal fondés.

Des mesures de réadaptation professionnelle ne paraissaient pas appropriées actuellement, compte tenu de la réalité d'une recourante très investie et absorbée dans sa situation de mère au foyer, dont la flexibilité et les capacités d'adaptation étaient limitées.

31. Dans un avis du 27 août 2020, la Dresse H_____ s'est déterminée sur l'expertise du Dr I_____.

La recourante avait pu poursuivre ses études d'infirmière, ce qui parlait contre un trouble dépressif d'intensité sévère. En ce qui concernait la présence d'un état hypomane, au sujet de l'aspect expansif, exalté et logorrhéique, l'exaltation n'avait pas été mentionnée par le précédent expert, ni lors du bilan neuropsychologique en 2019. Le diagnostic de trouble bipolaire retenu par l'expert se basait principalement sur des données anamnestiques et il était difficile de comprendre le diagnostic retenu par l'expert. L'examen clinique décrit par le Dr I_____ révélait une attention maintenue pendant tout l'entretien. Il ne commentait en outre pas les conclusions du bilan neuropsychologique du 15 janvier 2019 et ne les intégrait pas à son évaluation. Ainsi, pour le SMR, il était difficile de se prononcer sur la présence de troubles de l'attention, qui pourraient être tout au plus légers, et ne pas entraîner de répercussion sur une capacité de travail, si l'on se référait au parcours scolaire de la recourante et à l'analyse des indicateurs standards. Le diagnostic d'état de PTSD ne pouvait être admis. Lorsque l'évolution de ce trouble était chronique et s'étendait sur plusieurs années, il fallait retenir le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Or, le Dr C_____ avait exclu ces diagnostics. Les *flash-backs* décrits au Dr I_____ étaient anamnestiques, et le SMR ne savait pas à quel point ils étaient envahissants au quotidien, notamment au vu de leur fréquence et de leur intensité. En se basant sur l'analyse des indicateurs standards, le SMR relevait qu'en ce qui concernait le degré de gravité fonctionnelle, les critères pour le diagnostic de trouble bipolaire de type II et de TDAH étaient faibles, et ceux pour un diagnostic d'état de PTSD n'étaient pas retenus. Par ailleurs, habituellement, un trouble bipolaire de type II n'était pas aussi grave qu'un trouble de type I, et n'entravait pas une activité professionnelle.

On ne pouvait retenir de succès ou d'échec des traitements, la recourante n'ayant supporté aucun traitement psychotrope. Elle n'avait pas retenté de travailler après 2010. Elle ne présentait pas de comorbidités somatiques. Ainsi, le SMR ne pouvait retenir un degré de gravité fonctionnelle « relevant ». La recourante ne présentait pas de trouble de la personnalité, et avait des ressources personnelles. Elle avait en effet réussi à terminer des études infirmières à Genève tout en s'occupant de son ami handicapé à Bienne. Elle avait construit une nouvelle relation sentimentale et fondé une famille. Elle pouvait compter sur son mari comme ressource externe, un peu moins sur sa famille. En ce qui concernait les activités du quotidien, d'après l'expertise, même si la recourante estimait être désorganisée, elle gérait le ménage, les repas, les courses, l'éducation de son fils, le jardin, pouvait conduire, faire du vélo, et avoir des activités agréables en famille. Ainsi, on ne pouvait reconnaître de limitations uniformes dans tous les domaines de sa vie. Selon ces indicateurs, le SMR estimait que l'atteinte de la recourante n'était pas sévère, et que les limitations fonctionnelles au quotidien étaient peu limitées. Ainsi, il ne pouvait suivre le Dr I_____. Par ailleurs, le début de l'incapacité de travail était fixé à début 2015, et le SMR ne comprenait pas le choix de cette date. Ainsi, pour le SMR, l'expert avait posé ses diagnostics principalement sur des éléments subjectifs anamnestiques, les éléments objectifs étant très limités. Il n'avait pas commenté les diagnostics de l'expertise du Dr C_____. Ces diverses incohérences ne permettaient pas de considérer que l'expertise était convaincante.

32. Dans son écriture du 27 août 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à l'avis du SMR, dont il a cité certains passages. Il ne pouvait se rallier à l'expertise du Dr I_____.

33. Par écriture du 28 août 2020, la recourante a conclu à l'annulation de la décision de l'intimé et à la reconnaissance d'un statut d'active à 100 %. Elle a soutenu que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert étaient très graves, et qu'il semblait difficile de trouver un poste correspondant sur le marché du travail. Le caractère exploitable de la capacité de travail reconnue par l'expert devrait être évalué dans le cadre d'un stage d'orientation et le Dr I_____ avait omis de tenir compte du déconditionnement de la recourante, ou de ses échecs passés, alors qu'ils démontraient son incapacité à travailler malgré ses efforts. Il avait en outre mal interprété la notion de statut de personne active à 100 %, car un tel statut n'impliquait pas l'absence de tâches ménagères. La capacité de travail de 60 % était admise par l'expert dans l'hypothèse d'une décharge totale des tâches ménagères, ce qui ne correspondait pas à la réalité. Il n'existait par exemple pas dans la vente de poste concrètement limité au moment présent avec la clientèle. La vente impliquait systématiquement de connaître des logiciels à tout le moins pour l'encaissement, et de gérer un stock et des tâches administratives. Une telle activité exigeait également des tâches de planification, de la flexibilité, une capacité d'adaptation ainsi que le respect des règles, domaines dans lesquels la recourante était particulièrement limitée. Partant, il convenait d'exclure ce domaine. Le Dr I_____ avait également relevé que l'état de santé de la recourante était susceptible d'aggravation en cas de

changements. Il fallait donc être particulièrement prudent. Elle a contesté que des mesures de réadaptation ne soient pas appropriées, se disant motivée à reprendre une activité professionnelle dans la mesure où son état de santé le lui permettrait. Elle a rappelé que le Dr B_____ avait souligné qu'une réinsertion devait être progressive et encadrée sur le plan médical. La recourante a reproché à l'expert d'être contradictoire au sujet de ses capacités de flexibilité et d'adaptation. En effet, ses limitations dans ces domaines n'étaient pas compatibles avec une quelconque capacité de travail.

34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été examinées dans l'ordonnance du 25 mai 2020.

2. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

   L'art. 14*a* LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle les mesures socioprofessionnelles (let. a); et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

   Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui

concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

3. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

4. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

   b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

5. Dans un arrêt relativement récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

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

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

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

indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

6. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que 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 elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

a. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4).

L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

b. Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches.

S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 128 V 93 consid. 4). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2).

Conformément à son obligation de diminuer le dommage, l'assuré est tenu d'adopter une méthode de travail adéquate et de répartir son travail en conséquence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.2). S'agissant de la prise en compte de l'aide des membres de la famille dans l'évaluation de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement

temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2). La jurisprudence ne pose pas de limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.3). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu qu'une exigibilité de 30 % répartie entre le mari et trois enfants n'était pas une charge excessive (arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 4).

c. Une modification de l'art. 27 bis al. 2 et 3 RAI est entrée en force le 1er janvier 2018, à la suite d'un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme constatant le caractère discriminatoire de l'application de la méthode mixte pour la grande majorité des femmes souhaitant travailler à temps partiel à la suite de la naissance d'un enfant (arrêt du 2 février 2016 Di Trizio contre Suisse, n° 7186/09 § 80-104).

Selon la nouvelle teneur de cette disposition, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b) (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (let. a); la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. b) (al. 3).

Avec cette nouvelle réglementation, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative continue d'être régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide (Gisella MAURO, Ralph LEUENBERGER, Changements dans la méthode mixte *in* Sécurité sociale, CHSS 1/2018).

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

sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références).

Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2).

9. En l'espèce, la chambre de céans a déjà exposé les raisons pour lesquelles l'expertise du Dr C_____ ne peut se voir reconnaître valeur probante dans son ordonnance du 25 mai 2020, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle appréciation de cet élément.

   Il convient d'examiner si l'expertise du Dr I_____ permet de trancher la capacité de gain de la recourante.

   Le rapport de ce psychiatre correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un entretien avec le psychiatre traitant de la recourante. Il contient en outre une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée, et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée à la suite d'un entretien approfondi. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés, et le Dr I_____ a précisé sur quels critères il se fondait en évoquant les diagnostics différentiels. Sur ce point, il s'est référé à la littérature scientifique. Il a bien analysé la capacité de gain de la recourante à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence. Il a en outre exposé de manière convaincante pour quelles raisons il se ralliait aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartait. Ses conclusions sont elles aussi claires et motivées.

   Les reproches du SMR à l'encontre de ce rapport tombent à faux. S'agissant du fait que le Dr I_____ a retenu deux épisodes dépressifs dans le passé en se fondant sur

des données anamnestiques – ce qui du reste ne prête pas nécessairement flanc à la critique –, on voit mal la portée qu'entend lui donner le SMR. En effet, il ne s'agit pas là d'un diagnostic retenu actuellement pour établir la capacité de travail et de gain de la recourante. En ce qui concerne l'état hypomane évoqué par l'expert, le SMR soutient que l'exaltation qui le caractérise n'aurait pas été notée par le Dr C_____ ou Mme D_____. Dans la mesure où l'expertise du Dr C_____ a été écartée notamment en raison du fait qu'elle ne détaillait pas suffisamment les symptômes et les observations cliniques, on ne peut logiquement pas se référer au contenu de ce rapport pour exclure un tel état. Quant au bilan neuropsychologique de Mme D_____, il a consisté essentiellement en tests, et non en un entretien poussé, si bien que l'absence de mention d'un aspect exalté ne surprend pas. Il est également faux de retenir que le diagnostic de trouble bipolaire se fonderait uniquement sur des données anamnestiques, puisque l'expert a tenu compte de ses constatations cliniques. Il a du reste également discuté de cette atteinte avec le psychiatre traitant de la recourante, qui lui a dit l'avoir également envisagée. Le Dr I_____ s'est en outre expliqué de manière convaincante au sujet de l'aspect atypique de ce trouble dans le cas de la recourante, en exposant les connaissances scientifiques en la matière. Il est du reste inexact d'affirmer que le trouble bipolaire relève d'un diagnostic différentiel avec le TDAH, l'expert ayant retenu les deux atteintes. Ce dernier a par ailleurs bien évoqué le bilan neuropsychologique réalisé en 2019, dont il a conclu qu'il traduisait les difficultés de la recourante dans une situation ponctuelle. Il a par ailleurs expliqué les différences de fonction lors de tests et en situation réelle. Au vu des conclusions de Mme D_____ dans le cadre de la première expertise, à laquelle le SMR reconnaissait valeur probante, il est en outre surprenant qu'il affirme désormais qu'on ne peut se déterminer sur l'existence de troubles de l'attention.

Quant à l'état de stress post-traumatique, le fait que le Dr C_____ l'ait exclu est ici aussi sans pertinence, puisque son expertise n'a pas valeur probante, comme on l'a vu. S'agissant des reviviscences et des crises d'angoisse, l'expert a bien exposé leur incidence dans la vie quotidienne de la recourante, indiquant notamment que celle-ci ne peut passer une journée sans chercher à se rassurer en téléphonant à son mari et que la sonnerie du téléphone suffit à déclencher des projections angoissantes. En ce qui concerne la gravité des différents troubles, le Dr I_____ a expliqué qu'il l'avait fixée en tenant compte de leur cumul et de leur influence réciproque, et son rapport est également convaincant sur ce point. Quant aux limitations au quotidien, celles que l'expert a admises sont également motivées. Il a du reste souligné pour quelles raisons les limitations fonctionnelles avaient un impact moindre dans la vie de mère au foyer que dans un contexte professionnel, au vu de la nature des troubles et des exigences différenciées de ces activités, ce qui emporte la conviction. Le Dr I_____ a mentionné pour quelles raisons il se prononçait sur la capacité de travail dès 2015, évoquant notamment la stabilité de la vie privée de la recourante depuis cette date, sans élément perturbateur majeur survenu depuis. Il n'est pas décisif qu'il ne se soit pas déterminé sur la période qui

précède, *a fortiori* dès lors qu'elle n'a aucune incidence sur le droit aux prestations compte tenu de la date de la demande. Enfin, le Dr I_____ s'est bien déterminé sur le rapport du Dr C_____, puisqu'il a déclaré se rallier à l'appréciation de la chambre de céans à ce sujet. S'agissant de l'analyse des indicateurs, on ne peut suivre le SMR lorsqu'il affirme qu'on ne peut conclure à un échec des traitements. L'expertise judiciaire relate justement les difficultés rencontrées par la recourante lors de la médication, qui ont conduit à l'arrêt de plusieurs médicaments. Ce volet de la prise en charge psychiatrique est ainsi un échec.

Quant aux remarques de la recourante au sujet de l'expertise judiciaire, elles tombent à faux. Le Dr I_____ a motivé ses conclusions de manière approfondie, et il n'existe pas d'indice qu'il aurait omis de prendre en considération son déconditionnement. De plus, dès lors que la recourante dispose d'une capacité de gain résiduelle à tout le moins depuis 2015, on ne saurait tenir compte de l'éloignement du marché du travail depuis, puisque celui-ci n'était pas dicté par des motifs médicaux. En outre, on ne saurait écarter les conclusions du cet expert au profit des constatations résultant d'un éventuel stage d'observation, comme le voudrait la recourante. En effet, conformément à la jurisprudence, les premières l'emportent sur les secondes. La chambre de céans souligne en outre que l'expert judiciaire a rappelé pour quelles raisons son appréciation de la capacité de gain pouvait différer de celles des médecins traitants, dans la mesure où la sienne était guidée par des éléments médico-théoriques, seuls pertinents en matière d'évaluation de l'invalidité au sens de la loi. En ce qui concerne les précisions données par l'expert quant à la capacité de travail et les exigences de la vie de famille, elles ne peuvent être comprises en ce sens que la capacité de travail dans une activité adaptée est subordonnée à une décharge totale des tâches ménagères, mais tendent à éviter une surcharge découlant du cumul d'une activité à plein temps et des tâches ménagères. Au demeurant, compte tenu de l'obligation de diminuer le dommage, une réorganisation des tâches ménagères en sollicitant dans une plus large mesure l'aide de son époux est exigible, conformément à la jurisprudence.

Compte tenu de ce qui précède, l'expertise du Dr I_____ doit se voir reconnaître valeur probante, sous les réserves suivantes.

S'agissant de la « capacité de travail en tant que ménagère », l'expert l'a fixée à 80 % selon des critères médico-théoriques. Or, l'empêchement d'un assuré d'assumer ses tâches ménagères doit être établi en tenant compte de l'aide de ses proches et des aménagements exigibles en vertu de son obligation de diminuer le dommage. En l'espèce, il ressort du descriptif de ses journées que la recourante est largement en mesure de s'acquitter des tâches ménagères qui lui incombent – avec parfois des délais ou des atermoiements, ce qui ne suffit pas à retenir un empêchement dans ce domaine. De plus, en toute hypothèse, une aide supplémentaire à hauteur de 20 % de son époux pour compenser ses éventuels manquements peut être exigée, conformément à la jurisprudence. On ne retiendra partant aucune incapacité à accomplir les travaux ménagers. Dans la mesure où la

recourante ne rapporte pas d'empêchement dans le ménage, hormis les difficultés organisationnelles précitées, une enquête ménagère n'est pas nécessaire.

S'agissant de la capacité de travail dans une activité lucrative adaptée, la chambre de céans se ralliera aux conclusions du Dr I_____, selon lesquelles la recourante peut travailler à 60 % d'un temps complet. Cela étant, il n'y a pas lieu d'admettre une diminution de la capacité de travail dans une activité à mi-temps, comme le fait l'expert. En effet, si l'on ne se trouve pas dans un cas où une diminution de rendement – exclue en l'espèce – entraîne une réduction de la capacité de travail quel que soit le taux de cette dernière, la prise en compte du statut ne peut avoir pour effet de modifier cette capacité. En d'autres termes, si la recourante est au plan médico-théorique capable de travailler 24 heures par semaine (soit 60 % d'un temps complet basé sur un horaire de 40 heures hebdomadaires) dans un domaine adapté, comme le retient l'expert, on doit nécessairement retenir qu'elle peut également œuvrer 20 heures par semaine – soit à 50 % – sans qu'une réduction de 40 % ne s'impose sur ce taux.

On admettra à l'instar de l'expert que la vente – sans responsabilités particulières – est un champ d'activité adapté. La recourante a du reste indiqué être douée dans ce domaine, qu'elle apprécie. On ne peut pas la suivre lorsqu'elle affirme qu'aucun poste dans la vente ne serait compatible avec ses limitations. En effet, les postes sans responsabilités dans le commerce de détail ne requièrent pas de tâches de planification et d'organisation d'une ampleur incompatible avec les limitations fonctionnelles de la recourante, et la manipulation d'une caisse enregistreuse n'exige pas la maîtrise de logiciels complexes.

Compte tenu de ce qui précède, des mesures d'ordre professionnel ne sont pas indispensables. En effet, au vu de l'activité adaptée suffisamment précisée par l'expert et exigible de la recourante, un stage d'observation n'est pas nécessaire. Les postes visés, non qualifiés, ne nécessitent en outre pas de formation particulière mais sont accessibles après une introduction en cours d'emploi. Ainsi, aucune mesure de reclassement ne s'impose.

10. Il reste maintenant à déterminer le statut de la recourante.

Celle-ci a évoqué au Dr C_____ une reprise professionnelle à 50 % en précisant qu'elle devait s'occuper de son fils. On peut donc en déduire que même sans atteinte à la santé, la recourante aurait également travaillé à 50 % tant que son fils n'est pas autonome, en raison d'un choix familial et non d'une atteinte à la santé. La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que cette déclaration aurait été sortie de son contexte. En effet, il ressort des arguments développés au cours de la procédure qu'elle se considère totalement incapable de travailler, de sorte qu'on ne peut concevoir que le taux partiel mentionné au premier expert était celui qu'elle considérait compatible avec ses troubles invalidants. De plus, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et

contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). On ajoutera qu'il n'est pas indispensable du point de vue financier que la recourante travaille à plein temps. En effet, son mari a un emploi stable et le revenu qu'il en tire est, quoi qu'elle en dise, suffisant pour pourvoir à l'entretien d'une petite famille. On peut ainsi admettre que sans atteinte à la santé, elle se serait consacrée à mi-temps à l'éducation de son fils.

Partant, la chambre de céans retiendra un statut mixte avec une part professionnelle à 50 % depuis mars 2016.

11. Il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité.

On précisera que conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une éventuelle rente n'est ouvert que six mois au plus tôt après la demande, en l'espèce déposée le 11 octobre 2017. Les modifications entrées en force le 1er janvier 2018 sont ainsi applicables au calcul de l'invalidité.

En ce qui concerne le revenu tiré d'une activité sans invalidité, la recourante n'ayant jamais complètement exploité sa capacité de travail en tant qu'infirmière, on ne peut se référer aux revenus qu'elle a concrètement tirés de son travail. Partant, on établira celui d'infirmière sur la base de l'ESS 2018 (activité de niveau 3, lignes 86-88 du tableau TA1_tirage_skill_level), soit CHF 6'418.- pour une femme à 100 % à raison de 40 heures par semaine, soit CHF 77'016.- par an et CHF 80'289.- une fois adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2018 (cf. pour une référence à ces données pour la profession d'infirmière ATAS/525/2020 du 24 juin 2020).

Pour le revenu après invalidité, on se référera au revenu statistique tiré d'une activité simple dans la vente (ligne 47 du tableau TA1_tirage_skill_level, activité de niveau 1) pour une femme, soit CHF 4'425.- par mois et CHF 53'100.- par an, ou CHF 55'357.- après adaptation à la durée normale de travail à plein temps, et CHF 33'214.- à 60 %. Compte tenu d'un abattement de 10 %, eu égard à l'activité à temps partiel et aux années de service, le revenu après invalidité est de CHF 29'893.-

Le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est obtenu par comparaison entre le revenu sans invalidité à 100 %, soit CHF 80'289.-, et le revenu après invalidité, à 60 %, soit CHF 29'893.-. La perte de gain est ainsi de 62.77 %.

L'invalidité totale, correspondant à l'addition des degrés d'invalidité dans les sphères professionnelle et ménagère pondérés, est ainsi de 31.38 % (62.77 % x 50 %, la recourante ne rencontrant pas d'empêchement dans la sphère ménagère), arrondi à 32 % selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3).

Ce degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente.

C’est toutefois le lieu de rappeler que l’intimé a admis un statut d’active à 100 % avant la naissance du fils de la recourante, et qu’une révision du statut dans le futur n’est pas exclue si une modification est rendue vraisemblable, par exemple si la recourante fait valoir qu’elle aurait en bonne santé pris une activité à plein temps quand son fils serait grand.

12. Le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n’a pas droit à des dépens.

La procédure en matière d’assurance-invalidité n’étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), la recourante supporte l’émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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