RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4500/2018 **ATAS/64/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 février 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1988, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité le 16 mai 2011, indiquant être atteinte dans sa santé par un trouble de la personnalité, une scoliose, des céphalées de tension mixtes, une myopie, des ovaires polykystiques, des sinusites chroniques, une anémie et un côlon irritable chronique. Elle suivait des études à la Haute École de Travail Social (ci-après la HETS) depuis septembre 2009 et était actuellement en stage à 50% à l'Hospice général.

2. Selon un rapport établi le 13 avril 2010 par le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, l'assurée souffrait depuis deux ans d'une céphalée devenue presque quotidienne, décrite comme un étau. Il retenait le diagnostic de maladie migraineuse auquel s'ajoutait une céphalée quotidienne de tension. Il avait ordonné de l'amitriptyline sur une période de trois mois jusqu'à, espérait-il, la disparition de la céphalée quotidienne. La crise migraineuse pouvait être traitée par de l'ibuprofène 600 mg.

3. À teneur d'un contrat pédagogique tripartite signé en novembre 2010 par la HETS, l'Hospice général et l'assurée, celle-ci était inscrite comme étudiante à 50% à la HETS du 7 février au 30 novembre 2011 et serait rémunérée pour cette période à hauteur de CHF 4'250.-.

4. Selon un rapport établi le 7 janvier 2011 par la doctoresse C_____, du centre de thérapies brèves (ci-après le CTB) du service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité borderline depuis l'adolescence et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Elle avait été adressée à ce service par les urgences psychiatriques qu'elle avait consultées dans un contexte d'idéations suicidaires. Il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans qui présentait de longue date une grande instabilité de l'humeur ainsi que des idées suicidaires. Actuellement, dans un contexte de rupture avec sa meilleure amie depuis l'âge de 14 ans, d'un conflit avec son frère aîné et de difficultés d'ordre psychosocial, elle présentait des idées suicidaires. Elle avait vécu une enfance difficile avec un père alcoolique et violent et avait subi des abus sexuels de la part de son grand-père paternel, chaque été lorsqu'elle se rendait en Espagne. Sa famille n'avait pas tenu compte de ses dires à ce sujet. Alors qu'elle était âgée de 18 ans, ses parents, qui n'avaient plus les moyens de vivre en Suisse, étaient repartis en Espagne en la laissant seule à Genève, sans moyens financiers. Malgré cela, l'assurée avait pu débuter des études à la HETS à temps partiel, étant obligée de travailler en parallèle pour subvenir à ses besoins. Elle avait travaillé durant deux ans comme vendeuse à la D_____. Par la suite, ne supportant plus les frustrations vécues avec les clients dans ce travail, elle avait accepté un travail d'auxiliaire au sein d'un EMS, mais avait démissionné rapidement, ce job se passant mal. Ensuite, elle avait trouvé deux ou trois autres postes, mais rien ne lui convenait et elle se retrouvait actuellement sans travail. Elle était suivie depuis quatre ans par la doctoresse E_____, psychiatre, mais pensait

interrompre ce suivi qui ne lui avait pas apporté ce qu'elle espérait, ne pouvant en outre plus payer les factures. Elle avait été réticente pour participer aux groupes de thérapie, puis s'était montrée très irrégulière dans ces derniers. Il lui avait été proposé une évaluation au programme CARE où elle pourrait être suivie par la suite. Peu après le dernier rendez-vous du 21 décembre 2010, elle avait fait appel au CTB, en raison d'une recrudescence des idées suicidaires liées à son incapacité à supporter son nouveau travail et avait pu bénéficier de quelques nuits en soutien qui l'avaient aidée à gérer ce moment difficile.

5. Le 18 février 2011, la doctoresse F_____, médecin interne au service de psychiatrie générale, programme CARE, a certifié que l'assurée était totalement incapable de travailler pour cause de maladie du 11 février au 11 mars 2011.

6. Le 30 mai 2011, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a été informé que l'assurée travaillait pour l'Hospice général dans le cadre d'un stage non rémunéré qui prendrait fin le 30 novembre suivant. À ce jour, il n'y avait aucune incapacité de travail.

7. Le 3 juin 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a attesté que l'assurée était capable de travailler à 100% du point de vue somatique dans toute activité.

8. Le 16 juin 2011, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que la cause de l'incapacité de travail de l'assurée était un état dépressif sur fond de personnalité borderline. Les limitations fonctionnelles justifiées étaient des troubles somatiques, soit des céphalées et des douleurs abdominales. Il n'y avait pas de capacité de travail stable dans l'activité habituelle.

9. Selon un rapport établi le 27 juin 2011 par la Dresse F_____, l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31) et d'un trouble dépressif récurrent, dernier épisode avec symptômes psychotiques (F 33) existant depuis l'âge de 15 ans. Ces deux diagnostics avaient un effet sur sa capacité de travail. Elle souffrait également d'un trouble alimentaire depuis l'âge de 15 ans (F 50), qui n'était pas incapacitant. Elle avait débuté des études en HES et travaillait pour subvenir à ses besoins. Les relations interpersonnelles ainsi que la gestion des émotions étaient difficiles pour elle. Sa dernière activité exercée était celle de téléphoniste chez T_____ et dans la vente à 50%. Sa capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle.

10. Selon un rapport établi le 29 février 2012 par le docteur I_____, du département de santé mentale et psychiatrie des HUG, programme TRE, spécialisé pour le trouble de personnalité borderline, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics. Elle souffrait depuis l'adolescence de ses troubles, qui étaient marqués par des difficultés dans la relation interpersonnelle et une labilité émotionnelle et de l'humeur, avec des idéations suicidaires récurrentes, qui pouvaient influer négativement sur sa capacité de travail, notamment sa capacité à fournir une prestation prédictible et régulière.

L'impact sur la capacité de travail fluctuait ainsi au cours du temps et si, par moments, l'incapacité de travail était totale, le plus souvent, elle était partielle. L'évolution clinique de la patiente était discrètement favorable et lui avait permis de poursuivre ses études à temps partiel.

11. Selon une note du gestionnaire du dossier de l'assurée établie le 8 mars 2012, celle-ci lui avait indiqué avoir repris ses études à 100%. Elle était capable, selon ses dires, d'exercer une activité professionnelle à 100% ou ses études à plein temps, mais avait du mal à réaliser ses études en parallèle à un emploi à temps partiel.

12. Selon un rapport établi le 29 mars 2012 par la doctoresse J_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), du fait de son atteinte psychique, l'assurée présentait clairement des difficultés dans la poursuite de ses études. Par conséquent, elle proposait que soit examinée la possibilité de lui octroyer une formation professionnelle initiale.

13. Dans un rapport du 31 juillet 2012, le Dr I_____ a indiqué que l'évolution clinique de l'assurée avait été discrètement favorable depuis le 29 février 2012 et lui avait permis de poursuivre ses études à temps partiel et, plus récemment, d'avoir une activité professionnelle temporaire à temps partiel.

14. Le 16 août 2012, l'assurée a eu un premier entretien avec le service de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, lequel a conclu qu'il évaluerait si elle avait droit aux indemnités journalières durant ses études en tenant compte de son manque à gagner (30%) si elle n'avait pas d'atteinte à la santé. L'assurée devait envoyer ses fiches de salaire pour son travail d'été 2012 ainsi que son contrat de stagiaire au service R_____ (ci-après le R_____).

15. Dans un rapport du 25 février 2013, le Dr I_____ a indiqué que l'évolution clinique de l'assurée était discrètement favorable depuis le 5 juillet 2012 et lui avait permis de poursuivre ses études à temps partiel avec succès.

16. Dans un rapport du 7 août 2013, le Dr I_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé durant le mois de juillet, avec une symptomatologie dépressive d'intensité sévère apparaissant progressivement, accompagnée d'idéations suicidaires fluctuantes qui avait conduit à une hospitalisation en admission ordinaire à la clinique de Belle-Idée dès le 26 juillet 2013. L'hospitalisation s'était prolongée jusqu'au 7 août 2013. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis juillet 2013 et il n'y avait pas d'activité adaptée actuellement. Sa capacité de travail exigible sur les mois de juillet et août était nulle mais, habituellement, elle était de 60% environ.

17. Dans un rapport du 27 novembre 2013, le Dr I_____ a indiqué que l'évolution clinique de l'assurée depuis le 7 août 2013 avait permis une reprise partielle d'une activité de type stage pré-professionnel. Son état clinique restait relativement fluctuant, mais s'était un peu stabilisé. La symptomatologie dépressive avait diminué en intensité. Les idées noires et suicidaires présentes encore durant l'été avaient progressivement diminué. Actuellement, la capacité de travail de l'assurée

fluctuait entre 50 et 70%, mais l'évolution récente avait été une amélioration de cette capacité de travail.

18. Selon une note de travail établie le 12 mars 2014 par le gestionnaire du dossier, l'assurée avait eu 25 ans en février 2013. Depuis le 1er mars 2013, elle ne touchait plus de rente enfant, ni d'allocations familiales. Elle ne recevait aucune aide de ses parents qui vivaient en Espagne depuis plusieurs années. Elle avait reçu rétroactivement une bourse d'études de CHF 14'000.- par an pour l'année scolaire 2012/2013. Elle y avait droit quatre ans en tout pour ses études, même au-delà de ses 25 ans.

    De janvier à juin 2013, l'assurée avait fait un stage à 100% au R_____ pour un salaire de CHF 1'000.- par mois. Elle avait encore un peu d'argent économisé sur sa bourse d'études de l'année précédente. Moralement, elle désespérait en raison de ses soucis financiers. Elle avait eu beaucoup d'absences, mais le stage avait quand même été validé. Le responsable du stage pensait qu'elle devrait travailler à 50% en raison de ses absences.

    En mars 2013, l'assurée avait commencé à avoir des soucis financiers qui l'avaient contrainte à ne manger qu'un repas par jour. Elle avait tenu le coup jusqu'à l'été 2013, puis, n'en pouvant plus, elle avait dû être hospitalisée. Elle vivait dans une angoisse permanente. En juin 2013, elle avait terminé sa formation à plein temps, mais il lui restait encore un module et le travail de bachelor à faire. Le module avait commencé en février 2014. Entre juillet et septembre 2013, elle n'avait pas eu de revenu. Son stage s'était arrêté. Elle était restée enfermée chez elle pendant trois semaines, puis pendant deux semaines à la clinique de Belle-idée, en séjour volontaire. Elle était suivie, en principe, pendant toute cette période par le programme CARE, mais elle ne s'était pas rendue aux rendez-vous avec l'assistante sociale. En septembre 2013, cette dernière l'avait aidée à obtenir sa bourse de CHF 14'000.- pour l'année 2012/2013.

    D'octobre 2013 à janvier 2014, l'assurée avait travaillé deux heures par jour en tant que réceptionniste pour un gérant de fortune. Ce travail n'était pas très stressant, mais elle stressait tout de même, en raison de ses soucis financiers. Elle savait qu'elle devait trouver une solution à long terme. Elle avait aussi beaucoup d'absences. Au début du mois de janvier 2014, elle avait annoncé à son employeur qu'elle traversait une période difficile. Elle avait été licenciée à la fin du mois de janvier, en raison de ses absences. Son salaire avait encore été versé pour le mois de février et elle avait reçu CHF 2'000.- de prime de licenciement.

    Depuis le dernier entretien, le service de réadaptation était resté dans l'attente de documents de la part de l'assurée (fiches de salaire et contrat de stage), celle-ci ne s'étant plus manifestée. Elle avait expliqué qu'elle n'avait pas repris contact avec ce service, malgré le fait qu'elle avait de grandes difficultés financières, car elle se mettait dans un état d'esprit qui ne suivait pas une logique habituelle. Elle avait souvent peur de demander de l'aide et craignait des réponses négatives. Au niveau

médical, elle suivait un traitement depuis deux ans avec un traitement médicamenteux, dont le dosage avait été diminué depuis mi-février 2014, sans effet négatif, pour réduire sa fatigue,

En conclusion, il avait été expliqué à l'assurée qu'elle avait droit aux indemnités journalières à partir du moment où il y avait un retard dans la formation dû à l'état de santé, soit dès septembre 2012 (trois ans après le début de son bachelor). Cependant, elle touchait encore des aides financières à ce moment et ce, jusqu'à la fin du mois de février 2013, et n'avait pas encore de problèmes financiers importants. Ainsi, l'OAI lui verserait rétroactivement des indemnités journalières dès le début du mois de mars 2013, sous déduction des salaires et de la bourse d'études reçues tardivement. L'assurée s'était engagée à envoyer les documents nécessaires pour faire le calcul des déductions sur les indemnités journalières.

19. Par communication du 1er avril 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée des indemnités journalières dans le cadre d'une formation professionnelle initiale, en raison d'une prolongation de sa formation due à l'atteinte à la santé du 1er mars 2013 au 30 juin 2014. Devaient être déduits des indemnités journalières octroyées, sa bourse d'études de mars 2013 et les salaires reçus de mars 2013 à février 2014, soit un total de CHF 20'537.-.

20. Par décision du 16 avril 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une indemnité journalière de CHF 103.80 depuis le 1er mars 2013 uniquement durant la période de réadaptation. Ce montant devait être réduit selon les différents revenus touchés pendant cette période.

21. Le 3 juillet 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une indemnité journalière durant le délai d'attente du début d'une formation professionnelle initiale, soit du 1er juillet au 2 juillet 2014.

22. À teneur d'un rapport établi le 3 novembre 2015 par le Dr I_____, l'état de l'assurée était resté stationnaire depuis novembre 2013. Il était resté relativement fluctuant et une hospitalisation de durée moyenne avait été nécessaire, dans le contexte de sa symptomatologie dépressive. Actuellement, l'assurée pouvait à nouveau suivre un traitement ambulatoire. Les mesures thérapeutiques étaient toujours les mêmes, à savoir le suivi du programme TRE, à raison d'une séance par semaine en individuel et un suivi groupal. Les troubles psychiques dont souffrait l'assurée avaient vu leur répercussion sur le travail diminuer, ce qui lui avait permis d'effectuer des stages et, à terme, il paraissait envisageable qu'une reprise du travail partielle, voire complète, puisse avoir lieu. Les limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de personnalité émotionnellement labile étaient des difficultés dans les relations interpersonnelles, une tendance à l'idéalisation, une dévalorisation, une certaine impulsivité, une difficulté à gérer la colère, une labilité émotionnelle marquée avec une grande fluctuation de la tension interne de l'image de soi et de l'image des autres. Actuellement, l'assurée était en mesure de fonctionner à un taux

fluctuant entre 50 et 70%. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle. La compliance était bonne.

23. Par communication du 18 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée que les conditions du droit à des mesures professionnelles étaient remplies. Dans le cas d'une formation professionnelle initiale, il prenait en charge les petites indemnités journalières, en raison d'une prolongation de la formation due à l'atteinte à la santé du 1er octobre 2015 au 30 juin 2016. Le lieu de formation était la HETS.

24. Par courriel du 24 novembre 2015, l'assurée a informé le service de réadaptation professionnelle de l'OAI que dès le 1er décembre, elle commencerait un stage d'attachée de presse à l'association K_____, à raison de quinze heures par semaine, et que le reste du temps elle travaillerait sur son mémoire.

25. À teneur d'une note de travail de l'OAI du 23 mai 2016, l'assurée avait besoin d'un accompagnement pour l'aider à terminer la dernière partie de sa formation. Elle exprimait son besoin d'aller vers l'autonomie. Il avait été décidé de lui faire bénéficier d'un coaching individuel du service jeune des Établissements Pour l'Intégration (ci-après les ÉPI) une fois par semaine, dès que possible jusqu'au dépôt du travail de bachelor et de la soutenance du 21 décembre 2016.

26. Par communication du 5 août 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il prendrait en charge, dans le cadre d'une formation professionnelle initiale, les petites indemnités journalières en raison d'une prolongation de formation du 1er juillet 2016 au 28 février 2017.

27. Par communication du 20 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il prendrait en charge les frais d'une mesure de coaching socio-pédagogique dispensée par les ÉPI.

28. Madame L_____, maître de réadaptation chargée de l'insertion professionnelle des ÉPI, a informé le service de réadaptation de l'OAI, le 16 novembre 2016, que les entretiens avec l'assurée avaient bien débuté et que le travail sur les fonctions cognitives - nécessaires à l'anticipation, l'organisation et le transfert - avait été satisfaisant au début. Elles s'étaient beaucoup penchées sur l'importance de la visualisation et le comment faire pour pouvoir passer à l'action à la maison et en autonomie. Quelques tâches avaient pu être accomplies de cette façon dans le lieu de vie concernant le travail de bachelor. Cependant rapidement, l'assurée avait eu des soucis personnels avec ses amis et une association dont elle faisait partie et son moral avait été en dents de scie. Cela faisait plusieurs séances qu'elles avaient du mal à travailler ensemble et que lorsqu'elles se rencontraient, si la séance n'était pas annulée, elles parlaient davantage de la vie privée de l'assurée que de son parcours scolaire. L'assurée était parasitée. Elle semblait démunie face à plusieurs sentiments qu'elle éprouvait, même si elle considérait son travail de bachelor comme une priorité. Cela faisait plusieurs semaines qu'elle n'avait pas revu l'enseignante qui l'accompagnait dans la rédaction de son travail, car elle n'avait pas fait ce qui lui avait été demandé et avait honte. Mme L_____ avait essayé de

la motiver pour qu'elle reprenne contact avec l'enseignante et qu'elle envoie la première partie de son travail à sa directrice pour correction. Il semblait que l'assurée n'avait pas mis en pratique ses conseils. Elle venait d'annuler une séance. Arrivant prochainement à l'échéance de la reddition, rien ne semblait encore perdu, mais il semblait que cela allait être très difficile pour l'assurée, qui disait vivre une mauvaise phase.

29. Le 31 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'une mesure de coaching socio-pédagogique dispensée par les ÉPI du 22 décembre 2016 au 31 janvier 2017.

30. À teneur d'une note de travail du 10 février 2017, l'assurée avait terminé avec succès son bachelor en travail social le 31 janvier 2017. Il était proposé de compléter sa formation théorique par un stage pratique dans le domaine étudié. L'assurée souhaitait idéalement combiner le travail social avec la thématique du genre. Il était difficile pour elle de prendre contact elle-même avec les lieux de stage et d'expliquer son lien avec l'assurance-invalidité. Il était important qu'elle soit suivie par un référent durant la durée de stage afin de faire des points de situation et d'évaluer la capacité de travail. Une mesure Espace-Direct aux ÉPI pour la recherche de stages pratiques lui était proposée à 50% dans un premier temps, puis à 70%, pour une durée de six mois.

31. Par rapport des ÉPI du 1er mars 2017 (résumé des entretiens du 1er septembre 2016 au 1er février 2017), il était proposé que l'assurée quitte les effectifs des ÉPI le 31 janvier 2017. Un suivi serait réalisé par l'assurance-invalidité pour l'aider à intégrer le marché du travail.

32. À teneur d'un rapport établi par le Dr I_____ le 7 mars 2017, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. Son état clinique avait été discrètement favorable avec la possibilité d'envisager actuellement la reprise d'un stage préprofessionnel. Elle avait terminé un bachelor en études sociales ayant nécessité de multiples aménagements scolaires pour lui permettre de le terminer. Il était favorable à la mise sur pied d'un stage dans son domaine d'activité. Toutefois sa capacité de travail était actuellement aux alentours de 40%. Il était suggéré de commencer par un tel taux d'activité pour viser à terme un 50%. Le pronostic était favorable, dans le sens où l'évolution clinique sur les dernières années était discrètement favorable et que l'assurée stabilisait progressivement sa situation, notamment en ayant réussi à terminer une formation. Le pronostic était également réservé, parce qu'à mesure que s'approchait la réalité de l'intégration en milieu professionnel, des limites étaient mises en évidence et il n'était pas sûr qu'elle retrouve une capacité de travail à 100% ultérieurement.

33. Par communication du 10 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une indemnité journalière durant le délai d'attente du 1er mars au 31 mars 2017, avant le début de la mesure Espace-Direct auprès des ÉPI pour la recherche d'un

stage pratique dans le domaine du travail social. La mesure commencerait dès que le stage serait trouvé.

34. Le 7 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une indemnité journalière durant le délai d'attente du 1er au 30 avril 2017 (prolongeable).

35. Par communication du 16 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à l'indemnité journalière durant le délai d'attente du 1er mai au 30 mai 2017.

36. Par communication du 26 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée que dans le cas d'une formation professionnelle initiale, il prenait en charge les frais d'un stage pratique en entreprise (bénévole) pour trois mois à 40%, prolongeable de trois mois (à 50%). Le stage aurait lieu à « M_____ » du 31 mai au 3 septembre 2017.

37. Le 12 juillet 2017, le Dr I_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé à l'approche de son stage et qu'elle s'était montrée plus labile d'un point de vue émotionnel et plus triste, avec l'apparition d'idées suicidaires. Elle avait été incapable d'intégrer le stage et il avait dû la mettre en arrêt maladie à 100%. Il pensait que des mesures de réinsertion échoueraient, tant la péjoration clinique était importante. Il fallait donc songer à les abandonner pour se diriger vers une rente à 100%. Il était réservé quant au pronostic, car les mesures de réinsertion avaient mis en lumière des difficultés réelles de la patiente dans un milieu pourtant relativement protégé.

38. Par communication du 4 août 2017, l'OAI a informé l'assurée de l'interruption de la mesure de stage pratique en entreprise auprès de « M_____ ». Il prenait en charge les frais, soit les indemnités journalières du stage pratique en entreprise pour la période du 1er mai au 17 juillet 2017 (interruption de mesure).

39. Le 27 septembre 2017, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a fermé le mandat de réadaptation. Un essai de réadaptation professionnelle à un niveau d'exigence relativement bas avait été effectué. Cela avait eu sur la patiente un impact clinique important, qui témoignait de l'étendue de ses difficultés et de ses limitations fonctionnelles. Le psychiatre pensait que les mesures de réinsertion étaient vouées à l'échec tant la péjoration clinique était importante. Il fallait dès lors songer à abandonner les mesures de réinsertion pour se diriger vers une rente à 100%.

40. Par communication du 6 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait confié une expertise médicale psychiatrique au Centre d'expertise médicale de Lancy (ci-après CEML).

41. À teneur d'un rapport établi le 30 janvier 2018 par la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, celle-ci suivait l'assurée par une approche psychiatrique-psychothérapeutique psychodynamique intégrée à raison d'une séance hebdomadaire, avec la possibilité d'intervenir entre deux séances selon les besoins de la patiente. Mis à part la problématique somatique dont la patiente souffrait, des examens neurologiques étaient en cours. Celle-ci souffrait

d'un trouble de personnalité émotionnellement labile, type impulsif. Le traitement médicamenteux avait été contrôlé et adapté par le Dr I_____, avec lequel elle avait échangé des informations pertinentes. Actuellement, elle était en train de changer le traitement de sa patiente en raison d'un dysfonctionnement considérable de celle-ci (asthénie, faiblesse musculaire, très grave trouble de la concentration, pauvre mémoire de travail, hypersomnie et hyperphagie). Comme conséquence de ces troubles, l'assurée se sentait perdue, même en essayant de garder son esprit vif. Elle évaluait sa vie comme un échec et les diagnostics somatiques renforçaient cette idéation. Elle vivait dans le passé et n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir. Elle ne pouvait se voir autrement que la victime de son enfance néfaste. Ses atteintes incapacitantes étaient insurmontables dans le contexte actuel. Même les essais de stage dans une association qu'elle avait choisie et qui l'intéressait, à 40% et à 20%, n'avaient pas réussi. Ils avaient aggravé le risque de décompensation dépressive. En conséquence, la Dresse N_____ soutenait fortement la demande de rente entière de l'assurée.

42. À teneur du rapport d'expertise établi le 12 février 2018 par le docteur O_____, psychiatre FMH, du CEML, l'expertise avait été réalisée le 14 décembre 2017. Le médecin a résumé le dossier de l'assurée et, en particulier, les rapports du Dr I_____, mais n'a pas mentionné la Dresse N_____. Il a décrit l'histoire médicale selon l'expertisée et ses plaintes actuelles, rapporté les symptômes décrits par celle-ci et ses activités quotidiennes. Il a résumé brièvement ses données personnelles, familiales et socioprofessionnelles. L'expert a procédé à un status psychique et ordonné des examens complémentaires pour doser la Fluoxetine et le Topiramate que l'expertisée annonçait prendre régulièrement comme prescrits. Sous la rubrique « synthèse et discussion », l'expert a rappelé des éléments de l'histoire médicale de l'expertisée et de la situation actuelle. Il a mentionné qu'elle présentait une tristesse bien installée, mais pas de diminution de l'intérêt. Elle présentait un trouble du sommeil marqué, une fatigue, une baisse de l'estime et de la confiance en soi, des troubles de la concentration, un pessimisme et des idées suicidaires. Ces éléments correspondaient à un diagnostic de dépression moyenne. L'assurée avait néanmoins des activités et une certaine connexion sociale. En revanche, sur plusieurs points et en particulier sur la capacité à maintenir des activités, elle était très déficitaire à moyen terme. Les limitations présentes étaient principalement liées à la fatigue et à des éléments cognitifs liés à la dépression, dont les troubles de la concentration. Ces éléments représentaient une incapacité de travail de 50% au maximum et seulement à terme. L'assurée présentait également une instabilité d'humeur, une impulsivité, des difficultés relationnelles, des comportements s'engageant dans des risques auto-agressifs ainsi que des idées paranoïaques et des éléments de dissociation. Ces éléments correspondaient à un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Au vu des symptômes, il y avait également une suspicion de trouble alimentaire, qui n'avait toutefois pas été au premier plan ces derniers mois. Ce diagnostic n'était donc pas retenu.

Les activités de l'assurée montraient qu'elle pouvait s'engager dans certains domaines qui pouvaient lui paraître intéressants. D'autre part, elle s'était engagée dans une formation qu'elle avait pu récemment terminer. Cependant, il semblait que cette formation, qui avait été très importante pour elle et qu'elle avait défendue à plusieurs reprises dans le processus de l'assurance-invalidité, ne lui paraissait plus intéressante aujourd'hui. L'assurée souhaitait s'engager dans une nouvelle formation de type master dans la thématique sociologique. Elle pourrait également envisager de travailler dans un domaine très particulier, comme assistante sociale, notamment dans l'environnement, une ONG ou la cause LGBT. Ses itérations montraient son instabilité et expliquaient les échecs des années précédentes.

L'expert avait téléphoné au Dr I_____ le 31 janvier 2018. Ce dernier concluait à une incapacité de l'assurée à maintenir des relations stables, y compris sur le plan professionnel. Le Dr I_____ devait passer la main à un thérapeute privé. Il décrivait l'assurée comme un cas exceptionnel, car elle avait terminé sa formation avec une difficulté inédite. Les stages avaient également montré cette difficulté, qui était liée à la dépression et compliquée par le trouble borderline et des traits histrioniques probables.

Le pronostic était donc réservé en raison du trouble de la personnalité, qui ne présentait pas de limitations, et de la dépression, qui présentait des limitations avec une incapacité de travail actuelle de 100%. Ce pronostic était réservé, car l'assurée n'arrivait pas à se stabiliser dans un projet spécifique ni à s'engager dans une activité professionnelle qui puisse découler de sa formation actuelle. Les mesures thérapeutiques en cours étaient un suivi par le Dr I_____, dans le cadre du programme TRE, qui était sur le point de se terminer, et l'assurée devait trouver une prise en charge extérieure, ce qui serait une transition probablement difficile à gérer pour elle. Elle était sous traitement de Fluoxetine et Topiramate afin de traiter la dépression et de stabiliser l'humeur. Le Dr I_____ indiquait que ce traitement n'avait jamais stabilisé l'assurée sur le long terme. Ces mesures avaient montré une évolution favorable, mais lente et pas totalement satisfaisante, probablement en raison des troubles de la personnalité de l'assurée, qui étaient mêlés à des phases dépressives plus ou moins importantes. La poursuite du traitement psychothérapeutique associé aux psychotropes était très importante et exigible afin d'améliorer la capacité de travail. Cependant, l'expert considérait que l'assurée ne devrait certainement pas se retrouver sans aucune perspective ni activité. Être orientée dans un nouveau projet d'études risquait de maintenir ce manque d'autonomie. Elle venait de passer pratiquement huit ans à terminer les études et devait éviter de se retrouver dans un déconditionnement empêchant toute reprise d'activité quelle qu'elle soit, vu son jeune âge. Dans ce contexte, face à des capacités résiduelles présentes, puisque testées dans des domaines d'activité privés, l'expert suggérait une activité professionnelle avec augmentation du taux d'activité régulière ainsi que la prise en charge de l'hygiène du sommeil de l'assurée, qui semblait être un des éléments clés afin d'améliorer l'organisation de sa journée.

Ceci pourrait se faire après la transition thérapeutique, dans une année, avec un pourcentage maximal de 50%. Une réévaluation par la suite serait nécessaire quant à l'éventualité de l'augmentation de la capacité de travail au-delà de 50%. Il n'y avait ni exagération, ni simulation des symptômes. Les facteurs aggravants étaient principalement liés à un manque d'activité professionnelle sur ces dernières années impliquant une mise à distance de l'économie réelle, ce qui ajoutait probablement des éléments de difficulté supplémentaires à sa réinsertion professionnelle. Une réadaptation était donc raisonnablement exigible, d'abord à 50%, dans un délai d'un an. L'assurée pourrait travailler dans toute activité liée au social.

43. À teneur d'un avis établi le 12 avril 2018 par la doctoresse P_____, médecin SMR, celle-ci retenait, conformément aux conclusions de l'expertise, que l'assurée avait une capacité de travail de 50% dans un milieu bienveillant, sans beaucoup de stress, et que la situation était à réévaluer dans un an.

44. À teneur d'un avis médical établi par la Dresse P_____ le 12 juin 2018, la capacité de travail de l'assurée était de 50% dès mai 2011.

45. Par projet de décision du 16 juillet 2018, l'OAI a informé l'assurée que, sous réserve des indemnités journalières versées pendant les mesures professionnelles, elle avait droit, du 1er mai 2012 et au 31 mai 2013 (fin du troisième mois civil qui suivait le début des mesures professionnelles), à une demi-rente d'invalidité (50%). La rente était supprimée dès le 1er juin 2013. À la fin des mesures d'ordre professionnel, le 18 juillet 2017, elle avait droit à une demi-rente d'invalidité basée sur le taux de 50%. D'autres mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le dommage et n'étaient donc pas indiquées. Actuellement, aucune mesure professionnelle ne serait de nature à améliorer sa capacité de gain et la mise en place de mesures de réadaptation supplémentaires ne permettrait pas de réduire son dommage.

    Depuis mai 2011 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était considérablement restreinte. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à une activité professionnelle.

    Selon les éléments médicaux et professionnels recueillis, l'OAI estimait que l'atteinte à la santé de l'assurée avait entraîné une incapacité de travail de 50% depuis mai 2011. À partir du 1er mai 2012, le droit à une demi-rente (50%) d'invalidité lui était reconnu. Sa capacité de travail se confondait avec sa capacité de gain, de ce fait, à l'ouverture du droit à la rente, son degré d'invalidité était de 50%, ce qui lui donnait droit à une demi-rente d'invalidité. Compte tenu des répercussions de son atteinte à la santé sur sa capacité de gain, une prise en charge médicale et un traitement étaient impératifs. Elle était tenue de contribuer à la diminution du dommage et de suivre régulièrement un traitement médical adéquat.

46. Le 14 septembre 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI, faisant valoir que le Dr I_____ estimait que sa capacité de travail était de 0% dans

son rapport du 12 juillet 2017, ce que celui-ci avait confirmé à l'expert lors de leur entretien téléphonique.

47. Par décision du 20 novembre 2018, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée à son projet de décision.

48. Le 20 décembre 2018, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI, concluant à ce qu'une expertise médicale judiciaire psychiatrique soit ordonnée et à ce qu'il soit constaté qu'elle avait droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures de réadaptation. Elle estimait être toujours en incapacité de travail à 100% pour un motif psychique.

49. Par complément de recours du 26 février 2019, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise du Dr O_____.

50. Par réponse du 15 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du Dr O_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

51. Le 15 avril 2019, la recourante a produit un courriel que lui avait adressé la Dresse N_____ le 7 avril 2019, dans lequel cette dernière relevait que l'état de la recourante pouvait rapidement changer et aller vers l'idéation suicidaire. Par période, elle pouvait effectuer des tâches et se former. Ensuite, malgré sa volonté, elle était incapable même de sortir de son lit, ce qui s'était passé en février et mars 2019. La Dresse N_____ avait essayé de l'hospitaliser, mais la clinique genevoise de Montana n'acceptait pas des patients avec idéations suicidaires et la clinique de Belle-Idée était complète à ce moment-là. La recourante était totalement incapable de travailler. Il ne fallait pas insister sur l'intensité, mais sur la fluctuation et l'imprévisibilité ainsi que la perte du contrôle sur sa vie. L'intensité était par moment insupportable et, à d'autres moments, elle n'était pas très élevée. Il était nécessaire d'observer le fonctionnement de la patiente durant une plus longue durée ou depuis différents points de vue.

52. La recourante a été entendue par la chambre de céans lors d'une audience du 20 novembre 2019. Ces déclarations seront exposées dans la partie en droit en tant que de besoin.

53. Le 14 janvier 2020, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique, considérant que l'expertise du Dr O_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors que ses conclusions s'opposaient à celles des médecins traitants de la recourante. Il n'apparaissait, en l'état, pas nécessaire de faire procéder à une expertise neurologique, mais une telle expertise pourrait être ordonnée par la suite, selon les conclusions de l'expertise psychiatrique. L'expertise a été confiée à la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

54. L'experte a indiqué dans son rapport du 20 septembre 2020 que son expertise était fondée sur trois entretiens d'une heure chacun avec l'expertisée, un entretien avec

la Dresse N_____ ainsi que l'étude du dossier remis par la chambre des assurances sociales et des documents remis par l'expertisée. L'experte a repris les faits résumés dans l'ordonnance d'expertise, procédé à une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, sociale, psychiatrique et somatique. Elle a rapporté les données subjectives et les plaintes de l'expertisée ainsi que ses constatations objectives. Elle a exposé les résultats des tests psychométriques et ceux de laboratoire et résumé la teneur de son entretien téléphonique avec la Dresse N_____ du 17 septembre 2020. Elle a posé les diagnostics qu'elle a commenté « sous discussion » et a fixé la capacité de travail en justifiant ses conclusions, notamment en répondant aux questions relatives aux indicateurs développés par le Tribunal fédéral. Le rapport d'expertise sera repris plus en détail dans la partie en droit, dans le cadre de l'examen de sa valeur probante.

55. L'experte a transmis à la chambre de céans sa facture établie le 23 septembre 2020, à hauteur de CHF 4'962.59.-.

56. L'intimé a contesté la valeur probante de l'expertise judiciaire sur la base d'un avis du SMR du 5 octobre 2020. Ses critiques seront également développées dans la partie en droit.

57. La recourante a estimé que l'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le mois de mai 2012, avec intérêts à 5% dès la date moyenne, et une indemnité à titre de dépens.

58. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation.

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

6. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

   a. 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;

   b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;

   c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

   Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

   Selon l'art. 29 al. 2 LAI, le droit (à une rente) ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22.

   Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

   L'art. 22 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins.

   Selon l'art. 16 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes (al. 1).

Selon le ch. 1032 de la Circulaire concernant les indemnités journalières de l'assurance-invalidité (CIJ), les assurés en cours de formation professionnelle initiale ainsi que les assurés âgés de moins de 20 ans en cours de réadaptation qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative ont droit à la petite indemnité journalière lorsqu'ils subissent un manque à gagner dû à l'invalidité. Il en va de même pour ceux qui se préparent à un travail auxiliaire ou à une activité dans un atelier protégé, au sens de l'art. 16 al. 2 let. a LAI.

Selon le ch. 1033 1/16 CIJ, pour évaluer le manque à gagner dû à l'invalidité, on comparera les revenus de l'assuré avec ceux d'une personne qui aspire au même but professionnel, mais qui n'est pas invalide. Il faut pour cela qu'il soit prévisible que le manque à gagner dû à l'atteinte à la santé sera durable (qu'il dure pendant toute la formation professionnelle initiale) ou qu'il se produise durant une partie relativement longue de cette formation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 659/06, consid. 4.2). Cette réglementation est calquée sur celle qui régit la détermination des coûts supplémentaires de la formation professionnelle initiale dus à l'invalidité.

Selon le ch. 1034 CIJ, il existe un manque à gagner dû à l'invalidité notamment lorsque l'assuré :

- perçoit un salaire d'apprenti réduit en raison de son invalidité ;
- commence sa formation avec un certain retard (désavantage par rapport au montant du salaire d'apprenti) ;
- doit prolonger sa formation en raison de son invalidité ;
- doit interrompre sa formation en raison de l'exécution de mesures de réadaptation médicales de l'AI entre son 18ème et son 20ème anniversaire.

Selon le ch. 1035 1/16 CIJ, lorsque, pendant la formation professionnelle initiale au sens de l'art. 16 LAI, un assuré subit un manque à gagner dû à l'invalidité, il a droit à la « petite indemnité journalière », même s'il ne s'agit pas d'une mesure visée à l'art. 16 LAI, du fait que son invalidité n'occasionne pas de frais supplémentaires.

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

   En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). La jurisprudence développée pour les troubles

somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs sont les suivants :

a. 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.

b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

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

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

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

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

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

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

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

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

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

g. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010

consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. a. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise judiciaire. Celle-ci remplit a priori les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a toutefois fait l'objet de plusieurs critiques de l'intimé.

    b. Celui-ci a fait valoir que l'experte avait, de manière contradictoire, retenu un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, alors que dans sa discussion, elle avait indiqué que ce trouble était léger lors des deux premiers entretiens et moyen lors du troisième.

    Le diagnostic retenu par l'experte de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) n'apparaît pas contradictoire avec ses constats, puisqu'elle a bien observé, lors de son troisième entretien avec la recourante, un mois après les deux premiers entretiens, un état dépressif d'intensité moyenne. C'est cette intensité qui était la plus actuelle au moment de la rédaction de son rapport d'expertise. L'experte a en outre expressément relevé la nature fluctuante de l'état dépressif de la recourante. Ses conclusions n'apparaissent ainsi pas contradictoires et il convient de retenir qu'elle a correctement fait état d'une atteinte variable.

    c. L'intimé a encore fait valoir que les tests psychométriques utilisés par l'experte n'étaient pas adéquats pour se prononcer sur l'exigibilité médicale, car ils étaient basés sur une approche subjective.

    L'experte a indiqué dans son rapport que le test psychométrique MADRS fait le 7 juillet 2020 était de 10/26, ce qui correspondait à un épisode dépressif léger et que celui fait le 18 août 2020 était de 19/26, ce qui correspondait à un épisode dépressif moyen.

    Dans le cadre de l'évaluation de la gravité et du suivi de la dépression, la Revue médicale suisse mentionne la Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS) comme échelle d'hétéro-évaluation avec dix questions gradées de 0 à 6

et un score allant de 0 à 60. Elle précise qu'il existe une version d'autoévaluation (MADRS-S) à neuf items, avec gradation de 0 à 3 et possibilité de demi-points et un score total allant de 0 à 27 et que son utilisation dans une population romande ambulatoire avec une dépression modérée et sévère sans symptôme psychotique s'était révélée prometteuse de par ses bonnes capacités à évaluer le changement sous traitement, avec un gain de temps par rapport à d'autres échelles (Rev Med Suisse 2010; volume 6. 1826-1831).

Il en résulte que le test MADRS est utile pour évaluer la gravité de la dépression, même dans sa version d'autoévaluation, qui ne semble en l'occurrence pas avoir été utilisée par l'experte. L'intimé n'a ainsi pas rendu vraisemblable que les conclusions de cette dernière ne seraient pas probantes.

d. L'intimé a relevé que l'experte avait retenu les limitations fonctionnelles de fatigabilité, baisse l'élan vital, difficultés à se concentrer et maintenir son attention, troubles du sommeil, gestion difficile du stress et de l'anxiété, irritabilité et idées suicidaires, alors qu'il ressortait du statut psychiatrique décrit par l'experte uniquement une humeur triste, mais pas de troubles de l'attention, ni de la concentration, de fatigabilité ou d'irritabilité. L'experte s'était ainsi fondé sur une approche purement subjective.

Il est exact que l'experte a indiqué dans ses constatations objectives que la recourante n'avait pas présenté lors de leurs entretiens de troubles de la vigilance, que la concentration et l'attention ne paraissaient pas perturbées et qu'elle n'avait pas montré de signe de fatigue physique ou psychique. En revanche, l'experte a constaté des affects franchement labiles avec une gestion difficile de la colère lors de l'évocation de la relation avec ses parents ou des contraintes sociales.

Sous discussion, l'experte a mentionné les limitations précitées en lien avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent sans motivation particulière, mais en précisant, dans le cadre du pronostic lié à ce diagnostic, que même quand l'état dépressif était léger, on notait la persistance d'une symptomatologie résiduelle limitante avec une diminution de la capacité de concentration et d'attention, des troubles du sommeil et une fatigabilité.

L'experte a conclu que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline était central dans la problématique psychique de la recourante et qu'il entretenait les deux autres troubles (le troubles dépressif et la somatisation), lesquels avaient un impact sur la gestion émotionnelle et limitaient la réponse au traitement du trouble de la personnalité. Dans le cadre de l'examen de ce dernier trouble, l'experte a relevé que ce diagnostic était posé devant la présence de perturbations touchants à divers secteurs du fonctionnement de l'assurée comme l'affectivité, le contrôle des impulsions, la manière de se percevoir et de penser la relation aux autres. Ces perturbations étaient présentes depuis l'adolescence. Les traitements optimaux mis en place depuis une dizaine d'années ne semblaient pas produire une amélioration pouvant impacter de manière stable le fonctionnement de

l'expertisée. Ainsi, l'experte relevait dans l'histoire de l'assurée et de son fonctionnement tel qu'il l'avait constaté lors de l'évaluation - référence faite aux constats objectifs, aux plaintes et aux constatations subjectives - une dysrégulation émotionnelle marquée par une alternance imprévisible entre un comportement de surinvestissement et de repli, une gestion difficile de la colère et de la frustration, une humeur instable et réactive conduisant à des épisodes d'épuisement et de dépression ponctuelle, une sensibilité élevée aux facteurs de stress même minimes, des réactions extrêmes aussi bien au niveau de l'anxiété, de l'irritabilité ou de la gestion de la colère et une difficulté à retrouver un état calme et d'apaisement. L'experte a également relevé une impulsivité et des antécédents d'actes suicidaires et para suicidaires. Elle a encore décrit les traitements suivis par l'expertisée et constaté que la réponse de cette dernière à ceux-ci n'était pas satisfaisante. En effet, les symptômes liés à son trouble de la personnalité étaient persistants, envahissant son fonctionnement et entravant ses capacités à construire des relations stables, à gérer le stress et les frustrations, à contenir les comportements impulsifs, à avoir une meilleure gestion émotionnelle et prévenir les rechutes dépressives.

L'experte a ainsi expressément évoqué l'irritabilité de la recourante, de gros problèmes de fatigue (épuisement) et des périodes de dépression liés à la dysrégulation émotionnelle de la recourante. Les troubles de l'attention et de concentration également retenus par l'experte apparaissent pleinement justifiés dans le cadre d'un état dépressif et d'épuisement, qui sont de nature à entraîner de telles limitations.

Par ailleurs, plusieurs éléments du dossier relevés par l'experte attestent des limitations fonctionnelles retenues par celle-ci et, en particulier, des troubles de l'attention et des difficultés à se concentrer :

- Selon l'anamnèse personnelle, en raison de ses troubles psychiques, l'assurée avait eu de la peine à finaliser son travail de fin d'études. Elle n'était pas arrivée à le rendre dans les délais et avait dû demander des délais supplémentaires. Ces retards étaient liés à ses troubles psychiques, l'assurée décrivant de longues périodes durant lesquelles elle n'était pas en état de faire quoi que ce soit, présentant un état d'angoisse intense à l'approche de l'échéance. Sur le plan social, l'experte a indiqué que dès le début de la prise en soin aux institutions psychiatriques, lorsque l'assurée avait 22 ans, il s'était avéré qu'elle n'arrivait pas à gérer son administratif et que la situation était alors problématique et très anxiogène. Elle avait bénéficié d'un suivi social soutenu.
- Sous anamnèse psychiatrique, l'experte a mentionné qu'en octobre 2010, l'assurée avait été prise en soin par la Dresse C_____ qui avait constaté des difficultés psychosociales ayant nécessité un soutien par une assistante sociale pour ouvrir les courriers, faire des démarches de logement et s'inscrire à l'Hospice général.

- L'experte a détaillé, sous anamnèse psychiatrique, les rapports des médecins traitants de la recourante, notamment celui établi le 27 juin 2011 par la Dresse F_____, qui retenait notamment les limitations d'irritabilité et de fatigabilité.
- L'experte s'est également référée aux neuf rapports du Dr I_____, rédigés entre le 24 novembre 2011 et le 12 juillet 2017, qui mentionnaient à plusieurs reprises une irritabilité et une fatigabilité de l'assurée ainsi qu'une labilité émotionnelle et des idéations suicidaires récurrentes pouvant influencer négativement la capacité de travail, notamment la capacité à fournir une prestation prédictible et régulière. Le dernier rapport du Dr I_____ du 12 juillet 2017 mentionnait, en particulier, que l'état clinique de l'assurée s'était dégradé à l'approche du début d'un stage, celle-ci devenant plus labile sur le plan émotionnel et plus triste avec l'apparition d'idées suicidaires. Elle s'était montrée incapable d'intégrer le stage et à poursuivre une activité régulière.
- L'experte a en outre mentionné que l'assurée se plaignait de troubles du sommeil associés à une importante fatigabilité qu'elle mettait sur le compte de son trouble dépressif. Un examen de polysomnographie fait le 10 février 2016 avait mis en évidence un syndrome d'apnée-hypopnées obstructrives du sommeil ainsi qu'une latence de sommeil paradoxal prolongé, très probablement liée à l'effet du traitement antidépresseur. Les tests itératifs de latence d'endormissement réalisés la journée montraient la présence d'une somnolence objective diurne très sévère, qui ne pouvait pas être expliquée uniquement par le syndrome de haute résistance des voies respiratoires.
- L'expertisée a en outre déclarée qu'elle se sentait envahie par ses préoccupations face à sa situation financière et familiale actuelle qui l'empêchaient de se concentrer sur son rétablissement. Elle se plaignait également de sa mémoire et de sa difficulté à se concentrer et à lire ainsi que d'une fatigue quasi constante, plus prononcée en début de journée. Elle indiquait également avoir un sommeil agité avec des cauchemars à répétition et décrivait des idées suicidaires quasi permanentes. Elle se sentait triste et irritable.
- L'experte a également pris en compte dans son rapport celui établi le 30 janvier 2018 par la Dresse N_____, qui faisait état d'un dysfonctionnement considérable de l'assurée, comprenant notamment de l'asthénie, un très grave trouble de la concentration, une pauvre mémoire de travail et une hypersomnie.

Les limitations retenues par l'experte sont ainsi clairement établies sur la base des constats faits de manière régulière par les médecins traitants de la recourante, des déclarations de celle-ci et de l'examen de polysomnographie du 10 février 2016. Même si les conclusions de l'experte sur les limitations fonctionnelles de la recourante sont partiellement fondées sur les déclarations de celle-ci, l'on ne peut

retenir que l'approche de l'experte a été purement subjective. Elle repose également sur des éléments objectifs. Il faut encore relever qu'en matière psychiatrique, les plaintes ne peuvent pas toujours être objectivées.

e. L'intimé a encore fait valoir que l'expertise était lacunaire, car l'experte n'avait pas décrit le déroulement d'une journée type de la recourante, alors que cette description était capitale pour savoir comment elle effectuait son ménage, ses repas ses courses, ses lessives, ses loisirs et ses vacances ainsi que ses empêchements réels dans la vie courante.

S'il est exact que l'expertise ne contient pas une rubrique spécifique sur le déroulement de la vie quotidienne de la recourante, l'experte a néanmoins procédé à une anamnèse détaillée et a précisé, en particulier, que la recourante avait beaucoup de peine à gérer son quotidien et à entretenir son appartement. Elle ne faisait pas le ménage et n'arrivait pas à ranger ni à débarrasser. Elle bénéficiait d'une aide de l'IMAD ainsi que d'un suivi ergothérapeutique individuel. Sur le plan relationnel, elle avait des difficultés à vivre des relations sentimentales suivies. Actuellement, elle vivait seule. Elle pouvait avoir des relations conflictuelles avec ses amis, mais elle arrivait quand même à entretenir des relations amicales avec certains d'entre eux depuis le collège. L'experte a encore mentionné dans l'anamnèse que sur le plan social, dès le début de la prise en soins aux institutions psychiatriques lorsqu'elle avait 22 ans, l'assurée n'arrivait pas à gérer son administratif et qu'elle avait bénéficié depuis lors d'un suivi social soutenu. Selon le rapport du 3 novembre 2015 établi par le Dr I_____ résumé par l'experte, les activités de la recournante se résumaient à écrire son travail de bachelor et à ranger son appartement avec de l'aide. La recourante a indiqué à l'experte qu'elle n'arrivait pas à s'occuper d'elle-même sur le plan alimentaire et qu'il en résultait un manque de vitamines multiples lors des bilans sanguins. Elle décrivait des idées suicidaires quasi permanentes et une forte fluctuation de son humeur. Elle passait rapidement d'un état dans lequel elle était pleine d'énergie et d'espoir à un état de perte d'énergie et de dynamisme. Elle éprouvait alors le besoin de s'enfermer chez elle. Elle dormait beaucoup et n'arrivait pas à honorer ses rendez-vous. Elle se sentait honteuse, car on ne pouvait jamais compter sur elle. Son incapacité à gérer son agressivité, souvent verbale, avait pour conséquence une distanciation avec ses amis et ses partenaires sentimentaux. Depuis novembre 2019, elle n'était plus soutenue administrativement et n'arrivait pas à suivre à ce niveau. Ces démarches l'agitaient complètement, elle n'arrivait pas à focaliser et devait souvent lâcher, ne se sentant pas capable de les faire. Elle a encore indiqué que pendant de nombreuses années, elle s'était battue pour poursuivre des études, mais que cela s'était fait aux dépens des autres secteurs de sa vie (administratif, gestion du quotidien, alimentation…) et d'une souffrance importante. Elle n'arrivait pas à gérer sa vie et se sentait épuisée. Ses difficultés sociales toujours présentes entretenaient son anxiété et ne lui permettaient pas de faire les choses.

Il faut également relever que l'experte a résumé dans son rapport les déclarations de la recourante à la chambre de céans du 20 novembre 2019, lors desquelles cette dernière avait notamment indiqué qu'elle habitait seule depuis ses 18 ans et que ses amis constituaient sa famille. En février et mars 2019, elle n'était pas sortie de chez elle. Quand elle allait mieux et qu'elle avait de l'énergie, elle passait un peu de temps avec ses amis. Elle aimait bricoler et créer, quand cela ne lui faisait pas mal aux mains. Elle participait parfois à des ateliers de bricolage, mais ne pouvait pas s'engager de manière régulière, en raison de son état variable. Les mois précédents, elle avait travaillé avec un coach sur un projet de spectacle de marionnettes. Ils se voyaient une fois par semaine une heure. Elle n'avait pas réussi à se présenter à chaque rendez-vous. Elle adorait la culture, mais cela l'endormait souvent. Elle était toujours en train de courir pour des démarches administratives avec l'Hospice général et l'OAI.

Il résulte des considérations qui précèdent que le rapport d'expertise contient suffisamment d'informations sur le déroulement de la vie quotidienne de la recourante et que l'absence d'une rubrique spécifique à ce sujet ne suffit pas à ôter sa valeur probante à l'expertise judiciaire.

f. L'intimé a fait valoir que l'experte ne s'était pas prononcée sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques décrites.

Selon les conclusions de l'experte, le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline était central dans la problématique psychique de l'assurée. Il entretenait les deux autres troubles (trouble dépressif et somatisation) et limitait la réponse au traitement. Ces deux derniers troubles avaient pour leur part un impact sur la gestion émotionnelle et limitaient la réponse au traitement du trouble de personnalité. Ainsi, il était difficile à l'heure actuelle d'imaginer que l'assurée puisse intégrer une activité lucrative, même à temps très partiel, en étant aussi instable cliniquement et limitée dans son fonctionnement par ses troubles psychiques. Sa capacité de travail était nulle pour une durée difficile à évaluer à l'heure actuelle.

Il résulte de ces conclusions que l'experte a manifestement considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité en raison de ses limitations fonctionnelles. Cela est confirmé par le fait que l'experte a précisé, en parlant des conclusions du Dr O_____ qui retenaient une capacité résiduelle de travail, que ce dernier n'avait pas pris en considération la globalité de la situation clinique de l'assurée et que ses conclusions s'appuyaient sur une éventuelle capacité résiduelle théorique, qui n'était pas compatible avec une activité dans le marché de la concurrence. L'experte s'est également écartée de l'évaluation du Dr I_____, qui retenait une capacité résiduelle partielle, au motif que la recourante n'arrivait pas à s'occuper d'elle-même, aussi bien dans la gestion du quotidien que dans le domaine administratif. Pour son travail de bachelor, une aide avait été mise en place par les ÉPI pour l'organisation et la rédaction, mais l'assurée n'avait

honoré que la moitié des rendez-vous de coaching fixé. Il était difficile d'envisager que toutes ses difficultés soient compatibles avec une capacité de travail à 40 ou 50%. Lorsque l'assurée avait réellement été confrontée à la réalité d'un milieu professionnel, même si l'activité était préparée avec elle et compatible avec ses centres d'intérêts, ses limitations s'étaient révélées, de sorte qu'une incapacité totale de travail avait été retenue dans le rapport du 12 juillet 2017. Selon l'estimation de l'experte, l'état clinique de l'assurée était stationnaire depuis plusieurs années et incompatible avec une capacité de travail, même à temps partiel.

g. Contrairement à ce qu'a indiqué l'intimé, l'experte a précisé pourquoi elle retenait une incapacité de travail totale alors même que la recourante avait réussi à obtenir un bachelor en sciences sociales.

h. L'experte ne s'est pas fondée exclusivement sur les hospitalisations de novembre 2019 pour rendre ses conclusions, mais au contraire sur les nombreux rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assurée jusqu'à la décision querellée du 7 avril 2020.

i. Le rapport de l'experte ne date pas précisément le début de l'incapacité totale de travail de la recourante, mais retient une telle incapacité « depuis plusieurs années ». Elle a précisé que l'évaluation des limitations fonctionnelles de l'assurée par le Dr I_____ était la même que son observation clinique dans ses différents rapports, sauf en ce qui concernait ses rapports des 3 novembre 2015 et 7 mars 2017 qui étaient optimistes. Elle faisait l'hypothèse que l'estimation du Dr I_____ sur la capacité de travail de l'assurée était influencée par le souhait de cette dernière de finaliser son bachelor malgré ses difficultés psychiques et par le contexte des mesures professionnelles proposées par l'OAI, qui ne pouvaient être prolongées qu'en cas de persistance d'une capacité de travail.

Sur cette base, l'on peut admettre que l'experte estimait la recourante totalement incapable de travailler depuis le 24 novembre 2011.

j. Sur ce point, la chambre de céans estime justifié de s'écarter des conclusions de l'experte pour les raisons suivantes. Aucun rapport médical ne retient une incapacité totale de travail durable avant juillet 2017. Par ailleurs, le 8 mars 2012, la recourante a indiqué lors d'un téléphone avec le gestionnaire de l'OAI avoir repris ses études à 100% et qu'elle était capable d'exercer une activité professionnelle à 100% ou ses études à plein temps. En revanche, elle disait ne pas arriver à suivre ses études avec un emploi à temps partiel. De plus, la recourante n'a pas contesté dans son recours une certaine capacité de travail entre 2011 et 2017. Elle n'a en réalité soutenu avoir été totalement incapable de travailler dès 2011 que suite aux conclusions de l'experte judiciaire.

La recourante n'a pas cessé d'étudier de 2009 à 2017. Elle a pu travailler et toucher des salaires et a touché une bourse d'études de CHF 14'000.- pour l'année scolaire 2012/2013 et, dès mars 2013, les indemnités journalières de l'intimé, qui a financé sa formation professionnelle, en application de l'art. 16 LAI, ce qui supposait une

capacité de travail au moins partielle. La recourante a réussi à obtenir son bachelor en travail social le 31 janvier 2017. De janvier à juin 2013, elle avait fait un stage à 100% au R_____ pour un salaire de CHF 1'000.- par mois et, en dépit de nombreuses absences, son stage a été validé.

Les conclusions de l'experte selon lesquelles la recourante était totalement incapable de travailler « depuis plusieurs années » apparaissent ainsi théoriques et ne tiennent pas compte du fait que, concrètement, la recourante a été en formation et a obtenu son diplôme tout en travaillant en parallèle et en faisant des stages. Retenir une totale incapacité de travail dès 2011 impliquerait de revenir sur les décisions d'octroi des indemnités journalières octroyées par l'intimé à la recourante pendant sa formation, soit en entre mars 2013 et le 17 juillet 2017 en application de l'art. 16 LAI, qui supposaient que la recourante était capable de se former. Or, cette dernière n'a jamais contesté ces décisions.

k. Au vu des considérations qui précèdent, l'expertise judiciaire doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de ses conclusions relatives à une incapacité totale de travail entre 2011 et 17 juillet 2017 dont il convient de s'écarter. Ces conclusions s'expliquent par la spécificité du cas d'espèce et bien qu'elles ne soient pas retenues, elles ne suffisent pas à remettre en cause la valeur probante générale de l'expertise judiciaire.

11. Sur la base de l'expertise judiciaire et du dossier, il sera retenu que la recourante a été totalement incapable depuis le 12 juillet 2017, date à partir de laquelle une telle incapacité de travail durable a été attestée par le Dr I_____.

    Dans la décision querellée, l'intimé a informé l'assurée que sous réserve des indemnités journalières versées pendant les mesures professionnelles, elle avait droit du 1er mai 2012 au 31 mai 2013 à une demi-rente d'invalidité. Il y a lieu de confirmer la décision sur ce point et de constater que son droit à une rente a ensuite été suspendu jusqu'au 18 juillet 2017, soit la date correspondant à la fin de la mesure de formation professionnelle initiale et de son droit aux indemnités journalière. Au vu des conclusions de l'expertise, il doit être retenu que dès le 19 juillet 2018, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, étant depuis lors en incapacité durable de travailler dans toute activité. Il n'y a en conséquence pas lieu d'examiner si la recourante a droit à des mesures de réadaptation.

12. a. La recourante a conclu à une rente d'invalidité entière dès le mois de mai 2012 avec intérêts à 5% dès la date moyenne.

    b. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

c. En l'occurrence, la recourante a fait valoir ce droit pour la première fois le 12 octobre 2020. Le délai de douze mois n'est donc pas encore échu. Des intérêts moratoires ne sont dès lors pas encore dus.

13. Le recours est ainsi partiellement admis.

14. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

15. L'intimé, qui succombe, sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

16. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent être mis à la charge de l'OAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

    En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée le 28 janvier 2019 par la chambre de céans, qui a considéré que cette mesure d'instruction était nécessaire, au vu des rapports médicaux contradictoires figurant au dossier. Il faut encore relever à cet égard que le rapport de l'expert O_____ était contradictoire, car il estimait que la recourante présentait des limitations avec une incapacité de travail actuelle de 100% et qu'il a néanmoins retenu une capacité de travail de 50%. Une instruction complémentaire était dès lors nécessaire. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision rendue le 20 novembre 2018 en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1er mai 2012 au 31 mai 2013 et à une rente entière d'invalidité dès le 18 juillet 2017.
4. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- à la recourante pour ses dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de CHF 4'962.59.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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