RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/894/2019 **ATAS/444/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mai 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1973, a essentiellement travaillé en qualité de vendeuse ou caissière auprès de différents employeurs. Elle a notamment été employée par B_____ de juin 2000 à mars 2005, avant de percevoir des indemnités de chômage. Elle a ensuite travaillé durant deux mois, de février à avril 2011, pour la C_____. Elle n'a plus exercé d'activité lucrative par la suite.

b. Le 18 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une dépression et une obésité morbide.

c. Dans un rapport du 8 mai 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du service des spécialités psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), de personnalité émotionnellement labile (F 60.3), d'obésité morbide qui serait traitée par by-pass gastrique, et de hernies discales. S'agissant du pronostic, une reprise du travail serait envisageable à moyen terme, à distance du by-pass, à 50 % au plus. L'incapacité de travail était complète depuis des années, avec une capacité de travail de 50 % durant deux mois en janvier et février 2011.

d. L'assurée a subi un by-pass gastrique le 24 juin 2014. Les médecins ont attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 28 juillet 2014.

e. L'assurée a suivi un stage de serveuse à 50 % du 12 janvier au 6 février 2015 dans un café, dans le cadre d'une mesure professionnelle mise en place avec le concours de l'OAI. Ce stage a été jugé positif par le responsable de la fondation Intégration Pour Tous, qui a relevé que l'assurée n'avait eu aucune difficulté et qu'elle pouvait tout à fait travailler dans un établissement de petite taille sans restauration.

f. Dans un rapport de réadaptation daté du 17 avril 2015, l'OAI a noté la fin des mesures d'ordre professionnel et a conclu que l'assurée pouvait travailler à 50 % dans une activité de type petite restauration ou cafétéria. Il n'y avait aucun élément suggérant qu'elle ne pouvait pas exercer ce type d'activité à 100 %.

g. La doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et nouveau médecin traitant de l'assurée, a rendu le 19 novembre 2015 un rapport indiquant que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. Les diagnostics étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), de personnalité émotionnellement labile (F 60.3), et de phobie sociale (F 40.1). Une reprise du travail à 50 % pouvait être envisagée à moyen terme, mais l'assurée présentait pour l'heure des problèmes gynécologiques, et une hystérectomie était programmée pour fin 2015. Il fallait donc attendre que l'assurée ait récupéré de cette opération avant d'envisager une reprise du travail.

h. Dans un rapport du 29 février 2016, la Dresse E_____ a mentionné que l'état de santé de l'assurée était stationnaire.

i. Le 25 mai 2016, l'assurée a subi une cure de prolapsus avec une hystérectomie subtotale et une salpingectomie. Une incapacité de travail totale a été attestée jusqu'au 26 juin suivant.

j. Le rapport du 15 septembre 2016 rédigé par la Dresse E_____ confirmait que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, avec une évolution jugée plus ou moins favorable.

k. À la demande de l'OAI, une expertise psychiatrique a été réalisée par les docteurs F_____ et G_____, spécialistes FMH en psychiatrie et médecins aux HUG, qui ont rendu leur rapport le 8 janvier 2017 après cinq entretiens avec l'assurée. En substance, les experts ont conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité. Ils ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F 60.31) depuis l'adolescence ; de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 31.1) ; et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F 10. 1) depuis 2014 ; d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F 50.4), depuis 1996.

L'assurée vivait un sentiment envahissant et persistant de tension permanente, l'amenant à s'isoler socialement et professionnellement. Le trouble dépressif (idées de dévalorisation, clinophilie, sentiment de culpabilité, importante anxiété) ne lui permettait que difficilement et au prix d'un important effort d'honorer ses rendez-vous, de travailler et d'interagir adéquatement avec autrui. D'autre part, le tableau cognitif, avec des difficultés attentionnelles et une diminution de la capacité de concentration, rendait l'exercice d'une activité lucrative impossible. L'assurée n'avait que peu de ressources. Du fait de la nature et de la sévérité des troubles et de leur impact sur le fonctionnement social et interpersonnel de l'assurée, le pronostic était très réservé.

Les limitations psychiques et mentales de l'assurée la privaient de toute capacité de travail depuis 2005. Elle n'avait jamais pu se remettre de son licenciement à la suite de son congé-maternité et avait connu, depuis cette date, plusieurs arrêts maladies établis par sa psychiatre, d'abord à 50 % en novembre 2009 et du 1er janvier au 28 février 2010, puis complets du 1er avril 2010 au 30 juin 2010 et du 1er décembre 2012 au 31 mars 2013, du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2013, et du 1er janvier au 28 février 2014.

l. Le docteur H_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a allégué dans son avis du 10 avril 2018 plusieurs contradictions dans l'expertise, notamment quant à l'incapacité de travail totale depuis 2005. Il a affirmé que l'assurée avait en effet été occupée après cette date pendant cinq ans chez B_____. S'agissant des relations affectives de l'assurée,

qualifiées d'instables par les experts, le SMR constatait qu'elle avait de bonnes relations avec ses enfants. En ce qui concernait l'incapacité de l'assurée à honorer ses rendez-vous, le SMR retenait qu'elle s'était présentée ponctuellement aux cinq entretiens avec les experts. De plus, il n'y avait aucun constat clinique concernant les troubles cognitifs, et aucun bilan neuropsychologique n'avait été réalisé, ce qui rendait surprenante la conclusion des experts quant à une incapacité de travail totale. La symptomatologie dépressive était de plus décrite en partie de manière subjective au status. Le SMR a recommandé une nouvelle expertise psychiatrique.

m. En date du 29 novembre 2018, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a rendu une nouvelle expertise, se fondant sur un unique entretien et des tests psychométriques. Il a noté que l'assurée avait pleuré à une ou deux reprises en évoquant quelques moments difficiles de sa vie, mais elle était globalement assez souriante. On ne relevait pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. L'assurée investissait la relation avec sa fille cadette, qui d'ailleurs semblait plutôt parentifiée et aidait sa mère dans différentes tâches quotidiennes. Elle était également parfaitement investie dans sa vie affective avec son nouveau compagnon, qu'elle connaissait depuis novembre 2017. Ils partageaient de nombreux loisirs et sortaient beaucoup. Elle voyait régulièrement une voisine ou son père, assumait toutes ses tâches domestiques et avait de nombreux loisirs. Lorsque l'assurée était anxieuse, ou en proie à des sentiments de vide, elle avait tendance à se « goinfrer », sans vomissements auto-induits. Elle ne se plaignait ni de troubles de l'attention, ni de la concentration. Il n'y avait pas non plus de suicidalité. Il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM-5. L'assurée ne souffrait pas de phobie simple, de claustro- ou agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, ni d'un trouble obsessionnel compulsif. Parler face à du monde provoquait des attaques d'angoisse. L'expert a détaillé les résultats des tests psychométriques, concluant à une mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation. Ce type de profil se retrouvait en général chez les sujets ayant tendance à majorer ou amplifier leurs difficultés. Cela pourrait expliquer en partie la discordance d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient. L'aggravation en 2016 semblait conditionnée non par des difficultés personnelles, mais par une rupture sentimentale difficile, son compagnon de l'époque s'étant suicidé. Elle avait depuis retrouvé un équilibre satisfaisant, nouant rapidement des liens en novembre 2017 avec un nouvel ami. Ainsi, dès novembre 2017, la situation s'était manifestement stabilisée.

S'agissant du trouble dépressif, le Dr I_____ relevait une évolution favorable, soit un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. La recherche de phase maniaque et hypomaniaque n'avait pas été contributive. Il en avait conclu que l'assurée suivait une évolution vers une dysthymie. Au plan de la personnalité, elle était marquée par d'importantes carences affectives, qui avaient contribué à une atteinte de l'identité souvent un peu floue et confuse. Elle était marquée par un

sentiment de vide affectif, ce qui déclenchait une dépendance du registre anaclitique de type sauvetage, mais elle se désinvestissait rapidement en raison d'une intolérance marquée à la frustration et des difficultés au rapprochement. Toutefois, elle avait fait preuve de bonnes capacités de résilience face à différentes séparations, car elle avait pu retrouver chaque fois un nouveau compagnon et avait pu assumer l'éducation de ses enfants. Le tout orientait vers une personnalité borderline, actuellement non décompensée. Les autres pathologies psychiatriques étaient un binge eating disorder qui avait nécessité la pose d'un by-pass en 2014, et une phobie sociale qui ne pouvait pas être identifiée comme un diagnostic autonome, car « les difficultés alimentaient les racines des difficultés relationnelles vécues en situation de stress avec un sentiment d'hostilité diffuse ». Bien que l'assurée récusât toute dépendance éthylique, il était néanmoins probable que lors de ruptures sentimentales, elle avait compensé des sentiments de vide, d'ennui et d'anxiété par quelques abus d'alcool.

Les diagnostics étaient ainsi ceux de dysthymie (F 34.1), de trouble dépressif récurrent en rémission (F 33.42), de binge eating disorder (F 50.8), et de personnalité borderline (registre abandonnique) (F 60.3). Ce dernier diagnostic avait une répercussion sur la capacité de travail, contrairement aux autres atteintes. S'agissant des incapacités de travail médicalement établies, il existait manifestement une discordance entre les conclusions des différents rapports médicaux et les éléments objectifs. L'expertise des médecins des HUG laissait un certain nombre d'interrogations au vu de la relation sentimentale nouée en novembre 2017. Il était difficile de savoir si entre mars et juin 2017, la capacité de travail était effectivement entière, compte tenu du suicide de son ancien compagnon. Il s'agissait plutôt d'une réactivation de l'épisode dépressif ou d'un trouble de l'adaptation, qui avait évolué favorablement en moins de six mois. Selon le Dr I_____, l'assurée était « parfaitement fonctionnelle » au moins depuis août 2014, lorsqu'elle avait pu réaliser un stage. Elle avait fait preuve de bonnes capacités adaptatives en assumant l'éducation de ses enfants, certes avec des relations sentimentales instables et des projets professionnels peu ancrés sur la durée. Elle avait toujours fait preuve d'étonnantes ressources pour se relancer sentimentalement, gérer ses enfants, conserver de bonnes relations avec ses ex-maris ou compagnons, et nouer de nouvelles relations sociales. L'assurée était en partie disposée à coopérer, car l'importance des bénéfices secondaires semblait actuellement au premier plan. Certes, le trouble de la personnalité engendrait une certaine fragilité face aux séparations et aux conflits, mais ne représentait pas un handicap majeur puisque l'assurée avait pu travailler au moins cinq ans chez B_____. Sa vie affective et son réseau social ne plaidaient pas pour des combinaisons de handicaps majeurs.

La capacité de travail était complète du 1er mars 2014 au 1er août 2016 (date du suicide de son compagnon) ou au 30 octobre 2017. Elle était totale dès le 1er novembre 2017. Si l'assurée pouvait maintenir une relation stable, essentielle, et

le lien avec sa fille, il n'y avait pas d'indication à une évolution défavorable. La poursuite du suivi psychiatrique était indispensable. Cette capacité de travail pouvait être mise en valeur dans toute activité adaptée à ses compétences, vendeuse en magasin, activité de service, nettoyeuse. À la question portant sur la capacité de travail, l'expert a répété qu'elle était exigible à 100 % dès le 1er novembre 2017.

n. Dans son rapport final du 6 décembre 2018, le Dr H_____ a commenté l'expertise du Dr I_____. Il a conclu que les limitations fonctionnelles et la capacité de décision de l'assurée n'étaient pas significatives dans sa vie quotidienne. L'expert attestait que l'assurée était parfaitement fonctionnelle depuis au moins août 2014, et que sa capacité de travail était pleine dès cette date. Selon le SMR, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail durable.

o. Dans son projet de décision du 14 décembre 2018, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assurée, se référant à l'avis du SMR selon lequel celle-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durable et incapacitante.

p. Par décision du 8 février 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

B. **a.** Par courrier du 5 mars 2019, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 8 février 2019 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) et a requis des mesures de réadaptation professionnelle. Elle a fait valoir qu'elle avait un nouveau psychiatre. Elle a joint un rapport d'évaluation du 2 mars 2019 de Monsieur J_____, psychologue, détaillant les résultats d'un questionnaire d'auto-évaluation des troubles psycho-pathologiques et de tests cognitifs, d'un questionnaire d'auto-évaluation de l'impulsivité, d'un questionnaire relatif au trouble de la personnalité, et de tests liés à l'anxiété et à la dépression. En substance, M. J_____ considérait que la recourante souffrait de troubles de la personnalité marqués, d'une anxiété moyenne et d'une dépression sévère.

b. Par réponse du 2 avril 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant les conclusions de l'expertise du Dr I_____ et celles du SMR.

c. Par courrier du 18 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique à la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et les a invitées à se déterminer sur la désignation de cette experte.

d. Les parties n'ayant pas fait valoir de motifs de récusation, un projet de mission d'expertise leur a été communiqué le 27 juillet 2020 par la chambre de céans. Les parties n'ont pas formulé de remarques sur son contenu dans le délai qui leur a été imparti à cet effet.

e. Par ordonnance du 6 janvier 2021 (ATAS/2/2021), la chambre de céans a confié l'expertise de la recourante à la Dresse K_____. Elle a en substance retenu que les conclusions contradictoires des deux expertises respectivement réalisées en janvier 2017 et décembre 2018 ne permettaient pas de trancher le droit aux prestations de la

recourante. Quant au rapport de M. J_____, il laissait planer des doutes sur la persistance d'éventuels symptômes dépressifs.

f. La Dresse K_____ a rendu son rapport le 29 novembre 2021.

Son expertise se fondait sur trois entretiens de deux heures chacun avec la recourante, en août, septembre et octobre 2020. L'experte avait également eu un entretien téléphonique de 45 minutes avec la recourante le 22 novembre 2021, ainsi que des entretiens téléphoniques avec les psychiatres et le psychologue de la recourante en novembre 2021.

Décrivant une journée-type, la recourante a exposé qu'elle avait du mal à se lever, à se laver et à cuisiner et qu'elle n'avait pas de but précis dans sa journée. Elle se levait vers sept heures du matin, se forçait à sortir son chien, mais elle n'y parvenait pas toujours et le laissait alors faire ses besoins sur son balcon. Elle regardait la télévision de façon distraite et restait dans son canapé pendant plusieurs heures. L'après-midi, elle se reposait. Elle ne cuisinait pas. Les tâches domestiques étaient assumées par sa fille qui l'aidait à faire ses courses, et l'administratif était géré avec l'aide de ses enfants. Elle se couchait vers 22 heures, se réveillant plusieurs fois par nuit, sans toujours réussir à se rendormir.

L'anamnèse révélait une tentative de suicide à l'âge de 14 ans, une dépression post partum après la naissance de son second enfant en 1996, avec hospitalisation, puis une seconde tentative de suicide en 2001. L'experte a noté que la recourante avait entièrement repris le poids perdu à la suite du by-pass gastrique posé en été 2014. L'hétéro-anamnèse révélait une humeur triste en permanence depuis plusieurs années, avec des crises plus graves au cours desquelles la recourante présentait des symptômes psychotiques. Avec les années, elle avait perdu confiance et estime d'elle-même. L'experte a également décrit le traitement médicamenteux et son évolution.

La recourante se disait triste en permanence depuis très longtemps, mais l'annonce du cancer de son ex-mari en avril 2019 l'avait « sciée ». Auparavant, en dehors de nombreuses crises de dépression, elle se décrivait comme une personne qui ne montrait pas ses émotions. Elle avait de la peine à demander de l'aide et à parler de sa vie. Elle se considérait impulsive sur le plan émotionnel, notamment avec ses enfants. Quand elle se sentait bien, elle avait envie d'avoir des relations, de se montrer active, de faire beaucoup de choses sur le plan domestique, mais cela faisait très longtemps qu'elle ne s'était pas sentie bien. Actuellement, elle n'avait aucune motivation et devait se pousser pour des choses habituelles. Tout représentait un effort insurmontable, même sa toilette, et elle pouvait rester plusieurs jours sans se laver. Elle se plaignait d'une fatigabilité dès le réveil. Elle décrivait sur le plan somatique des douleurs dans le dos et les articulations. Elle considérait qu'elle passait à côté de sa vie, qu'elle ne s'en sortait pas avec ses enfants, qu'elle n'était pas une bonne mère, qu'elle n'arrivait pas à ranger sa maison, qu'elle ne faisait rien de sa vie et ratait tout ce qu'elle faisait. Elle n'avait

plus de compagnon et en souffrait. Elle décrivait un sommeil perturbé en raison d'un endormissement difficile et de réveils nocturnes dus à des douleurs. Son appétit était troublé par des compulsions alimentaires boulimiques, sans vomissements, en moyenne deux fois par jour, exacerbées par les crises d'angoisse quotidiennes. Elle avait pris 11 kg entre l'automne 2020 et le mois de novembre 2021. Elle se disait fatiguée en permanence. Elle n'avait aucune libido. Elle avait du mal à se concentrer sur ce qu'on lui disait ; elle ne se souvenait pas des événements récents et de certains événements anciens ; elle se sentait distraite dans la vie de tous les jours. Elle ruminait toute la journée des pensées négatives qui renforçaient ses angoisses, ce qui l'amenait à manger de façon compulsive. Son estime de soi était nulle, elle se décrivait « comme une loque ». Elle se sentait extrêmement coupable de n'avoir pas maintenu sa perte de poids après la pose d'un by-pass. Elle ne savait pas quoi faire de sa vie et n'avait pas de vision de l'avenir. Elle n'aimait pas être devant plusieurs personnes, évitant les groupes car elle avait l'impression d'être jugée de façon négative. Elle se forçait à aller boire un café plusieurs matins par semaine chez une amie, et était motivée à l'idée de voir ses enfants. Elle n'avait de motivation pour rien d'autre.

À l'examen clinique, la Dresse K_____ a constaté un aspect extérieur négligé mais une hygiène correcte. La recourante présentait des scarifications sur les bras et se pinçait régulièrement la peau. Elle ne manifestait pas de démonstrativité. Ses mimiques étaient figées, avec le regard qui partait souvent dans le vague. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur. L'experte relevait des signes indirects d'anxiété et d'asthénie, et une baisse de l'élan vital. La recourante pouvait se concentrer cinq minutes puis « décrochait ». Elle souffrait de troubles de l'attention et avait parfois des « manques du mot », et avait besoin de consulter ses notes pour se rappeler le nom de ses thérapeutes. Ses pleurs semblaient authentiques. La recourante présentait une labilité émotionnelle, des culpabilisations excessives, une estime de soi nulle et une auto-dévalorisation. Elle n'avait pas d'espoir, se montrait pessimiste, avait de nombreux regrets et le sentiment que toute tâche était une montagne.

S'agissant des critères diagnostiques pour un trouble de la personnalité, le contact à la réalité était préservé, il n'y avait pas d'argument clinique en faveur de délires ou d'hallucinations ni de troubles psychotiques structurels. L'anamnèse ne mettait pas en évidence d'actes suicidaires depuis de nombreuses années. Il y avait toutefois une impulsivité liée à ses relations interpersonnelles et professionnelles. Le parcours de vie était plutôt en dents de scie, avec de nombreux changements de cap et un sentiment de vide intérieur confirmé à l'auto-anamnèse. On constatait une labilité émotionnelle et un syndrome de diffusion d'identité à l'évocation des relations avec ses proches. L'ensemble de ces éléments confirmait le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31).

À la recherche d'un trouble de l'humeur, l'experte a souligné que la recourante était dépressive et sa fatigabilité était visible en entretien. Certains intérêts étaient malgré

tout conservés, comme aller boire un café le matin chez une amie ou voir ses enfants. La concentration et la tension étaient fluctuantes au status. L'estime de soi était nulle ; les idées de dévalorisation et de culpabilité étaient très présentes. L'avenir était vu de façon pessimiste mais il n'y avait pas d'idées de suicide. Le sommeil était fortement perturbé et l'appétit n'avait pas diminué. La recourante totalisait ainsi deux critères de première ligne et cinq critères de seconde ligne, ce qui correspondait à un épisode dépressif qualifié de moyen. Selon l'experte, la recourante avait vécu de nombreuses crises de dépression durant plusieurs semaines à plusieurs mois, et le diagnostic était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F 33.10), avec comme particularité l'augmentation de la fréquence des crises au fil des ans et la chronicisation de l'humeur triste. L'experte a encore relevé que les critères de la CIM-10 n'étaient pas tous réunis pour le diagnostic de phobie sociale, mais qu'il y avait toutefois une tendance de la recourante à éviter les situations sociales anxiogènes, particulièrement depuis la reprise de poids entre 2020 et 2021.

En conclusion, l'experte posait les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique et de boulimie atypique (bulimia nervosa, F 50.3).

Par rapport à l'expertise du Dr I_____ de novembre 2018, l'experte K_____ considérait que l'état clinique de la recourante s'était dégradé, dès lors que celle-ci souffrait de phobie sociale, d'une angoisse permanente qui aboutissait à des crises boulimiques quotidiennes, et de troubles de la concentration. Elle a du reste relevé une contradiction s'agissant de la négation de la phobie sociale dans l'expertise du Dr I_____, alors que la recourante avait évoqué des crises d'angoisse lorsqu'elle devait parler face à du monde. La Dresse K_____ a encore noté que le Dr I_____ avait fait un lien entre la présence de scores pathologiques à certains tests et les sujets ayant tendance à majorer ou amplifier leurs difficultés. Or, c'était le propre des personnes présentant une personnalité émotionnellement labile de type borderline d'être au carrefour entre les territoires psychotique et névrotique, et la symptomatologie dépressive avait pour caractéristique de modifier les représentations de soi et du monde d'une manière négative et pessimiste. Cela ne faisait pas forcément des personnes déprimées des « majorateurs ».

S'agissant du rapport du 2 mars 2019 de M. J_____, l'experte a retenu que la description clinique était succincte et pas assez détaillée, et que les tests cognitifs ne décrivaient pas le type de mémoire affecté. Il manquait des détails qui auraient permis d'atteindre les seuils pour les différentes personnalités décrites par le psychologue. L'experte s'éloignait également des conclusions de ce dernier, considérant qu'il n'y avait pas eu de crise maniaque chez la recourante mais des épisodes dépressifs, avec des symptômes psychotiques à certains moments.

Les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse K_____ étaient une baisse de l'élan vital, une fatigabilité, une tristesse, une dévalorisation excessive et un pessimisme. L'experte a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité en

raison des limitations fonctionnelles qui empêchaient la recourante de mobiliser ses ressources. Le diagnostic de boulimie atypique n'était pas forcément incapacitant, pris de façon isolée, mais il aggravait le pronostic, dans la mesure où la prise de poids conséquente laminait à la fois l'estime de soi et les capacités à se mobiliser physiquement de la recourante. De même, le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline n'était pas forcément incapacitant pris isolément, mais associé au trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, il en aggravait l'évolution et entamait les capacités de résilience et les ressources de la recourante. C'était dès lors la comorbidité entre ces différentes pathologies qui permettait de conclure à une capacité de travail nulle. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail depuis 2015, l'experte a noté qu'après la chirurgie gastrique d'août 2014, l'assurée disait se sentir bien et avait trouvé en janvier 2015 un stage à 50 %. Le rapport de la Dresse E_____ mentionnait à l'époque un état dépressif léger, ce qui correspondait à une incapacité totale de travail de 10 à 30 %, soit 20 % en moyenne. Dès lors, l'experte considérait que la capacité de travail en 2015 pouvait être évaluée à 80 %. En 2016, cette situation allait s'aggraver, la recourante étant en incapacité de travail due à une cure de prolapsus urogénital du 26 mai au 26 juin 2016. La Dresse E_____ estimait une reprise possible à 50 %. Toutefois, cette psychiatre considérait que l'état psychique s'était aggravé depuis août 2016 avec un épisode moyen du trouble dépressif récurrent. Ainsi, pour l'année 2016, l'experte estimait la capacité de travail à 80 % jusqu'en août 2016, puis nulle dès cette date. En 2017, la recourante avait été hospitalisée en février à la clinique genevoise de Montana pour exacerbation d'un état anxio-dépressif, ce qui impliquait que sa capacité de travail était encore nulle à ce moment. Les entretiens entre mars et août 2017 avec l'experte F_____ révélaient une symptomatologie compatible avec le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ainsi que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. La capacité de travail était nulle dans tout type d'activité selon la Dresse F_____, ce que l'experte K_____ confirmait. Ainsi, la capacité de travail était nulle pour l'année 2017. Pour l'année 2018, la Dresse K_____ n'avait pas pu recueillir d'éléments probants de janvier 2018 jusqu'à l'expertise de novembre 2018 faite par le Dr I_____. Elle a relevé que l'expertise de ce dernier donnait un sentiment de normalité, en indiquant par exemple que la recourante assumait toutes ses tâches ménagères, soutenue par sa fille. La Dresse K_____ se demandait toutefois s'il fallait comprendre que la recourante était alors déjà dépendante de sa fille pour les tâches quotidiennes. Début 2019, la recourante présentait selon ses thérapeutes un état dépressif sévère, avec des symptômes psychotiques, notamment le sentiment d'être surveillée. Elle avait alors été mise au bénéfice de neuroleptiques atypiques pour stabiliser les symptômes psychotiques temporairement observés. L'hétéro-anamnèse révélait une persistance de l'état dépressif au cours des années 2019 et 2020.

En définitive, l'experte a retenu que la capacité de travail sur le plan psychiatrique avait évolué ainsi : 80 % en 2015 et jusqu'à juillet 2016 ; nulle d'août 2016

jusqu'en 2017. Il n'y avait pas assez d'éléments pour se prononcer sur la capacité de travail en 2018. La capacité de travail était à nouveau nulle depuis 2019.

En l'espèce, l'experte n'avait pas d'éléments pour évoquer une majoration volontaire des difficultés. Elle a en outre souligné que de nombreux traitements avaient été tentés, sans succès. La recourante oubliait parfois certains rendez-vous médicaux ou se sentait trop fatiguée pour s'y rendre, mais elle cherchait les soins. Elle n'avait plus les ressources suffisantes pour faire face à ses pathologies psychiques, qui se potentialisaient mutuellement. Le temps important qui s'était écoulé entre les trois premiers entretiens en 2020 et l'entretien téléphonique de novembre 2021 avait permis d'avoir une idée de l'évolution des troubles sur un an environ et de se prononcer sur le pronostic. Malgré une prise en charge conséquente, avec une réévaluation régulière du traitement médicamenteux et des séances d'hypnose, l'évolution était défavorable. Le pronostic était extrêmement réservé.

g. L'intimé s'est déterminé le 16 décembre 2021. Se référant à la position du SMR, il a soutenu que l'expertise de la Dresse K_____ était incomplète et non concluante. Il maintenait ainsi sa position.

Dans l'avis joint du 14 décembre 2021, la doctoresse L_____ a relevé que l'experte ne se prononçait pas sur la capacité de travail de la recourante en 2018, malgré l'expertise du Dr I_____. Elle ne se déterminait pas sur les conclusions de cet expert, pourtant convaincantes. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante en 2020 et 2021, il aurait été souhaitable que l'experte analyse avec précision les indicateurs jurisprudentiels de gravité. En effet, le trouble dépressif récurrent était d'intensité moyenne et non sévère, et le trouble de la personnalité n'était pas décrit comme décompensé. La recourante n'avait pas totalement limité ses activités quotidiennes, et il manquait des informations concernant la compliance médicamenteuse, notamment avec des dosages sanguins des antidépresseurs et neuroleptiques. Par ailleurs, l'experte avait eu des entretiens téléphoniques avec les médecins traitants et la recourante, mais il était difficile de comprendre si les plaintes relevaient de 2020 ou de 2021. Elle n'avait pas rapporté la teneur de ses entretiens avec chaque interlocuteur, de sorte qu'il était difficile de cerner avec précision l'évolution de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail pour cette période. Enfin, le SMR ne comprenait pas pourquoi la Dresse K_____ avait attendu une année après les entretiens avec la recourante avant d'établir ses conclusions. Le SMR considérait que les données objectives de cette expertise révélaient une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à l'expertise du Dr I_____, probablement dès avril 2019, date du diagnostic de cancer chez son premier mari. L'analyse de la Dresse K_____ était incomplète et ne permettait pas d'analyser les indicateurs, ni l'évolution de la capacité de travail.

h. La recourante s'est quant à elle déterminée le 20 décembre 2021. Elle a requis « l'invalidation de l'expertise du Dr I_____ », la reconnaissance de son incapacité

de travail complète de manière rétroactive et un dédommagement pour tort moral de CHF 10'000.-

i. Après avoir transmis copie de ces écritures aux parties le 23 décembre 2021, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà admis sa compétence dans l'ordonnance du 6 janvier 2021, qui a également tranché la recevabilité du recours.

2. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le présent recours était pendant à cette date, il reste cependant soumis à l'ancien droit (art. 82*a* LPGA a contrario).

Quant aux modifications de la LAI du 19 juin 2020, entrées en vigueur le 1er janvier 2022, elles ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. La recourante a également conclu à l'octroi d'une indemnité pour tort moral.

À ce sujet, on rappellera que selon l'art. 78 LPGA, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2).

Il appartient ainsi à l'intimé de statuer sur une éventuelle demande d'indemnité pour tort moral. La recourante devra ainsi le cas échéant solliciter une décision de l'intimé à cet égard, et sa conclusion sur ce point est irrecevable dans la présente procédure.

4. En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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) (al. 1). 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 (al. 2).

5. 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).

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).

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).

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).

6. 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. À 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).

7. 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).

8. En l'espèce, il convient de déterminer la valeur probante des différentes expertises réalisées.

Dans ce cadre, il faut notamment souligner que les motifs invoqués par le SMR pour invalider l'expertise des Drs F_____ et G_____ peinent partiellement à convaincre. Le Dr H_____ affirme en effet que ces experts ne pouvaient être suivis lorsqu'ils admettaient une incapacité de travail totale depuis 2005, car la recourante aurait par la suite travaillé cinq ans chez B_____. Or, son activité pour cet employeur est antérieure à 2005. Cet argument tombe ainsi à faux. Cela étant, il est vrai que si le rapport des Drs F_____ et G_____ est généralement détaillé, le status clinique se contente essentiellement de reprendre les plaintes verbalisées par la recourante, et les experts se limitent à rapporter qu'ils ont observé une symptomatologie dépressive et anxieuse lors des entretiens, sans plus d'indications sur la nature de ces symptômes.

En ce qui concerne le rapport du Dr I_____, il se fonde sur un unique examen, relativement bref, et sur des tests psychométriques – dont l'expert a cependant largement écarté les résultats. Certes, selon la jurisprudence, ce n'est pas la durée de l'examen qui est déterminante pour la valeur probante d'un rapport médical, mais bien plutôt le fait qu'il soit complet et que ses conclusions soient convaincantes. Cela ne signifie toutefois pas qu'un examen unique de courte durée doive en tous les cas être considéré comme aussi significatif qu'une observation sur le long terme, notamment lorsque l'état de santé de la personne examinée est fluctuant ou pourrait l'être (arrêt du Tribunal fédéral 4A_66/2018 du 15 mai 2019 consid. 2.5.1). En l'espèce, au vu de la complexité des troubles de la recourante, il est douteux qu'un unique examen – de surcroît relativement bref, puisqu'il n'a duré que deux heures – soit suffisant pour se prononcer de manière fiable sur la capacité de travail de la recourante, et sur son évolution. De plus, les conclusions du Dr I_____ sont peu claires : il a en effet évoqué une capacité de travail complète de 2014 jusqu'au 1er août 2016 ou au 30 octobre 2017, ce qui ne permet pas de comprendre précisément comment il tranche la capacité de gain entre le 1er août 2016 et fin octobre 2017. Il a ensuite précisé à deux reprises que la capacité de travail était complète dès le 1er novembre 2017, ce qui donne à penser qu'elle ne l'était pas avant cette date. Une telle interprétation cadrerait du reste avec les explications de cet expert, qui semble avoir admis une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante en raison de la relation sentimentale nouée fin 2017. L'imprécision de ces conclusions suffit déjà à nier la valeur probante de cette expertise. Sur le fond, elle n'est de plus pas exempte de contradictions, puisque le Dr I_____ évoque notamment une phobie sociale – qui ne constituerait certes pas un diagnostic autonome – tout en ayant préalablement exclu des atteintes de cet ordre. En outre, cet expert a admis une incidence du trouble borderline sur la capacité de travail, tout en retenant une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux compétences de la recourante, ce qui est pour le moins contradictoire.

En ce qui concerne l'expertise de la Dresse K_____, elle contient tous les éléments formels nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Celle-ci a en effet étudié le dossier médical de la recourante,

qu'elle a complété par des entretiens avec ses différents médecins. Les plaintes de la recourante ont été rapportées, et l'experte a également consigné le status clinique de manière détaillée. Les cinq entretiens avec la recourante sont en outre un gage de fiabilité de l'expertise, puisqu'ils ont permis un examen approfondi et sur la durée de son état de santé.

Contrairement à ce que soutient le SMR, la Dresse K_____ s'est bien prononcée sur les indicateurs développés par la jurisprudence pour apprécier l'incidence de troubles psychiques sur la capacité de travail d'un assuré, notamment s'agissant des ressources et du traitement de la recourante. Ses conclusions sont claires et motivées, et elle s'est attachée en particulier à expliquer en quoi l'influence réciproque d'atteintes en elles-mêmes pas nécessairement incapacitantes conduisait à une incapacité de travail totale. Elle a par ailleurs bien commenté l'expertise du Dr I_____, émettant plusieurs remarques à son sujet. On ne voit par ailleurs pas en quoi il serait indispensable que l'experte précise à quelles périodes de 2020 et 2021 correspondent les plaintes de la recourante, puisque celles-ci ne semblent guère s'être modifiées pendant cette période. Cela vaut également s'agissant de l'évolution de la capacité de travail pendant ces années, puisqu'elle est nulle aux dires de l'experte pour l'entier de cette période. On doit aussi souligner que les conclusions de la Dresse K_____, s'agissant à tout le moins de la période postérieure à l'expertise du Dr I_____, sont d'autant plus plausibles que celui-ci admettait la possibilité d'une évolution négative en cas de rupture sentimentale, qui a bien eu lieu dans l'intervalle. Le fait que la Dresse K_____ n'ait pas expressément rapporté la teneur des entretiens avec les médecins traitants de la recourante ne saurait lui être reproché, contrairement à ce que semble soutenir le SMR, dès lors qu'il n'apparaît pas que ces discussions auraient influé de manière décisive sur ses conclusions. De plus, s'il est certainement judicieux pour un expert de s'entretenir avec les médecins traitants d'un assuré, il ne s'agit pas là d'une exigence de validité d'une expertise. Partant, l'absence de comptes-rendus à ce sujet ne suffit pas non plus à nier la valeur probante d'une expertise. Enfin, l'absence de dosages médicamenteux n'est pas déterminante – il n'est du reste pas inutile de souligner ici que le Dr I_____ n'en a pas non plus réalisé.

Partant, le rapport de la Dresse K_____, convaincant et bien motivé, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans se ralliera ainsi à ses conclusions, aux termes desquelles la capacité de travail de la recourante au plan psychiatrique était de 80 % dans toute activité en 2015 et jusqu'à juillet 2016 ; puis nulle d'août 2016 jusqu'en 2017. La capacité de travail était à nouveau nulle depuis 2019.

La chambre de céans tiendra cependant compte de l'incapacité de travail totale du 25 mai au 26 juin 2016 en raison des troubles gynécologiques.

9. Pour fixer la date de début du droit à la rente, il faut déterminer à quelle date s'est achevée la période de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, soit la date à laquelle la recourante a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 %

pendant une année. On rappellera que cette période commence à courir dès que l'assuré subit un taux d'incapacité de travail de l'ordre de 20 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3a).

Selon les chiffres 2017 et 2018 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) publiée par l'OFAS, dans sa version au 1er juillet 2020, le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué en jours (base : 365 jours). La formule suivante s'applique : (a jours à x % d'incapacité de travail) + (b jours à y % d'incapacité de travail) + (c jours à z % d'incapacité de travail) +... = 365 jours à 40 % au moins d'incapacité de travail.

La jurisprudence a repris cette formule (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1018/2010 du 12 mai 2011 consid. 4.1, pour un exemple de calcul cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 632/05 du 25 octobre 2006 consid. 4.4). Cette formule s'applique ainsi dans le cas d'espèce, a correspondant aux jours d'incapacité de travail à 20 % et b aux jours d'incapacité de travail complète :

a jours + b jours = 365 jours
b jours = 365 jours - a jours
(a x 20 %) + ([365 - a] x 100 %) = 365 x 40 %
20a + 365 x 100 - 100a = 14'600 (soit 365 x 40)
20a + 36'500 - 100a = 14'600
21'900 (soit 36'500 - 14'600) – 80a = 0
21'900 = 80a
a = 273.75, soit 21'900 / 80 (273 jours)
b = 92 jours (soit 365 – 273).

Compte tenu d'une première période d'incapacité de travail à 100 % de 33 jours, du 25 mai au 26 juin en raison des problèmes somatiques, la période restante de 59 jours d'incapacité de travail à 100 % pour la valeur b s'est achevée le 28 septembre 2016.

La recourante a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016.

S'agissant de 2018, aucune incapacité n'a pu être établie à satisfaction de droit. Il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a et arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3). Partant, à défaut d'incapacité de travail démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante pour l'année 2018, la recourante ne peut prétendre à une rente durant cette période.

L'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif - comme c'est le cas en l'espèce -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201). Suivant cette disposition, si la capacité de

gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1).

Le droit à la rente de la recourante prend ainsi fin trois mois après la fin de l'incapacité de gain établie jusqu'à fin 2017, soit le 31 mars 2018. Il renaît également trois mois après que l'incapacité de gain est à nouveau établie dès 2019 conformément aux conclusions de l'expertise judiciaire. La recourante a ainsi à nouveau droit à une rente entière depuis le 1er avril 2019.

10. Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est partiellement admis.

11. La recourante, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

12. La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable en tant qu'il porte sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

2. Déclare irrecevable la demande d'indemnité pour tort moral.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Annule la décision de l'intimé du 8 février 2019.
5. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2016 au 31 mars 2018 et dès le 1er avril 2019.
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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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