

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4313/2017

ATAS/722/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 août 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ZURICH, représentée par
INCLUSION HANDICAP Service juridique

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), est une ressortissante italo-chilienne née le _____ 1979. Elle est arrivée à Genève le 4 juillet 2000 en provenance du Chili.
2. Le 6 juin 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), invoquant une dépression et un trouble de la personnalité borderline - bipolaire présents depuis 1996.
3. Dans un rapport du 8 juillet 2013, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble bipolaire II, épisode actuel dépressif, depuis le début de l'âge adulte, et de trouble de la personnalité borderline depuis l'adolescence, et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de deux tentamens médicamenteux depuis le début de l'âge adulte. Elle suivait l'assurée depuis décembre 2006. Précédemment, cette dernière avait été traitée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où elle avait été hospitalisée à deux reprises, du 25 au 30 septembre 2006 et du 8 au 10 juin 2009. Elle était célibataire, sans enfant et vivait chez ses parents dont elle dépendait financièrement. Elle avait dû interrompre ses études de graphiste et ne travaillait pas. Elle présentait de fortes variations de l'humeur, en particulier des pensées dépressives qui l'isolaient socialement, un mal-être, une très forte culpabilité, des interprétations négatives des attitudes d'autrui et de grandes difficultés relationnelles. Le pronostic était réservé compte tenu de la gravité et de l'ancienneté des troubles psychiques. L'incapacité de travail était totale depuis le 12 décembre 2006, hormis lors d'un stage de deux mois effectué auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

À l'appui de son rapport, la Dresse B_____ a produit divers documents, dont :

- un résumé de séjour du 3 octobre 2006 relatif à son hospitalisation aux HUG du 25 au 30 septembre 2006, en lien avec un tentamen. Dans ce contexte, l'assurée avait pu exprimer sa crainte de rechute dépressive et de ses sautes d'humeur qui entraient probablement dans un tableau de trouble de la personnalité borderline, déjà diagnostiqué au Chili par le passé ;
- un rapport du 7 décembre 2007 établi par la Dresse B_____, laquelle retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de personnalité limite. La patiente était dysthymique depuis ses 15 ans. Elle était entrée à l'université au Chili à 17 ans et avait fait une dépression et un tentamen médicamenteux à 19 ans. Elle avait interrompu ses études vers 19-20 ans, fait une rechute dépressive et consulté plusieurs psychiatres. Elle avait néanmoins réussi sa deuxième année de graphisme au Chili. Elle était arrivée à Genève à 20 ans avec sa famille. En 2001-2002, elle avait tenté de suivre un cours de graphisme en Espagne, mais son état psychique ne lui avait pas permis d'achever cette formation. Elle était alors suivie par un psychiatre et sous traitement médicamenteux, sans amélioration. En 2004, elle avait fait un stage de trois mois

et travaillé deux mois au sein de la même entreprise. Par la suite, elle avait fait un stage de designer de deux à trois mois en tant qu'assistante de direction dans une entreprise. Sur incitation de sa mère, elle avait suivi des études artistiques au sein d'une haute école spécialisée et réussi sa première année. Lors de sa seconde année, elle avait dû subir un avortement, ce qui l'avait conduite en dépression et à interrompre ses études. Elle avait alors occupé un emploi temporaire de graphiste auprès de l'Organisation des nations unies (ONU) pendant quatre mois, suivant simultanément des cours d'allemand, puis d'anglais. Son grand-père, ses deux grandes tantes et deux cousins maternels souffraient ou avaient souffert de dépression ;

- un résumé de séjour du 16 juin 2009 suite à son hospitalisation aux HUG du 8 au 10 juin 2009, en lien avec un tentamen dont il ressort que l'assurée présentait une personnalité émotionnellement labile, type borderline ;
 - deux rapports établis par la Dresse B_____, respectivement les 21 août 2009 et 14 mars 2012, laquelle confirmait ses diagnostics et constatations concernant l'assurée ;
 - un rapport du 23 janvier 2012 du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de Madame D_____, psychologue des HUG, lesquels retenaient les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline, et de trouble affectif bipolaire de type II, épisode actuel de dépression sévère. Le premier épisode dépressif majeur était intervenu lorsque l'assurée était âgée de 17 ans et avait duré plusieurs mois. À 19 ans, un nouvel épisode dépressif était survenu qui l'avait conduite à une tentative de suicide médicamenteux. Une seconde tentative de suicide avait eu lieu en 2006, durant un troisième épisode dépressif d'intensité moyenne. Le premier épisode compatible avec de l'hypomanie était décrit par l'assurée en 2008. Elle admettait avoir eu des difficultés à prendre conscience de cette condition avant 2008. En juin 2009, l'assurée avait fait une troisième tentative de suicide médicamenteux, dans le contexte d'un échec d'admission dans une école de photographie. L'anamnèse et les examens complémentaires mettaient en lumière plusieurs épisodes dépressifs sévères depuis l'adolescence ainsi qu'au moins un épisode compatible avec de l'hypomanie, raison pour laquelle le diagnostic de trouble affectif bipolaire de type II était retenu. L'anamnèse psychiatrique conduisait également à retenir le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline, qui semblait être au premier plan cliniquement. En effet, l'instabilité affective et sa problématique dans les relations interpersonnelles semblaient primordiales dans les difficultés rencontrées et cela en dehors des phases de décompression thymique.
4. Le 4 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée que ni des mesures d'intervention précoce, ni des mesures de réadaptation n'étaient actuellement indiquées.

5. Dans un avis du 29 novembre 2013, la doctoresse E_____ du service médical régional AI (ci-après : SMR) a préconisé la tenue d'une expertise afin d'évaluer l'atteinte psychiatrique de l'assurée depuis l'adolescence, de définir s'il existait ou non une incapacité de travail avant son arrivée en Suisse et de déterminer l'exigibilité.
6. Le 27 janvier 2014, l'assurée a quitté Genève pour s'installer à Zurich.
7. Le 4 février 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique était confiée à la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et a joint les questions posées à l'experte, avec un délai pour poser des questions complémentaires et soulever d'éventuels motifs de récusation.
8. Dans un rapport du 27 mai 2014, la Dresse F_____ a rappelé le contexte de l'expertise. Elle a précisé avoir examiné l'assurée le 23 avril 2014 et s'être entretenue par téléphone avec elle et la Dresse B_____, respectivement les 9 et 22 mai 2014. Elle a résumé les pièces médicales mises à sa disposition, exposé l'anamnèse de l'intéressée, relaté ses plaintes et fait état de ses constatations objectives, avant de poser ses diagnostics, de livrer son appréciation du cas et de répondre aux questions posées.

L'experte a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble bipolaire de type II, depuis l'adolescence, épisode actuel de dépression moyenne sans syndrome somatique, de trouble mixte de la personnalité (borderline et paranoïaque), depuis l'adolescence, actuellement compensé, et de trouble panique. Elle a également retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'effet indésirable survenu au cours de l'utilisation d'un antidépresseur (surdosage), de status post tentamens médicamenteux en 2006, 2009 et 2010 ou 2011, de difficultés en lien avec l'emploi ou le chômage, de difficultés liées au logement et aux conditions économiques et de difficultés liées à l'acculturation.

Lors d'un entretien téléphonique, la Dresse B_____ lui avait communiqué sa conviction que l'assurée ne pouvait pas travailler et devait être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, principalement en raison de son trouble de la personnalité. Pour la Dresse F_____, cette conclusion devait être nuancée. Si certaines périodes ne laissaient aucun doute quant à des incapacités de travail, parfois complètes, d'autres périodes démontraient des difficultés qui ne paraissaient pas infranchissables pour l'intéressée, mais pour lesquelles elle aurait dû mobiliser sa volonté pour les surmonter. Or, elle n'avait jamais vraiment eu besoin de surmonter ces difficultés, car elle était intégralement entretenue par sa famille sur le plan financier. Elle quittait alors simplement son travail ou ses études, sans même chercher à les poursuivre en dépit des difficultés. Il était clair que la psychopathologie était présente, mais elle ne permettait pas d'expliquer à elle seule toutes les incapacités ou les manques de motivation de l'assurée. Certains étaient en lien avec des facteurs familiaux et culturels et étaient donc d'ordre non médical. La

quantification entre ces deux versants était délicate et sujette à variation dans le temps.

L'assurée présentait des limitations fonctionnelles sur les plans psychique (aboulie, anxiété, pleurs et labilité émotionnelle, irritabilité et troubles de la concentration) et social (difficulté à établir des relations interpersonnelles, tendance méfiante et soupçonneuse et irritabilité). Les phases de dépression et les tendances interprétatives rendaient difficiles les contacts avec les collègues. Il n'y avait pas d'incidence directe des tendances interprétatives sur les activités elles-mêmes. L'activité habituelle de graphiste était théoriquement exigible mais ne paraissait pas possible, en raison de la fluctuation de la capacité de travail. L'incapacité de travail était d'au moins 20% depuis février 2006. Entre 2000 et 2006, la capacité de travail avait été de 50% en 2001 et 2002, puis de 100% jusqu'en octobre 2006, moment de l'avortement. Entre octobre 2006 et février-mars 2012, la capacité de travail était nulle. Entre avril 2012 et février 2014, la capacité de travail avait fluctué entre 50 et 100%. Depuis mars 2014, la capacité de travail était à nouveau altérée et variait entre 0 et 50%, le taux de 50% devant être privilégié compte tenu des facteurs familiaux et culturels. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée était seulement partiellement en mesure de s'adapter à son environnement professionnel. En théorie, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, compte tenu de son jeune âge. Toutefois, son état actuel rendait impossible de telles mesures. Des mesures psychothérapeutiques devaient lui permettre de recouvrer une capacité de travail de l'ordre de 50%. Il apparaissait difficile d'exiger de l'intéressée d'autres activités professionnelles en raison de la fluctuation de sa capacité de travail, liée à la multiplicité des diagnostics psychiatriques et à l'état dépressif. Enfin, il était impératif qu'elle consulte un médecin psychiatre à Zurich.

9. Dans un avis du 3 juillet 2014, la Dresse E_____ a retenu les atteintes à la santé au sens de l'AI de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, et de personnalité limite type borderline et paranoïaque. Elle a relevé que l'assurée était arrivée en Suisse le 4 juillet 2000 et qu'à cette époque sa capacité de travail était comprise entre 0 et 50%. Or, selon l'anamnèse, il apparaissait que la maladie était grave déjà à l'adolescence, avec deux épisodes de dépression sévère en 1996 et 1998. Par la suite l'intéressée n'avait pas eu la capacité de poursuivre ses études. En 2001, des traitements médicamenteux lourds avaient été initiés. Dès lors, la Dresse F_____ était invitée à confirmer le fait que l'assurée présentait une incapacité de travail totale en 2000, ou, dans le cas contraire, à expliquer pourquoi.
10. Par courrier du 15 juillet 2014, la Dresse F_____ a relevé ne jamais avoir mentionné que l'assurée présentait une capacité de travail comprise entre 0 et 50% à son arrivée en Suisse. En effet, elle avait considéré que la capacité de travail était de 50% en 2001-2002, puis de 100% jusqu'en octobre 2006, moment de l'avortement. De plus, elle n'avait pas retenu que les épisodes de dépression étaient sévères en 1996 et 1998. Il s'agissait d'une dépression majeure, mais dont

l'intensité n'avait pas été caractérisée. En 1996 et 1998, l'intensité était probablement, respectivement, moyenne et sévère.

En 2000, l'assurée était venue en Suisse, puis était partie étudier en Espagne pour des raisons linguistiques. S'il était souvent fait mention que l'intéressée n'avait pas poursuivi ses études en Espagne à cause de son mauvais moral, l'assurée elle-même avait précisé durant l'entretien d'expertise qu'elle avait dû écourter son séjour, car elle avait épuisé trop rapidement les ressources financières accordées par sa famille, ce qui avait engendré un conflit avec sa mère. À son retour, son moral était alors abaissé, ce qui était notamment en lien avec le processus d'intégration. En 2001, un traitement de Lithium avait été introduit par le psychiatre chilien, mais pour une durée de quinze jours seulement. Ainsi, pour la période 2001-2002, une incapacité de travail de 50% pouvait être admise.

L'assurée avait ensuite poursuivi sa vie sans traitement médicamenteux durable ou suivi psychiatrique régulier. Elle avait repris ses études en 2004 et travaillé quelques temps. Ce n'était qu'en 2006 qu'une « rechute dépressive » était évoquée.

Compte tenu de ces éléments, la Dresse F_____ a maintenu ses conclusions concernant la capacité de travail de l'assurée.

11. Dans un avis du 19 août 2014, la Dresse E_____ a proposé de suivre les conclusions de la Dresse F_____. Dans un avis du 17 mars 2015, elle a rappelé ou précisé que : la demande de prestation datait du « 4 juillet 2013 » ; l'assurée était en Suisse depuis 2000 ; à son arrivée en Suisse, sa capacité de travail était de 50% ; entre 2006 et 2012, la capacité de travail était nulle ; de 2012 à 2014, la capacité de travail avait fluctué entre 50 et 100%, étant précisé que les fluctuations n'avaient pas été de longue durée ; le problème d'ordre psychiatrique était le même depuis l'adolescence.
12. Dans un projet de décision du 15 septembre 2015, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Selon le SMR, son atteinte à la santé remontait à l'adolescence. En 2002, au moment de son arrivée en Suisse, sa capacité de travail était déjà restreinte à plus de 40% dans toute activité. Dans la mesure où elle ne comptait pas les années de cotisations nécessaires, elle ne remplissait pas les conditions pour le droit à une rente. Quant aux mesures professionnelles, elles n'étaient pas indiquées, n'étant pas de nature à améliorer sa capacité de travail et de gain.
13. Par courrier du 14 octobre 2015, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a demandé l'octroi de mesures professionnelles. Sa capacité de travail était moins importante que celle retenue par l'OAI. Depuis son arrivée en Suisse, elle avait occupé différents postes et payé des cotisations. Enfin, elle demandait la transmission de son dossier et l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter ses griefs.
14. Par décision du 30 octobre 2015, l'OAI a maintenu son projet de décision du 15 septembre 2015. Aucun élément médical susceptible de remettre en question les

conclusions du SMR n'avait été versé au dossier. L'assurée ne remplissait pas les conditions d'assurance. S'agissant des mesures professionnelles, elles n'étaient pas indiquées car elles ne permettraient pas de réduire le dommage, dans la mesure où sa capacité de travail était de 50% dans toute activité. Un degré d'invalidité était malgré tout reconnu, de sorte que l'assurée était invitée à s'adresser au service des prestations complémentaires (SPC) pour l'examen de ses droits.

15. Par décision du 3 novembre 2015, l'OAI a annulé cette décision, constatant qu'il avait communiqué le dossier demandé par l'assurée postérieurement à la décision du 30 octobre 2015. Un nouveau délai de trente jours était imparti à l'intéressée pour faire valoir ses observations à l'encontre du projet de décision du 15 septembre 2015.
16. Par acte du 19 novembre 2015, l'assurée a, par l'intermédiaire d'Intégration handicap Service juridique, interjeté recours contre la décision du 30 octobre 2015, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI sur les questions du droit à la rente et à des mesures de réadaptation.
17. Le 11 janvier 2016, l'assurée a retiré son recours. S'en est suivi un arrêt de la chambre de céans du 20 janvier 2016 (ATAS/36/2016) en prenant acte et rayant la cause du rôle.
18. Dans un avis du 9 février 2016, la doctoresse G_____, médecin du SMR, a considéré que l'expertise de la Dresse F_____ était convaincante. L'incapacité de travail avait évolué comme suit :
 - 1^{ère} période (arrivée en Suisse) de 2000 à 2006 : l'incapacité de travail était de 50% (capacité de travail de 50% dans toute activité) ;
 - 2^{ème} période d'octobre 2006 à février-mars 2012 : l'incapacité de travail de 100% dans toute activité ;
 - 3^{ème} période d'avril 2012 à février 2014 : la capacité de travail avait varié entre 50 et 100%, soit une incapacité moyenne de 25%, en raison des fluctuations de l'état thymique ;
 - 4^{ème} période à partir de mars 2014 : l'incapacité de travail avait varié de 50 à 100%, ce qui correspondait à une incapacité moyenne de 75% (capacité de travail de 25%) ;
 - 5^{ème} période dès le premier jour d'évaluation, soit le 23 avril 2014 : l'incapacité de travail était de 50%.

Toutes ces périodes d'incapacité de travail étaient liées à l'atteinte principale à la santé, soit le trouble bipolaire de type II compliqué par un trouble de la personnalité mixte qui, s'il était décompensé, accentuait les fluctuations thymiques et fragilisait l'état psychique. Une prise en charge régulière et adéquate était indispensable afin de préserver et stabiliser la capacité de travail. Elle pouvait permettre d'obtenir une capacité de travail comprise entre 50 et 100%, en dehors des pics de dépression.

19. Selon un extrait de compte individuel du 12 avril 2016, l'assurée a réalisé un revenu de CHF 6'713.- entre mars et mai 2004, de CHF 1'080.- entre novembre et décembre 2004, de CHF 4'208.- en 2006, de CHF 4'612.- en 2011, de CHF 4'612.- en 2012, de CHF 4'667.- en 2013 et de CHF 389.- en janvier 2014.
20. Dans un projet de décision du 22 juin 2016, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures de réadaptation.

La Dresse F_____ et le SMR considéraient que l'incapacité durable de travail avait débuté en 2000. Ainsi, la survenance de l'invalidité devait être fixée en 2001, à l'issue du délai d'attente. L'assurée, de nationalité italienne, était née au Chili et y avait vécu jusqu'à son arrivée en Suisse, en 2000. À cette époque, pour remplir les conditions d'assurance, une ressortissante italienne devait être assurée lors de la survenance de l'invalidité. Jusqu'au 31 décembre 2007, pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité, les assurés devaient compter au moins une année entière de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. En l'occurrence, au moment de la survenance de l'invalidité, en 2001, l'assurée vivait en Suisse depuis une année, mais n'exerçait pas d'activité lucrative et ne comptait pas une année entière de cotisations, de sorte qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance ouvrant le droit à une rente.

Entre fin 2002 et 2006, l'intéressée soutenait que son état s'était amélioré. Les conditions d'assurances n'étant pas remplies au terme de la période d'attente initiale, celles d'une reprise d'invalidité faisaient également défaut.

La Dresse F_____ et le SMR considéraient que les atteintes à la santé psychiques de l'assurée s'inscrivaient dans le même cadre. Ainsi, malgré un intervalle temporel, il y avait un lien factuel entre l'atteinte survenue en 2001 et l'aggravation de l'état de santé en 2014. Il s'agissait de la même maladie qui avait continué à engendrer une incapacité de travail partielle. En effet, les tentatives de formations et d'intégration du marché du travail entreprises entre 2004 et 2006 s'étaient toutes soldées par des échecs. L'interruption du caractère invalidant de l'atteinte initiale à la santé n'avait donc pas perduré, si bien que le principe d'unicité restait applicable. Ainsi, les liens de fait et de temps entre les diverses phases permettaient d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un nouveau cas d'assurance en avril 2015.

S'agissant des mesures de réadaptation, la Dresse F_____ considérait qu'un examen de ces mesures n'était pas réalisable en raison de l'état de santé de l'assurée. Toutefois, la poursuite des mesures psychothérapeutiques pouvait permettre une amélioration de la capacité de travail. Or, l'intéressée n'était plus suivie sur le plan médical depuis son déménagement à Zurich. La question de l'obligation de réduire le dommage en se soumettant à un traitement médical restait ouverte en l'état du dossier.

21. Le 28 septembre 2016, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI. Comme la Dresse F_____ l'avait relevé dans son courrier du 15 juillet 2014, l'OAI interprétait l'expertise du 27 mai 2014 à son avantage.

Sa capacité de travail avait été pleine et entière entre 2002 et 2006, de sorte qu'il était douteux de refuser de lui reconnaître la possibilité de mobiliser sa capacité de travail après les épisodes de dépression de 1996 et 1998, étant rappelé qu'à cette époque, elle avait obtenu un diplôme de graphiste au Chili. Ainsi, selon toute vraisemblance, elle était arrivée en Suisse avec une capacité de travail entière.

Elle n'avait pas pu terminer ses études en Espagne pour des raisons financières. Des motifs médicaux ne pouvaient donc pas prévaloir, ce d'autant plus que l'incapacité de travail retenue par la Dresse F_____ n'était pas motivée.

À partir d'octobre 2006, une incapacité de travail de longue durée lui avait été reconnue. La survenance de l'invalidité devait donc être arrêtée en octobre 2006, date à laquelle elle comptait au moins une année de cotisation.

Sa demande de prestations datait de juin 2013, de sorte que le droit à la rente débutait au 1^{er} juin 2014. Le degré d'invalidité devait être déterminé, étant précisé qu'elle devait percevoir à tout le moins une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014, compte tenu de l'incapacité de travail de 50% qui lui était reconnue à partir du 23 avril 2014.

Elle avait également droit à des mesures de réadaptation, son invalidité étant supérieure à 20%. De plus, l'OAI se fondait sur une expertise datant de plus de deux ans pour nier son droit aux prestations.

22. Dans un avis du 5 avril 2017, la doctoresse H_____, médecin du SMR, a considéré que l'assurée nécessitait une prise en charge spécialisée psychothérapeutique et pharmacologique, laquelle était exigible et susceptible d'améliorer la situation médicale et sa capacité de travail. L'atteinte psychiatrique existait déjà lors de l'arrivée en Suisse et justifiait une incapacité de travail de 50% dans toute activité dès 2000, fluctuant ensuite entre 0 et 100%.

23. Le 21 septembre 2017, le service de réadaptation de l'OAI a relevé que, selon le service juridique de l'OAI, le droit aux mesures de réadaptation était ouvert sous l'angle des conditions d'assurance. Toutefois, la capacité de travail de l'assurée était de 50% dans toute activité, y compris l'activité habituelle de graphiste. L'incapacité de travail se confondait donc avec l'incapacité de gain. Le dommage était ainsi déjà réduit de manière optimale, de sorte que des mesures de réadaptation n'étaient pas de nature à le réduire d'avantage.

24. Par décision du 26 septembre 2017, l'OAI a maintenu son projet de décision et refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures de réadaptation.

La Dresse F_____ et le SMR s'accordaient pour reconnaître une incapacité de travail de 50% entre 2000 et 2002, ce qui impliquait une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année sans interruption notable. La survenance de

l'invalidité devait donc être fixée en 2001. De plus, compte tenu des atteintes à la santé de l'assurée, toutes les périodes d'incapacité de travail étaient liées à l'atteinte principale. Il y avait donc un lien de fait et de temps entre les diverses phases qui permettait d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, la survenance d'un nouveau cas d'assurance. En 2001, l'assurée était domiciliée en Suisse depuis une année, mais n'exerçait pas d'activité lucrative et ne comptait pas une année entière de cotisations. Elle ne remplissait donc pas les conditions d'assurance ouvrant droit à une rente d'invalidité.

À l'issue de l'examen des mesures de réadaptation, il fallait considérer que l'intéressée était à même d'exploiter sa capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle de graphiste. Son incapacité de travail se confondait donc avec son incapacité de gain.

Enfin, le SMR considérait qu'un suivi spécialisé était raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée.

25. Par acte du 27 octobre 2017, l'assurée a, par l'intermédiaire d'Inclusion handicap Service juridique, interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2013, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'invalidité n'était pas survenue en 2001. Aucune incapacité de travail n'était médicalement attestée avant son entrée en Suisse, étant précisé que l'établissement d'un diagnostic n'impliquait pas nécessairement une incapacité de travail. Quand bien même la Dresse F_____ admettait une incapacité de travail de 50% entre 2000 et 2002, elle n'expliquait pas le taux retenu et faisait abstraction du fait que son état de santé évoluait rapidement et qu'elle disposait de ressources suffisantes pour travailler. L'experte retenait également l'influence de facteurs non médicaux, de sorte que retenir une incapacité de travail sur une base médicale était arbitraire.

De 2002 à octobre 2006, elle avait disposé d'une pleine capacité de travail de sorte que même s'il fallait considérer qu'elle présentait une incapacité de travail entre 2000 et 2002, le rapport de connexité temporelle entre les deux périodes d'incapacité de travail faisait défaut. Il n'y avait donc pas un seul cas d'assurance comme le prétendait l'intimé. Dès lors, le début du délai de carence ne pouvait débuter avant le 1^{er} novembre 2006. Au terme de ce délai, elle comptait les années de cotisations suffisantes pour prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité.

Dans la mesure où elle avait déposé sa demande de prestations en juin 2013 et que son droit aux prestations s'était ouvert six mois plus tard, elle avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2013. Son degré d'invalidité était de 50%, conformément aux conclusions de la Dresse F_____.

Enfin, s'agissant des mesures de réadaptation, l'intimé n'expliquait pas pour quelles raisons il concluait à leur rejet. Cette position était contraire à celle de la

Dresse F_____ qui les considérait comme envisageables sur le plan théorique. Si elle avait finalement considéré qu'elles n'étaient pas envisageables en raison de son état de santé, cela était valable en 2014. Or, rien ne permettait de conclure que tel était toujours le cas en 2017, ce qui constituait une lacune dans l'instruction.

26. Dans sa réponse du 22 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Conformément à l'évolution de la capacité de travail retenue par le SMR dans son avis du 9 février 2016, le début de l'incapacité de travail durable de 50% dans toute activité ne pouvait être fixé qu'en 2000, la date de survenance de l'invalidité étant en 2001. La recourante était une ressortissante italienne arrivée en Suisse en 2000. Elle avait déposé sa demande de prestations en juin 2013 en raison d'une dépression et d'un trouble de la personnalité borderline – bipolaire existant depuis 1996. La Dresse F_____ et le SMR s'accordaient pour reconnaître une capacité de travail de 50% entre 2000 et 2002. Puis le SMR avait retenu une capacité de travail de 50% de fin 2002 à 2006, nulle d'octobre 2006 à février-mars 2012, de 75% en moyenne d'avril 2012 à février 2014, de 25% en moyenne dès mars 2014 et de 50% dès le 23 avril 2014. Dans la mesure où la Dresse F_____ avait confirmé une incapacité de travail de 50% entre 2000 et fin 2002, la survenance de l'invalidité ne pouvait être fixée qu'en 2001. À cette époque, pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité, la recourante aurait dû compter au moins une année entière de cotisations lors de la survenance de l'invalidité, ce qui n'était pas son cas.

On se trouvait dans un seul et même cas d'assurance, et non de plusieurs comme elle le prétendait. En effet, pour la période de 2000 à juillet 2012, les fluctuations de l'incapacité de travail et de l'invalidité étaient récurrentes et continues, sans interruption notable. La Dresse F_____ et le SMR considéraient que l'on se trouvait dans le cadre des mêmes atteintes à la santé et que les incapacités de travail étaient étroitement liées au trouble bipolaire de type II et à la personnalité borderline depuis l'adolescence, la recourante ayant toujours présenté une incapacité de travail d'au moins 25%. Il existait donc un lien de fait et de temps entre les diverses phases qui permettait d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence de nouveaux cas d'assurance.

Pour pouvoir prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle, il fallait que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité à accomplir des travaux habituels. La recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dans toute activité, y compris dans son activité habituelle de graphiste. Comme l'avait expliqué le service de réadaptation, c'était dans cette activité que le dommage était le mieux réduit, de sorte que des mesures de réadaptations n'étaient ni simples, ni adéquates, ni de nature à restituer une capacité de gain supplémentaire.

27. Dans sa réplique du 13 décembre 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions et pris une nouvelle conclusion subsidiaire, à savoir l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015.

L'intimé fondait son appréciation sur des rapports médicaux établis plusieurs années après son arrivée en Suisse, de sorte que son argumentation était sujette à caution.

Peu importait qu'elle fasse l'objet d'une incapacité de travail en raison de troubles psychiques plusieurs années après son arrivée en Suisse ou que ces troubles aient été présents avant son arrivée en Suisse. Seule était déterminante la question de savoir si elle comptait une année de cotisation lors de la survenance de l'invalidité. Or, comme le relevait l'intimé dans sa réponse, la Dresse F_____ ne retenait aucune incapacité de travail au moment de l'arrivée en Suisse. Elle avait également confirmé que lors de son retour d'Espagne en 2001, son moral était diminué en raison de problèmes d'intégration et non de troubles psychiatriques. Elle se référerait pour le surplus à son recours.

Si par impossible, la survenance de l'invalidité devait être arrêtée en 2001, ses différentes périodes d'invalidité formaient des cas d'assurance distincts. Elle avait en effet disposé d'une pleine capacité de travail de 2002 à 2006, comme relevé par la Dresse F_____. Sur ce point, l'intimé se fondait sur les conclusions de l'experte, tout en s'en écartant pour soutenir qu'elle avait toujours présenté une incapacité de travail d'au moins 25%. Ce taux ne ressortait pourtant d'aucun rapport versé au dossier. D'une manière générale, l'intimé interprétait les conclusions de la Dresse F_____ de manière contraire à la bonne foi.

Compte tenu du fait que sa capacité de travail avait fluctué entre 50 et 100% entre 2012 et 2014, un nouveau cas d'assurance devait être reconnu le 1^{er} avril 2015, l'intimé ayant notamment admis une capacité de travail de 50% dès le mois d'avril 2014.

Compte tenu de ces éléments, l'invalidité était survenue en novembre 2007, à l'issue du délai de carence d'une année. Or, en novembre 2007, elle comptait les années de cotisations lui permettant de recevoir les prestations de l'assurance-invalidité. Il en allait de même en avril 2015. Ses comptes individuels devaient être réunis, ce qui n'avait pas été fait par l'intimé.

28. Le 3 janvier 2018, la recourante a été admise au bénéfice de l'assistance juridique par le Vice-Président du Tribunal civil.
29. Dans sa duplique du 8 janvier 2018, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions et son argumentation, précisant pour le surplus que les comptes individuels de la recourante avaient été réunis à deux reprises, en 2013 et 2016, et qu'ils figuraient au dossier.
30. À la suite de quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre

des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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).
5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante remplit les conditions d'assurance qui lui permettraient de bénéficier d'une rente d'invalidité, subsidiairement si elle a droit à des mesures de réadaptation.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette

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

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

7. 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. a) Conformément à l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Lorsque le droit à une rente est en cause, l'invalidité est réputée survenue, en règle générale, dès que l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire (art. 29 al. 1 LAI).

La survenance de l'invalidité est indépendante de la date du dépôt de la demande de prestations, déterminante pour le début du versement de la rente mais pas pour l'examen des conditions d'octroi de cette prestation, qu'il s'agisse d'une rente ordinaire ou extraordinaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_655/2015 du 14 décembre 2015 consid. 4).

Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI) dans sa teneur au 1^{er} janvier 2018, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée

objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (§ 1028). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (§ 1028.1).

Si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'elle se verra dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Ainsi, le principe de l'unicité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 consid. 3.2).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (jusqu'au 31 décembre 2007 : une année de cotisations ; depuis le 1^{er} janvier 2008 : trois années de cotisations ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4 et les références).

Aux termes de l'art. 29ter al. 2 LAVS, sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (let. a).

c) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins, mais 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 LPG.

Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20% étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (CIIAI § 2010 ; Pratique VSI 1998 p. 126).

9. 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 LPG. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

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

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

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.

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

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).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. a) En l'espèce, l'intimé considère que l'invalidité de la recourante est survenue en 2001 et que les différentes atteintes à la santé constituent un seul et même cas d'assurance. En 2001, si l'intéressée était domiciliée en Suisse, elle n'exerçait toutefois pas d'activité lucrative et ne comptait pas une année de cotisations, de sorte qu'elle ne remplissait pas les conditions nécessaires à l'octroi d'une rente d'invalidité. Pour parvenir à ces conclusions, l'intimé se fonde sur l'expertise de la Dresse F_____ ainsi que sur les différents avis du SMR, en particulier celui du 9 février 2016.

Pour sa part, la recourante soutient que son invalidité est survenue en novembre 2007 et que ses différentes périodes d'incapacité de travail formaient des cas d'assurance distincts. En 2007, elle était domiciliée en Suisse et comptait les années de cotisations nécessaires à l'obtention d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2013, subsidiairement le 1^{er} avril 2015. Pour appuyer ses conclusions, la recourante se fonde, à tout le moins partiellement, sur l'expertise de la Dresse F_____.

b) En l'occurrence, l'expertise du 27 mai 2014 de la Dresse F_____ est fondée sur une étude du dossier, un examen clinique de la recourante, une conversation téléphonique avec cette dernière, ainsi qu'une conversation téléphonique avec la Dresse B_____. L'experte a rappelé le contexte de l'expertise, résumé les pièces médicales mises à sa disposition, exposé l'anamnèse de manière détaillée et fait état des plaintes de l'intéressée et de ses constatations objectives avant de poser ses diagnostics, de discuter du cas et de répondre aux questions posées par l'intimé. Les diagnostics retenus sont clairs, concordent avec ceux posés par la Dresse B_____ et découlent directement de l'anamnèse et des constatations objectives. Les

limitations fonctionnelles qu'ils impliquent et leurs conséquences sur la capacité de travail sont motivées de manière détaillée, complète et convaincante. Dans le cadre de la discussion du cas, l'experte a pris soin d'étayer son argumentation, de préciser le rôle des facteurs psychosociaux dans les périodes d'incapacité de travail, et d'expliquer les motifs l'ayant conduite à s'écarter des conclusions de la Dresse B_____ sur la question de la capacité de travail de la recourante. Dès lors, cette expertise répond aux exigences de la jurisprudence et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même pour le complément d'expertise du 15 juillet 2014 qui précise le rapport initial.

Cela étant, et malgré le fait qu'elles fondent leurs conclusions sur cette expertise, les parties s'en écartent dans le cadre de leurs écritures.

L'intimé a en effet préféré suivre l'avis du SMR du 9 février 2016, lequel retient les périodes d'incapacité de travail suivantes : 50% de 2000 à 2006, 100% d'octobre 2006 à février-mars 2012, 0 à 50% d'avril 2012 à février 2014, entre 50 et 75% à partir de mars 2014 et 50% dès le 23 avril 2014. Pourtant, dans son avis du 19 août 2014, le SMR a considéré qu'il convenait de suivre les conclusions de la Dresse F_____. En outre, dans son avis du 9 février 2016, le SMR a rappelé qu'il considérerait l'expertise précitée comme convaincante avant de s'en écarter. Dans la mesure où ladite expertise a une pleine valeur probante et où le SMR ne motive pas en quoi les périodes et taux d'incapacité de travail retenus par la Dresse F_____ devraient être amendées, les conclusions du SMR ne sauraient être suivies.

S'agissant de la recourante, elle considère que l'experte n'a pas motivé l'incapacité de travail de 50% retenue en 2001. Toutefois, la lecture de l'expertise contredit cette affirmation. La Dresse F_____ a motivé l'incapacité de travail de 50% retenue pour la période de 2001 à 2002 par les atteintes psychiques de la recourante, lesquelles étaient présentes depuis l'adolescence et avaient justifié l'introduction d'une médication par son psychiatre chilien à cette période. L'incapacité de travail de la recourante a toutefois été tempérée par l'experte, en raison de l'influence des facteurs psychosociaux et du contexte familial, notamment lors de son séjour en Espagne et à son retour. De plus, aucun rapport médical au dossier ne permet de contredire les conclusions de l'experte. Enfin, il convient également de rappeler que l'expertise de la Dresse F_____ a été requise en 2014, soit plus de dix ans après les faits, de sorte que l'on ne saurait exiger d'elle un degré de précision plus élevé dans son appréciation.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de la Dresse F_____. Les périodes d'incapacité de travail de la recourante sont par conséquent les suivantes : 50% en 2001 et 2002, 0% de 2003 à octobre 2006, 100% d'octobre 2006 à février-mars 2012, entre 0 et 50% d'avril 2012 à février 2014 et 50% depuis mars 2014.

c) Comme le relève à juste titre l'intimé, la recourante présente plusieurs atteintes psychiatriques depuis l'adolescence, soit des troubles bipolaire et de la personnalité.

Cela étant, contrairement à ce qu'il soutient, les différentes périodes d'incapacité de travail ne constituent pas un seul et unique cas d'assurance. Certes, l'invalidité de la recourante est-elle survenue une première fois en 2002, à l'issue du délai d'attente d'une année ayant débuté en 2001. À cette époque, l'intéressée n'avait pas cotisé, ce qui l'aurait privée du droit à une rente d'invalidité. Toutefois, au vu des conclusions de la Dresse F_____, la recourante a présenté une capacité de travail pleine et entière de janvier 2003 à octobre 2006, soit trois ans et dix mois. Cette période est suffisamment longue pour pouvoir considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien temporel entre l'incapacité de travail de 2001 et 2002 et celle d'octobre 2006 à mars 2012 est rompu. En d'autres termes, il existe dans la situation de la recourante deux cas d'assurance distincts, l'un ayant débuté en 2002 et l'autre en octobre 2007, à l'issue du délai d'attente d'une année.

Le second cas d'assurance a ensuite perduré jusqu'à ce que la décision litigieuse soit rendue, dans la mesure où depuis octobre 2006, la recourante a toujours présenté une incapacité de travail, déterminée ou moyenne, d'au moins 25%. Ce taux est suffisant pour considérer les différentes périodes d'incapacité de travail intervenues au-delà d'octobre 2006 comme faisant partie d'un seul et même cas d'assurance, conformément au principe d'unicité.

Il ressort de l'extrait de compte individuel de la recourante du 12 avril 2016 qu'en 2007, elle comptait plus d'une année de cotisations. Dans la mesure où elle était domiciliée en Suisse depuis le mois de juillet 2000, elle remplissait donc les conditions d'assurance pour se voir octroyer une rente d'invalidité.

d) La recourante a déposé sa demande de prestations en juin 2013. Conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, son droit à la rente ne pouvait donc prendre naissance avant le 1^{er} décembre 2013 au plus tôt. Cela étant, il ressort des conclusions de la Dresse F_____ qu'entre avril 2012 et février 2014, et donc en décembre 2013, l'incapacité de travail de l'intéressée était en moyenne de 25%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Son état de santé s'est ensuite aggravé et stabilisé en mars 2014, date à partir de laquelle son incapacité de travail a été de 50%. En mars 2015, à l'issue du délai d'attente d'une année, son incapacité de travail était toujours de 50%. Dans la mesure où l'intéressée présente une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité, y compris son activité habituelle de graphiste, son degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). Le degré d'invalidité de la recourante s'élève donc à 50%, taux suffisant pour lui ouvrir le droit à une demi-rente d'invalidité depuis la fin du délai d'attente en mars 2015.

Compte tenu de ces éléments, le recours sera admis, la décision entreprise annulée et le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité reconnu à compter du 1^{er} mars 2015. Il appartiendra à l'intimé de calculer le montant de cette rente et de la verser à la recourante dans les meilleurs délais, rétroactif au 1^{er} mars 2015 compris.

13. Reste à déterminer si la recourante a droit à des mesures de réadaptation.

a) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

b) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se

fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

14. En l'occurrence, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité, y compris dans son activité habituelle de graphiste, depuis mars 2014. Son degré d'invalidité s'élevant à 50%, elle aurait théoriquement droit à des mesures de réadaptation, en particulier à un reclassement professionnel.

Toutefois, selon la Dresse F_____, l'état de santé de la recourante ne lui permet pas de bénéficier avec succès de telles mesures, de sorte que la demande de la recourante doit être rejetée sur ce point.

L'intéressée fait valoir que si des mesures de réadaptation étaient inenvisageables en 2014, rien ne permet de conclure que tel serait toujours le cas en 2017. En réalité, par cette affirmation, l'intéressée ne fait qu'émettre une hypothèse, qui, en l'absence de tout document médical allant en ce sens, ne saurait apparaître suffisamment vraisemblable. En outre, la recourante laisse entendre que son état de santé se serait amélioré, ce qui entre en contradiction avec ses propres arguments au sujet de son droit à la rente. En tout état de cause, même s'il fallait admettre que l'intéressée serait en mesure de bénéficier de mesures de réadaptation, de telles mesures devraient quand même lui être refusées. La capacité de travail de la recourante ne pouvant être améliorée par un changement de profession, aucune mesure de réadaptation ne serait en mesure d'améliorer sa capacité de gain.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 26 septembre 2017 sera annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Compte tenu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69bis al. 1 LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 26 septembre 2017.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2015.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- 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