



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1934/2018

ATAS/1299/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à LES AVANCHETS,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse
CORDONIER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et
Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1959, a travaillé en qualité d'aide-soignante non certifiée auprès de l'association de l'EMS B_____ (ci-après l'employeuse) à 80%. À ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de CSS Assurance.
2. Le 13 juillet 2012, elle a été victime d'un accident professionnel.
3. L'assurée a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 17 au 30 décembre 2012. À teneur du rapport établi par cette clinique le 23 janvier 2013, le diagnostic principal était des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. L'assurée avait fait l'objet d'abus répétés dans l'enfance et avait, dans ce contexte, développé des mécanismes de protection qui s'étaient effondrés avec son accident du travail, qui avait mis en question sa valeur.
4. L'assurée a déposé une demande d'assurance-invalidité le 18 mars 2013.
5. Le 17 avril 2013, l'employeuse de l'assurée a informé l'OAI que celle-ci était son employée depuis le 1^{er} juillet 2011 et que son contrat de travail était résilié pour le 30 avril 2013. Le nombre d'heures de travail dans l'entreprise était de 40 heures par semaine. L'assurée travaillait 32 heures par semaine, pour un salaire annuel de CHF 53'795.95 depuis le 1^{er} juillet 2011. En 2013, elle aurait gagné le même salaire. Son revenu AVS s'était élevé à CHF 56'479.85 en 2012, 13^{ème} salaire compris, et elle avait touché, en 2013, les allocations perte de gain.
6. L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) du 7 mai au 4 juin 2014, où ont été posés les diagnostics de :
 - thérapies physiques et fonctionnelles pour l'épaule gauche ;
 - traumatisme au travail le 5 juillet 2012 avec notion de traction sur l'épaule gauche ;
 - arthrose acromio-claviculaire et tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps gauche ;
 - infiltration acromio-claviculaire gauche le 14 juin 2013.

et les comorbidités suivantes :

- troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive au décours ;
- gonarthrose bilatérale ;
- asthme ;
- rhino-conjonctivite allergique.

L'assurée était limitée dans les activités nécessitant le travail des bras au-dessus de la poitrine et le port répété de charges supérieures à 5 kg.

7. Le 18 novembre 2014, la doctoresse C_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a retenu les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire et de tendinopathie de l'épaule gauche et de gonarthrose bilatérale entraînant une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité

habituelle dès le 5 juillet 2012 et une capacité résiduelle de travail de 100% depuis octobre 2013.

8. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 6 janvier 2015. Selon celle-ci, le total des empêchements pondérés s'élevait à 35,10% sans exigibilité et à 9% avec exigibilité.
9. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a pris en charge pour l'assurée un stage d'orientation professionnelle dispensé par le Centre Espoir, Armée du Salut, dans l'animation, du 7 au 31 mai 2015. L'assurée ayant été en incapacité de travail dès le 6 mai 2015, la mesure a été interrompue au 31 suivant.
10. Dans un rapport du 2 septembre 2015, le docteur D_____, médecin interne FMH, a indiqué que l'assurée souffrait des conséquences de graves traumatismes subis dans son enfance et qui s'étaient poursuivis jusqu'à son arrivée en Suisse en 1996. Elle avait subi la terreur et l'horreur en raison d'incestes répétés, de violences domestiques et d'abus multiples de la part de son entourage, sur plus de quinze ans. Cela avait provoqué chez elle des troubles sévères, qui étaient devenus incompatibles avec une activité rémunératrice.
11. L'assurée a suivi un stage en qualité d'aide-animatrice en EMS, du 15 décembre 2015 au 31 mars 2016, auprès des Établissements publics pour l'intégration de Genève (ci-après les ÉPI). Durant son stage, elle a été en incapacité de travail pour cause de maladie durant dix-huit jours. Il a été conclu, au terme de la mesure, que le métier envisagé n'était pas compatible avec son état de santé.
12. Une nouvelle mesure a été mise en place du 4 avril au 3 juillet 2016 pour définir une orientation adaptée aux limitations de l'assurée. Celle-ci n'a suivi cette mesure que du 4 au 12 avril 2016, puis elle a été en incapacité de travail pour des douleurs à la main droite. La mesure a, en conséquence, été interrompue le 30 avril 2016.
13. Le 8 juillet 2016, la doctoresse E_____, médecin SMR, a constaté l'existence d'un syndrome douloureux chronique et d'un trouble psychiatrique possiblement incapacitant et estimé nécessaire la réalisation d'une expertise psychiatrique.
14. L'assurée a été expertisée par le docteur F_____, supervisé par le docteur G_____, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie. À teneur du rapport d'expertise du 2 septembre 2017, celui-ci était fondé sur deux entretiens avec l'expertisée d'une durée totale de 150 minutes et des entretiens téléphoniques avec sa fille et son médecin traitant. L'expert a résumé les pièces médicales au dossier. Sous anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, l'expert a mentionné, notamment, que l'assurée avait grandi avec sa famille dans une grande maison à Lima. Son père, décrit comme explosif, avait maltraité physiquement ses fils et sexuellement ses filles. L'expertisée n'avait jamais avoué cette maltraitance par peur. Elle avait connu celui qui allait devenir son mari à l'âge de 17 ans et ils s'étaient mariés en 1979. Le couple avait eu deux enfants, nés en 1979 et en 1980. L'expertisée rapportait que son époux avait des problèmes de dépendance à l'alcool

et qu'il l'avait maltraitée physiquement et sexuellement. Elle l'avait quitté après environ onze ans de mariage et s'était rendue en Suisse, dans un premier temps sans ses enfants, qui l'avaient rejointe deux ans après. En 1992, l'expertisée s'était remariée et avait eu une fille. Ce mariage était sécurisant et globalement bon. Après son accident en 2012, elle avait commencé à avoir de fortes douleurs à l'épaule. Elle n'avait plus travaillé depuis lors. Elle habitait actuellement avec son mari et sa dernière fille, étudiante à l'école de commerce. Son mari tenait une fromagerie et rencontrait des problèmes financiers avec son entreprise. L'expertisée n'avait pas de revenu. Elle n'avait pas droit à l'aide sociale à cause du travail de son mari. Ses deux enfants aînés étaient mariés et avaient deux enfants chacun. L'expertisée voyait régulièrement ses enfants et avait aussi des contacts avec ses frères et sœurs qui habitaient en Suisse. Elle se réveillait vers 9h00 ou 10h00 du matin et allait parfois au magasin. Elle faisait des promenades ou des visites à ses proches. À son domicile, elle faisait la cuisine et sa fille s'occupait du ménage. Elle faisait parfois des promenades le soir. L'expertisée se plaignait d'angoisses, d'un sentiment d'inquiétude pour l'avenir et décrivait des ruminations négatives. Elle se plaignait également de douleurs à l'épaule gauche et de migraines. Elle ne mentionnait pas d'éléments dépressifs, mais davantage une fatigabilité avec tendance au repli. Son médecin traitant avait informé l'expert suivre l'expertisée de façon régulière avec des entretiens hebdomadaires. Il considérait que ce type de suivi était très important pour la stabilité psychique de sa patiente, qui était très investie et régulière au niveau de sa thérapie. Des éventuels changements pourraient avoir un effet déstabilisant pour elle sur le plan psychique. Il préconisait la continuation du traitement médicamenteux actuel (anxiolytique et antidouleur), qui était important pour la stabilité clinique de l'expertisée. La fille de l'expertisée rapportait que sa mère présentait une humeur fluctuante. Elle pouvait vivre des moments de stabilité pendant lesquelles elle était capable de sortir de la maison. En revanche, pendant les moments difficiles, elle était passive et renfermée. Elle ne participait pas beaucoup au ménage, à l'exception des tâches les plus simples. Elle considérait que sa mère allait mieux psychologiquement lorsqu'elle avait une activité professionnelle et que son état s'était péjoré en lien avec son inactivité. Sous anamnèse médicale et psychiatrique, l'expert a mentionné que l'expertisée avait commencé à présenter des problèmes importants suite à l'accident professionnel de 2012, qui avait eu comme conséquence une rupture de la coiffe des rotateurs gauche, une arthrose claviculaire et une tendinopathie de l'épaule gauche. Elle n'avait jamais eu de suivi psychiatrique régulier et était prise en charge par son médecin traitant, le Dr D_____, depuis 2012. Elle avait été hospitalisée à la clinique de Montana au mois de décembre 2012 où elle avait été prise en charge par une des psychologues de cette institution. Après sa sortie, elle n'avait pas pu continuer une prise en charge psychothérapeutique, considérant qu'il était très difficile pour elle de parler de son vécu à d'autres thérapeutes. L'expertisée était suivie par son médecin traitant avec une fréquence hebdomadaire et son traitement médicamenteux était le suivant : Omed 40 mg par jour, Dormicum 15 mg par jour au coucher, Temesta 2,5 mg, en

cas d'anxiété, morphine sirop 40 mg 5 fois par jour en cas de douleurs. Sous status clinique, l'expert a mentionné que l'expertisée s'était présentée à l'heure aux entretiens. Elle était de présentation correcte et l'hygiène corporelle ainsi que la tenue vestimentaire étaient soignées. Son comportement était adéquat. Il n'y avait pas de défiance et le contact était adapté. Il n'y avait pas de trouble de la vigilance, ni d'autres symptômes invoquant une consommation de substances psychoactives. L'attention et la concentration étaient sans particularité. La mémoire autobiographique était de bonne qualité et permettait de retracer son histoire de vie. Il n'y avait pas de symptômes en faveur d'un trouble cognitif. D'un point de vue formel, le discours était de bonne qualité et l'idéation satisfaisante. L'expert ne mettait pas en évidence des troubles du cours ou du contenu de la pensée (idées délirantes ou obsédantes). Il n'y avait pas de phénomène de dépersonnalisation ou de déréalisation, ni d'éléments productifs de la ligne psychotique. La thymie était abaissée. Il y avait une tension interne et par moments une irritabilité, avec des pleurs quand elle parlait des événements difficiles du passé dans son pays d'origine. Les affects étaient assez mobiles et congruents au discours. Elle présentait une diminution de l'élan vital. Le plaisir était également diminué, mais elle arrivait à passer des moments plaisants avec ses petits-enfants. La libido était décrite comme inexistante. Il y avait une absence de distorsions cognitives de la ligne dépressive. Il n'y avait pas de sentiment d'inutilité, d'incurabilité ou de culpabilité mis en évidence. Elle présentait des troubles du sommeil avec des difficultés à l'endormissement. Elle décrivait des idées noires occasionnelles sans idéation suicidaire. Elle avait parfois des cauchemars autour des abus qu'elle avait subis, sans toutefois une fixité quelconque de vécu traumatique. Elle avait une anxiété flottante, notamment dans la confrontation avec des besoins d'évolution sur le plan personnel, mais sans éléments en faveur d'un trouble anxieux constitué. L'expert notait des plaintes somatiques diffuses qui ne prenaient toutefois pas les caractéristiques de somatisations, ni d'un syndrome douloureux somatoforme. Au niveau de la personnalité, le Moi était fragile et immature, avec une difficulté au niveau de la verbalisation des affects et de l'introspection. L'élaboration du vécu affectif restait rudimentaire avec des faibles capacités de mentalisation. L'expert notait un locus de contrôle externe avec une tendance à être l'objet plus que le sujet de sa propre histoire. Les relations interpersonnelles étaient construites à la recherche de sécurité et de protection dans une difficulté manifeste à assumer une position adulte. Les mécanismes de défense étaient basés sur l'évitement et le repli sans activation archaïque. Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité.

Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble anxieux et dépressif mixte, présent depuis plusieurs années dont les symptômes avaient été objectivés au niveau médical en 2012, et des traits de personnalité immature, présents dès le début de l'âge adulte. Selon l'auto-hétéro anamnèse, l'expertisée présentait des symptômes anxieux et dépressifs d'intensité modérée dont la durée et la sévérité n'évoquaient pas des épisodes dépressifs ou un trouble

anxieux. Il y avait des fluctuations au niveau de l'humeur, mais pas de phases maniaques ou hypomanes. Vu ce tableau, l'expert retenait le diagnostic d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Sur le plan de la personnalité, il retenait le diagnostic de traits de personnalité immature. L'expertisée ressentait un fort besoin de la présence et de l'attention des autres, supportant difficilement la solitude, réagissant par un investissement de la plainte somatique face à des situations de vie qui impliquaient souplesse et mobilisation d'énergie. L'expertisée présentait des traits de personnalité immature dès le début de l'âge adulte avec une capacité de fonctionner a minima en fonction de la sécurité offerte par le cadre de référence professionnel et familial. Après son accident de 2012, elle avait développé des troubles dépressifs et anxieux mixtes qui étaient restés jusqu'alors à un niveau sous-syndromique, témoin de la difficulté à rebondir chez une femme avec des faibles capacités de résilience. Sa souffrance était exprimée principalement au travers du corps. Elle restait peu loquace par rapport à son vécu affectif, qui était mal représenté chez elle. Vu la problématique de l'expertisée, un suivi psychiatrique était nécessaire ainsi qu'un traitement antidépresseur pour sa bonne évolution. Selon les informations obtenues de son médecin traitant, l'expertisée présentait un très bon investissement au niveau de son suivi et était régulière au rendez-vous. Son attitude avec l'expert avait été également correcte avec une collaboration optimale. Elle avait également bien collaboré pendant les mesures de réadaptation en ayant un rôle actif et en participant aux différents stages. Les difficultés rencontrées dans la réadaptation dépendaient du tableau clinique de l'expertisée. Elle n'avait pas pu mener à terme les différents stages de façon optimale, en raison de sa faible capacité de résilience, surtout face à la souffrance des autres, et son instabilité au niveau de l'humeur ne lui permettant pas d'avoir une performance satisfaisante. La dépendance affective manifestée par l'expertisée et la faiblesse de ses aptitudes adaptatives expliquaient l'échec des mesures en question. Vu son état actuel, la reprise d'une activité dans le marché du travail n'était pas exigible et risquait de se solder par un échec. L'expertisée devait dans un premier temps suivre un traitement psychiatrique et psychothérapeutique avec l'instauration d'un traitement antidépresseur dans le cadre d'un suivi psychiatrique régulier. Après une telle prise en charge pendant six mois, l'expertisée pourrait essayer une nouvelle mesure de réadaptation, dans un premier temps, à 50%. Le taux d'activité adapté pourrait être augmenté rapidement à 100%, selon l'évolution clinique. S'agissant de la cohérence, le tableau clinique de l'expertisée était compatible avec les symptômes décrits selon l'auto/hétéro anamnèse. Le médecin traitant de l'expertisée avait évoqué la présence d'un état de stress post-traumatique (ci-après ESPT) dans le contexte des abus que l'expertisée avait subis dans le passé. Il n'y avait pas d'éléments cliniques soutenant la présence d'une telle pathologie (réminiscence traumatique, cauchemars à répétition, irritabilité avec réaction d'hypervigilance, rétrécissement du champ cognitif). La présence d'expériences difficiles dans le passé ne suffisait pas en soi pour retenir un tel diagnostic. Vu la problématique que l'expertisée présentait au niveau de la personnalité, elle avait besoin d'un cadre

structurant et soutenant dans lequel elle pouvait se sentir en sécurité. Dans ce sens, la dernière activité qu'elle avait eue comme aide-soignante contribuait à sa stabilité psychique. Après l'arrêt de cette activité, elle s'était appuyée principalement sur sa famille et son médecin traitant, qui constituaient un étayage protecteur au niveau psychique. Dans ce sens, l'expert estimait que l'incapacité de travail avait amené à une péjoration progressive sur le plan psychiatrique qui avait eu un effet négatif sur sa vie sociale ainsi que sur sa capacité de participer aux tâches ménagères. L'expertisée avait arrêté son ancienne activité professionnelle suite à son accident, qui avait causé chez elle des séquelles somatiques importantes. À partir de ce moment, il y avait eu également une péjoration progressive de son état psychique en lien avec ses faibles capacités de résilience de base, qui avait rendu sa capacité d'activité de plus en plus faible. Ainsi la problématique psychique avait eu un impact important sur son niveau d'activité. L'expertisée continuait à voir régulièrement son médecin traitant avec une fréquence hebdomadaire. Cette prise en charge apportait à l'expertisée une aide d'allure psychothérapeutique avec des éléments de psychothérapie non-spécifiques (soutien, écoute, disponibilité, régularité au niveau du cadre). L'expertisée avait investi cette prise en charge qui lui apportait de la sécurité et de la stabilité. Cependant, l'instauration d'une prise en charge psychothérapeutique spécifique en parallèle avec le suivi du médecin traitant, avec un thérapeute qui pourrait suivre l'expertisée sur un long terme, serait indiquée et bénéfique pour son évolution. L'expertisée avait la capacité de créer un lien thérapeutique, ce qu'elle avait fait avec son médecin traitant. Elle supporterait toutefois difficilement les changements de psychothérapeute. Sa capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité. Après la mise en place d'un suivi psychiatrique, cette capacité pourrait augmenter à 50%, puis 100% en fonction de l'évolution clinique dans une activité simple en milieu bienveillant. L'expertisée présentait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2012, ce qui était d'ailleurs devenu apparent après les problèmes qu'elle avait rencontrés lors des stages de réadaptation. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle pouvait présenter une instabilité au niveau de l'humeur ainsi qu'une intolérance au stress, à la surcharge et aux tensions sur le plan interpersonnel ainsi qu'une irritabilité accrue avec tendance au repli.

15. Les docteurs H_____ et I_____, médecins du SMR, ont considéré, le 4 décembre 2017, que le rapport d'expertise n'était pas convaincant et se sont écartés de ses conclusions. Ils ont estimé qu'un trait de personnalité immature n'était pas suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail durable. De plus, des troubles anxieux et dépressifs, qui étaient restés sous-syndromiques, étaient également non-incapacitants puisqu'ils n'entraînaient aucun symptôme. L'expertise mentionnait que l'assurée était très investie dans son suivi, qu'elle collaborait de façon optimale et avait eu un rôle actif dans les mesures de réadaptation qui lui avaient été proposées, mais qu'elle ne pouvait les mener à terme en raison de la faiblesse de ses aptitudes adaptatives. Il était difficile d'imaginer une personne dépressive investie et ayant un rôle actif. Ceci parlait davantage en faveur d'un

trouble de l'adaptation que d'un trouble anxio-dépressif. Or, le trouble de l'adaptation ne pouvait être reconnu comme durable et suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail. De plus, l'assurée n'avait été suivie que par son médecin généraliste, le Dr D_____, qui n'avait pas jugé opportun de demander un suivi psychiatrique spécialisé.

16. Par projet du 18 janvier 2018, confirmé le 3 mai 2018, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} septembre au 31 décembre 2013, sur la base d'une incapacité totale de travailler du 5 juillet 2012 au 30 septembre 2013. À compter du 1^{er} octobre 2013, le SMR retenait qu'elle était totalement capable de travailler dans une activité adaptée. L'invalidité dans la sphère professionnelle se calculait, en 2014, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 54'304.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 38'731.-, soit une perte de gain de CHF 15'573.- et un taux d'invalidité de 29%.

S'agissant de ses empêchements dans la sphère des travaux habituels, une enquête ménagère avait conclu à un empêchement de 9%. Son degré d'invalidité découlait du calcul suivant qui tenait compte de la pondération entre la part active et la part des travaux habituels de ses activités :

Activités	Part en %	Perte économique/ Empêchement en %	Invalidité en %
professionnelle	80%	29%	23%
travaux habituels	20%	9%	2%
Taux d'invalidité (arrondi)			25%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Après une période d'amélioration de la capacité de trois mois, soit dès le 1^{er} janvier 2014, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité s'éteignait.

Le calcul de l'OAI se fondait sur une détermination du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle du 19 décembre 2017, dont il ressort que le revenu avec invalidité a été fixé selon les ESS 2014, tableau TA1_tirage_skill-level, pour une femme exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne Total, dans une activité de niveau 1, soit un revenu mensuel de CHF 4'300.-. Après annualisation et prise en compte de la durée normale hebdomadaire de travail (41,7), d'un taux d'activité de 80% et d'une déduction supplémentaire de 10% en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles, le revenu annuel brut avec invalidité s'élevait à CHF 38'731.-. Le revenu avant l'atteinte à la santé s'élevait, en 2013, à CHF 53'796.- selon le rapport de l'employeuse du 17 avril 2013, ce qui correspondait après indexation à un revenu de CHF 54'304.- en 2014. La

comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à une différence de revenu de CHF 15'573.-, soit un taux d'invalidité de 28,68%, arrondi à 29%.

17. Le 4 juin 2018, l'assurée a formé recours contre la décision précitée, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 3 mai 2018 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013. Elle ne remettait pas en cause l'évaluation de sa capacité de travail par l'expert, mais les diagnostics retenus, en se référant au courrier du Dr D_____, selon lequel le diagnostic qui devait être retenu était celui d'ESPT. Il était surprenant que les experts n'aient pas mentionné les conclusions de la CRR, qui avait identifié, en 2012 déjà, les actes de violences répétés qu'elle avait subis dans son enfance. Il s'agissait-là d'un élément essentiel qui avait été écarté par les experts pour des motifs incompréhensibles. Par ailleurs, la recourante estimait bénéficier de soins adéquats, puisqu'elle était suivie régulièrement par le Dr D_____, en qui elle avait toute confiance. Celui-ci avait su mettre en place un traitement de morphine avec un certain succès, puisque ses symptômes de dépression ne comportaient plus les mêmes risques de passage à l'acte qu'auparavant, surtout de gestes auto-mutilants. À la lumière des explications fournies par le Dr D_____, les troubles qu'elle présentait se manifestaient avec une telle sévérité qu'elle ne pouvait pas travailler. L'OAI pouvait se fonder sur les avis de ses médecins SMR pour dénier la valeur probante de l'expertise, mais pas pour retenir qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé incapacitante. Si l'intimé estimait que l'expertise n'emportait pas valeur probante, il devait en ordonner une nouvelle.
18. Par réponse du 25 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur le plan physique, malgré la présence de diverses atteintes, la capacité de travail de la recourante était de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Les experts avaient relevé que l'assurée ne mentionnait pas d'éléments dépressifs, mais davantage une fatigabilité avec tendance au repli et qu'elle n'avait jamais eu de suivi psychiatrique régulier. Au niveau du status clinique, les experts ne relevaient aucun élément de gravité, indiquant que l'assurée avait parfois des cauchemars autour des abus qu'elle avait subis, sans toutefois aucune fixité quelconque de vécu traumatique, et une anxiété flottante, notamment dans la confrontation avec les besoins d'évolution sur le plan personnel, mais sans éléments en faveur d'un trouble anxieux constitué. Sur le plan de la personnalité, ils avaient retenu des traits de personnalité immature. En référence à la jurisprudence actuelle en matière de troubles psychiques, les conclusions des experts sur l'incapacité de travail ne pouvaient être suivies. Le rapport d'expertise souffrait d'une manifeste contradiction entre la constatation d'un degré modéré des atteintes et le prétendu caractère invalidant de celles-ci. De plus, aucun suivi psychiatrique n'existait actuellement. Cela indiquait très clairement que la thérapie suivie jusqu'à présent ne pouvait être considérée comme ayant été conduite dans les règles de l'art. Il en allait de même sur le plan médicamenteux, puisque les experts avaient mentionné

que vu le trouble de l'humeur que l'assurée présentait, l'introduction d'un traitement antidépresseur semblait nécessaire pour sa bonne évolution. Les experts avaient précisé qu'ils n'avaient pas retrouvé de symptômes évocateurs d'un stress post traumatique. Il fallait donc constater que les graves traumatismes subis dans l'enfance avaient bien été intégrés dans l'expertise. Seules les conséquences actuelles de ceux-ci étaient évaluées différemment par l'expert et par le médecin traitant. Outre le fait que ce dernier n'était pas psychiatre, contrairement aux experts, il y avait lieu de constater qu'il n'apportait pas d'éléments objectifs à l'appui de ses critiques. Comme le relevait le SMR dans son avis du 13 juillet 2018, la très grande sévérité des traumatismes subis dans l'enfance n'induisait pas forcément un effondrement psychique chez une personne âgée actuellement de 59 ans.

Dans l'avis du 13 juillet 2018 annexé à la réponse de l'intimé, le Dr I_____ a indiqué qu'il était indiscutable que les experts avaient intégré dans leur rapport les traumatismes subis par la recourante dans son enfance. Il a encore relevé que l'expertise n'avait été sollicitée par l'OAI que pour faire le point sur l'état psychique actuel de la recourante et les conséquences asséurologiques actuelles de celui-ci. L'extrême gravité des violences subies par la recourante n'avait pas entraîné obligatoirement une incapacité. La capacité de résilience de certaines personnes leur permettait de ne pas s'effondrer au niveau psychique. En conclusion, la description rassurante de l'état psychique actuel de l'assurée faite par les experts, malgré la très grande sévérité des traumatismes subis, ne permettait pas de retenir une incapacité de travail. Il convenait par conséquent de s'en tenir aux conclusions précédentes.

19. Par réplique du 14 septembre 2018, la recourante a fait valoir que les médecins du SMR avaient substitué leur propre appréciation à celle des experts. Quand bien même ceux-ci avaient relevé ses faibles capacités de résilience, le Dr I_____, dans son avis du 13 juillet 2018, retenait qu'elle était capable de résilience, ce qui lui avait permis de ne pas s'effondrer au niveau psychique et ce qui faisait que l'extrême gravité des violences qu'elle avait subies n'avait pas entraîné d'incapacité. On peinait à comprendre comment l'intimé pouvait d'un côté relever la manifeste contradiction entre les atteintes à la santé actuelles et le caractère invalidant de celles-ci et d'autre part accorder pleine valeur probante aux constatations des experts sur les conséquences actuelles des traumatismes subis dans son enfance. Soit l'intimé considérait que l'expertise avait pleine valeur probante et il en faisait siennes les conclusions, soit il considérait qu'elle contenait des contradictions et il devait alors interpeler les experts afin qu'ils apportent les précisions requises ou mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire. Il était inexact de prétendre que le Dr D_____ n'apportait pas d'éléments objectifs à l'appui de ses critiques dirigées contre le rapport d'expertise. Il avait en effet clairement expliqué et motivé le diagnostic d'ESPT. Il avait également expliqué pour quelles raisons l'analyse des experts ne pouvait être suivie. Selon lui, ceux-ci

avaient banalisé les violences qu'elle avait subies et leurs conséquences délétères. En conséquence, il convenait d'ordonner une expertise qui devrait être confiée à un médecin spécialiste compétent dans l'approche de la violence des psychotraumatismes. La doctoresse J_____ avait relevé, dans un article consacré aux violences au sein du couple et de la famille, qu'au-delà des traumatismes physiques, les violences domestiques étaient la cause de nombreux troubles psychiques et sociaux parmi lesquels le syndrome de stress post traumatique et la dépression étaient au premier plan.

La recourante a produit à l'appui de son écriture un article rédigé par les Drs J_____, K_____ et L_____, intitulé : Violences au sein du couple et de la famille, in Forum Med Suisse 2006.

20. Par duplique du 9 octobre 2018, l'intimé a observé qu'il pouvait s'écarter des conclusions des experts quant à la capacité de travail estimée, se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_80/2016. Il estimait que les experts n'avaient pas exposé de manière convaincante pour quels motifs la recourante serait brusquement devenue incapable de travailler 50 ans après les faits graves qu'elle avait vécus dans l'enfance.
21. Par arrêt du 17 avril 2019 (ATAS/327/2019), la chambre de céans a admis le recours et réformé la décision rendue par l'intimé le 3 mai 2018, en ce sens que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013 et au-delà du 31 décembre 2013, considérant que l'expertise du 2 septembre 2017 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur cette base, elle a retenu que la recourante était totalement incapable de travailler du 1^{er} septembre 2013 et au-delà du 31 décembre 2013, à tout le moins jusqu'à la décision querellée.
22. Par arrêt du 27 mars 2020 (9C_369/2019), le Tribunal fédéral a admis le recours formé par l'intimé contre l'arrêt du 17 avril 2019, annulé ce dernier et renvoyé la cause à la chambre de céans pour qu'elle mette en oeuvre une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique, puis se prononce à nouveau sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2013. Les experts-psychiatres n'avaient pas procédé à une analyse cohérente et complète de tous les renseignements issus du dossier, en particulier des conclusions des psychiatres de la clinique genevoise de Montana du 23 janvier 2013 et de la clinique romande de réadaptation du 4 juillet 2014. Pour retenir une incapacité de travail complète, il ne suffisait en particulier pas d'affirmer que la problématique psychique avait eu un impact important sur [le] niveau d'activité de l'assurée. Les observations cliniques rapportées par les experts étaient ensuite particulièrement ténues et consistaient pour l'essentiel dans l'affirmation, non étayée, que l'assurée avait développé après son accident de 2012 des troubles dépressifs et anxieux mixtes qui étaient restés à un niveau sous-syndromique, témoin de la difficulté à rebondir chez une femme avec de faibles capacités de résilience. Les experts-psychiatres devaient cependant motiver le diagnostic médical de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification d'un trouble

anxieux et dépressif mixte étaient remplis (CIM-10 chapitre V Troubles mentaux et du comportement, ch. F41.2) mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui étaient présumées dans la classification, devaient être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C 756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1 et la référence). Or, on cherchait en vain dans les constatations cantonales les motifs pour lesquels les Drs F_____ et G_____ avaient déduit du diagnostic posé ou des symptômes pertinents des limitations fonctionnelles concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne. On ne pouvait par ailleurs déduire d'un trouble anxieux et dépressif mixte un degré de gravité important limitant par principe l'exercice de toute activité adaptée (professionnelle ou ménagère).

En l'absence d'explications circonstanciées, on ne saisissait enfin pas si la péjoration de l'état de santé de l'assurée reposait sur une atteinte à la santé psychique au sens d'une classification diagnostique reconnue (le trouble anxieux et dépressif mixte) ou sur les conséquences fonctionnelles négatives de simples contraintes sociales (à ce sujet, cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 p. 303 et les références). Après avoir relevé qu'il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité, les experts s'étaient en effet fondés sur la « problématique que l'expertise présente au niveau de la personnalité » pour estimer que l'incapacité de travail avait amené à une péjoration progressive sur le plan psychiatrique. Dès lors, ils semblaient avoir fondé l'incapacité de travail de l'assurée essentiellement sur des traits de personnalité immature, avec un besoin de sécurité et de protection accru compte tenu de la perte de son emploi. Ces traits de personnalité signifiaient cependant que les symptômes constatés n'étaient pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 et les références). Aussi, des traits de personnalité, tels ceux observés chez l'assurée, n'avaient pas valeur de maladie psychiatrique et ne pouvaient en principe fonder une incapacité de travail en droit des assurances (art. 4 al. 1 LAI et art. 8 LPG). Qui plus est, les experts n'exposaient nullement de quelle manière les traits de personnalité de l'assurée avaient concrètement affecté son trouble anxieux et dépressif mixte, ni l'évolution de celui-ci depuis 2012.

Cela étant constaté, on ne pouvait pour autant suivre les conclusions du médecin du SMR du 4 décembre 2017. Il manquait au dossier une appréciation médicale sur la répercussion des troubles psychiques qui satisfasse pleinement aux exigences en la matière (cf. ATF 125 V 351) et permette de se prononcer conformément au schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 143 V 418) sur le droit de l'assurée au maintien des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2013. Partant, il convenait de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle mette en oeuvre l'expertise judiciaire qui s'imposait sur le plan psychiatrique, puis se prononce à nouveau sur le droit de l'intimée à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà de cette date.

23. Par ordonnance du 27 mai 2020, la chambre de céans a ordonné, en application de l'arrêt du Tribunal fédéral du 17 mars 2020, une expertise psychiatrique de la recourante qu'elle a confiée au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
24. Dans son rapport du 24 août 2020, le Dr M_____ a rappelé le contexte et le but de l'expertise ainsi que les sources sur lesquelles il s'était fondé pour rendre son rapport, à savoir l'étude du dossier fourni par la chambre de céans, un examen clinique de l'expertisée effectué les 26 juin, 10 et 31 juillet 2020 (3 heures 40 au total) ainsi qu'un contact téléphonique avec le Dr D_____. L'expert a résumé le dossier. Il a ensuite procédé à une anamnèse en développant l'histoire personnelle de l'expertisée dès sa naissance au Pérou et mentionnant, en particulier, des abus sexuels répétés de son père puis ceux d'un de ses frères, lesquelles s'étaient déroulés de l'âge de 8-9 ans jusqu'à 19 ans, lorsque l'expertisée avait commencé à fréquenter son futur mari. L'expert a encore mentionné, sous scolarité, que l'expertisée aimait bien l'école, mais qu'elle avait été handicapée par le fait que ses parents n'avaient pas les moyens de lui payer les cahiers et les livres. Elle avait fréquenté l'école de 6 à 19 ans, sans toutefois obtenir le bac, car elle avait arrêté les études pour se marier. Elle avait repris des cours et obtenu son bac à 25 ans afin de suivre la formation d'éducatrice à l'université. Elle avait commencé cette formation, mais l'avait toutefois interrompue après quatre ans, un an avant la fin du cursus, pour fuir son mari violent et rejoindre la Suisse où l'une de ses sœurs était établie. En Suisse, elle avait travaillé comme nettoyeuse dans un foyer, puis chez des privés. Elle avait également travaillé à la cafeteria d'une banque, comme nettoyeuse d'avions à l'aéroport, comme livreuse du GHI et comme employée d'un tailleur. Entre 1999 et 2003, elle n'avait pas travaillé pour s'occuper de sa seconde fille. Elle avait surtout été employée comme dame de compagnie/femme de ménage chez des personnes âgées, dont dix ans chez la même personne. Elle avait ensuite trouvé un emploi d'aide-soignante dans un EMS en 2008. En juillet 2012, elle avait eu un accident de travail. En mettant son bras gauche sous les fesses d'une pensionnaire qui était en train de retomber sur son lit après avoir été soulevée par elle et une collègue, elle avait ressenti une violente douleur dans le membre supérieur gauche et à l'épaule. Après un arrêt de travail de quelques jours, elle avait repris le travail, mais les douleurs avaient persisté au bras gauche au point que son médecin lui avait prescrit un nouvel arrêt de travail. Celui-ci s'était prolongé jusqu'au jour de l'expertise avec des tentatives de reprise d'activité dans des postes moins exposés sur le plan physique, comme animatrice dans un foyer puis dans un EMS. Ces démarches s'étaient soldées par des échecs pour des raisons physiques (recrudescence des douleurs) et psychiques (fragilité émotionnelle). À ce jour, l'expertisée pensait qu'elle n'était plus en état de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, en raison des douleurs et de sa fragilité psychique. Elle avait indiqué avoir commencé à souffrir de douleurs du dos et des bras avant son accident de 2012, puisque celles-ci étaient déjà présentes plusieurs

années auparavant, lorsqu'elle distribuait le GHI. Mais avec l'accident, ses douleurs s'étaient aggravées.

S'agissant de l'histoire de la vie sociale et affective de l'expertisée, l'expert a mentionné que celle-ci avait épousé, à 20 ans, un homme de dix ans son aîné, car elle voulait échapper à l'emprise de son père. Mais pendant plusieurs années, le couple avait continué à vivre chez les parents de l'expertisée avant de prendre un logement indépendant. Le mari de l'expertisée avait eu également un comportement violent à son encontre, y compris sur le plan sexuel, et il buvait. Le couple avait eu deux enfants, un garçon né en 1980 et une fille née l'année suivante. Pendant ces années, l'expertisée n'avait pas exercé d'activité lucrative, car son mari voulait qu'elle reste à la maison pour s'occuper des enfants. À partir de 24 ans, elle avait néanmoins repris une activité lucrative, comme vendeuse de lunettes chez un opticien.

En 1989, elle avait rendu visite à l'une de ses sœurs établie clandestinement à Genève et elle était restée chez celle-ci, sans permis de séjour. Ses enfants étaient restés au Pérou avec leur père, puis aux soins d'une sœur de l'expertisée. Cette dernière avait partagé la chambre de sa sœur et trouvé du travail comme nettoyeuse dans un foyer. Elle était restée en Suisse sans papiers jusqu'au milieu des années 90, sortant le moins possible, hormis pour travailler, de peur d'être arrêtée par la police. Aux environs de 1992, son mari était venu à Genève avec leurs enfants, souhaitant reprendre la vie commune avec l'expertisée. Celle-ci avait refusé. Ses enfants étaient restés avec elle et avaient intégré la filière scolaire suisse, tandis que son mari était reparti au Pérou après un an. Peu après, l'expertisée avait fait connaissance d'un homme de nationalité espagnole établi à Genève et emménagé avec lui. En 1995, après avoir été interpellée par la police pour un contrôle d'identité, elle était retournée au Pérou où elle avait divorcé, avant de revenir à Genève pour épouser son compagnon espagnol. Elle avait obtenu un permis B, puis le passeport suisse quelques années plus tard. Le couple avait eu une fille, née en 1999. Les enfants issus du premier mariage de l'expertisée s'étaient établis à Genève. Le fils, âgé de 40 ans, était horloger salarié, marié et père de deux enfants de 7 et 10 ans. La fille, âgée de 39 ans, était mariée et mère de deux enfants également, âgés de 15 et 19 ans. Elle avait une formation de coiffeuse, mais était femme au foyer. La fille de l'expertisée issue de son second mariage avait 21 ans et vivait encore avec ses parents. Elle suivait un apprentissage d'assistante dentaire et avait des problèmes de santé. L'expertisée avait toujours apprécié le caractère gentil et protecteur de son second mari, même si elle prenait des distances avec lui, physiquement en tout cas. Dans des moments d'énervements dus aux douleurs, elle parlait de séparation, mais elle ne l'envisageait pas réellement. Le mari de l'expertisée avait investi son 2^{ème} pilier dans l'achat d'une épicerie en 2012, à 62 ans, au moment où il avait décidé de mettre fin à sa carrière de chauffeur poids lourds dans un contexte pénible. Malheureusement, son commerce avait toujours mal marché et il ne trouvait pas de candidat à son rachat. Comme il n'avait plus de

2^{ème} pilier, la situation financière du couple était précaire, puisque l'expertisée était sans revenu depuis 2016. La relation de couple était plutôt bonne, mais de temps en temps, l'expertisée s'énervait contre son mari, surtout lorsqu'elle avait des douleurs plus fortes que d'habitude, au point de parler de divorce. Elle était aussi inquiète pour la santé de son mari, qui avait des problèmes respiratoires et qui prenait du poids.

L'expertisée vivait avec son mari et leur fille de 21 ans dans un appartement de cinq pièces du quartier des Avanchets que la famille occupait depuis 22 ans. Elle n'avait pas d'activité lucrative depuis 2012 et sa dernière mesure professionnelle remontait à 2016. Elle se levait à 9h et se couchait à minuit. Après sa toilette, elle déjeunait seule, car son mari et sa fille étaient déjà partis. Le matin, l'expertisée préparait le repas de midi, qu'elle prenait avec son mari, parfois à l'épicerie, occasionnellement avec sa fille aussi. Ses activités étaient limitées à cause des douleurs au bras gauche, qui augmentaient lors de toute activité. Elle participait « un peu » à l'entretien du ménage, qui était surtout assuré par sa fille avec l'aide de son mari. Le repas du soir était préparé par sa fille. Les commissions étaient faites par son mari. Le courrier et les paiements étaient faits par son mari et/ou par sa fille. Parmi ses loisirs, l'expertisée signalait la télévision, les visites de ses petits-enfants et le temps passé à l'épicerie de son mari où elle assistait ce dernier. Les soirées étaient passées devant la télévision en compagnie de son mari. Le dimanche était consacré aux enfants et petits-enfants. L'expertisée avait aussi des contacts avec sa fratrie établie à Genève (un frère et trois sœurs). Ils se voyaient occasionnellement, mais elle voyait plus régulièrement une sœur, avec laquelle elle faisait des promenades ou prenait son petit-déjeuner. L'expertisée avait une amie proche. Elle fréquentait occasionnellement l'église, mais ne participait pas à des groupes ou associations. Pour les vacances, le couple se rendait habituellement en Espagne, où le mari de l'expertisée possédait une maison. L'expertisée n'était plus retournée au Pérou depuis dix ans.

L'expert a rapporté les plaintes actuelles de l'expertisée et ses constatations objectives (status psychiatrique), ainsi que les données objectives transmises par le Dr D_____. L'expert a ensuite examiné les diagnostics ressortant de son examen. Il a retenu que les critères de la CIM-10 (F45.4) pour le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant étaient réunis pour rendre compte de la part des douleurs de l'expertisée dépourvues de substrat organique. Le tableau clinique était dominé par la présence de plaintes douloureuses multiples et chroniques présentes depuis une dizaine d'années au moins. Depuis 2012 en tout cas, des douleurs multiples et chroniques en partie sine materiae étaient au premier plan des plaintes et à l'origine de nombreuses consultations et, depuis 2016, de prescription de doses quotidiennes de morphine par le médecin de premier recours. Lors de l'examen, l'expertisée n'avait pas manifesté de comportement douloureux hormis le port d'un pansement à un coude. Néanmoins, la douleur du traitement antalgique prescrit depuis des années et le comportement d'évitement des mouvements signalés à

plusieurs reprises dans le dossier (observation de la CRR et rapports des stages de réadaptation professionnelle) témoignaient d'une authentique détresse. Les douleurs survenaient dans un contexte problématique (fond anxieux, situation financière de la famille précaire).

L'expert a encore relevé un second élément clinique constitué par un syndrome anxieux polymorphe (F41.1). Celui-ci comprenait à l'heure actuelle surtout des préoccupations soucieuses sur la précarité financière et la santé. La gestion des douleurs était aussi imprégnée d'anxiété (perception catastrophisante des douleurs et évitement du mouvement par peur d'une aggravation de l'état de santé relevés à la CRR et lors des stages de réadaptation). L'anxiété mentale était parfois associée à des manifestations physiques neuro-végétatives (arythmies, vertiges, transpirations, tremblements, etc.). Il existait aussi une tendance à la ritualisation (lavages) sans que ce comportement semble atteindre le seuil d'un véritable trouble obsessionnel-compulsif. Le diagnostic d'anxiété généralisée semblait le plus approprié à l'expert pour décrire cette forme d'anxiété envahissante, chronique (présente depuis des années) comprenant un aspect mental (scénarios catastrophes) et physique (manifestations neuro-végétatives). D'après l'expertisée, l'anxiété était particulièrement prononcée depuis environ 6 ans (2014-2015), en relation avec les difficultés financières de la famille consécutives au choix du mari de quitter son emploi de chauffeur pour acheter une épicerie, commerce qui s'avérait non rentable. La perte de revenu de l'expertisée (depuis 2016, après épuisement des prestations perte de gain, chômage et réadaptation AI) avait aggravé la précarité financière du couple et l'intensité de l'anxiété.

Les symptômes dépressifs étaient actuellement peu spécifiques et peu prononcés. Ils étaient très intriqués avec les douleurs et l'anxiété et ne justifiaient pas en l'état un diagnostic de trouble de l'humeur.

Le médecin traitant avait introduit en 2016 un traitement de morphine qui avait été augmenté progressivement à 120 mg/jour, auxquels s'ajoutait une dose de 40 mg à la demande, qui était toutefois prise au moins une fois par jour selon l'expertisée. Cette médication à visée antalgique était aussi utilisée par l'expertisée comme anxiolytique. De toute évidence, cette dernière en était devenue dépendante psychiquement et très probablement physiquement. Si l'on ajoutait que la dose quotidienne de morphine consommée n'est pas négligeable, le diagnostic de dépendance aux opiacés (sous contrôle médical) était probable. Il était vraisemblable qu'il existait aussi une dépendance au moins psychique aux benzodiazépines au vu de la prise quotidienne de lorazépam (Temesta) à un dosage relativement important (5 mg/jour), de l'attachement de l'expertisée au midazolam (Dormicum) et de son souhait (rejeté par le médecin traitant) d'augmenter la dose, alors qu'elle était déjà à la dose maximale recommandée (dépendance aux tranquillisants). L'expert a précisé dans les réponses aux questions de son rapport qu'il s'agissait là de diagnostics additionnels qui étaient des complications du traitement (F11.22 et F13.22).

L'expertisée relatait avoir subi de manière répétée des violences physiques et sexuelles durant son enfance et son adolescence. Cette anamnèse, qui était plausible, car l'expertisée donnait certains des détails concrets, mais impossible à attester, avait certainement pu contribuer à fragiliser l'estime de soi de l'expertisée et à favoriser la constitution d'un terrain anxieux.

La recherche des signes d'ESPT en relation avec ces violences ne permettait pas de retenir l'hypothèse d'un tel état qui persisterait à l'heure actuelle sans manifestations objectivables. À l'heure actuelle, il existait une anamnèse de flashbacks visuels et olfactifs des agressions sexuelles ainsi qu'un certain degré d'évitement cognitif (« j'essaie de penser à autre chose »; refus d'une démarche psychothérapeutique centrée sur le vécu traumatique) et comportemental (peur de se retrouver seule « avec quelqu'un » à la cave). Toutefois la reviviscence du vécu traumatique n'était pas constante et l'évitement cognitif n'était pas massif, puisque l'expertisée avait abordé sans réticence ni blocage les événements traumatiques de ses années d'enfance et d'adolescence. Par ailleurs lors de de l'examen de l'expert, l'évocation des flashbacks persistants n'avait pas donné lieu à des phénomènes émotionnels ou neurovégétatifs objectivables, comme cela se produisait généralement en cas d'ESPT actif et comme l'exigeait la CIM-10. L'expert n'avait pas objectivé de dissociation de la conscience lors de son examen, ni de comportement d'hypervigilance, notamment pas de sursaut à l'exposition à un stimulus auditif inattendu. La trajectoire biographique montrait que malgré une enfance et une adolescence douloureuses, l'expertisée avait fondé deux familles, eu trois enfants et réussi à émigrer loin de son pays d'origine et à s'intégrer dans son pays d'accueil, y compris sur le plan linguistique. Cette trajectoire biographique parlait contre l'existence d'un comportement durable d'évitement massif et de distanciation affective après les expériences traumatiques. Pour ces raisons, l'expert ne retenait pas le diagnostic d'ESPT. Il était en revanche vraisemblable que l'anxiété clinique actuelle puisse intégrer, de manière moins spécifique que dans un ESPT, des éléments post-traumatiques, soit une peur diffuse, résidu des violences sexuelles et physiques subies, et aussi une peur de la précarité matérielle connue durant l'enfance au Pérou et qui menaçait à nouveau l'expertisée en Suisse. Les douleurs chroniques de l'expertisée semblaient faire partie des « séquelles sévères » des traumatismes sexuels anciens. Il s'agissait-là d'une hypothèse.

S'agissant de sa personnalité, l'expertisée avait une certaine fragilité de l'estime de soi. Il y avait probablement eu une interaction réciproque entre les violences qui avaient marqué son enfance et son adolescence et le développement de l'estime de soi, composante importante de la personnalité. Sa vie adulte avait été caractérisée par la quête d'une figure protectrice qu'elle avait cherchée en vain chez son premier mari et trouvée auprès de son second mari et aussi, d'une certaine manière, auprès de son médecin traitant. L'hypothèse de la présence d'un élément passif-dépendant dans la personnalité était renforcée par le constat d'une appétence pour les substances addictives (morphine et tranquillisants). La fragilité de l'estime de soi et

le trait dépendant n'atteignaient pas le degré d'un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. Il n'y avait en effet pas d'argument pour dire que l'expertisée avait rencontré constamment, depuis le début de l'âge adulte, des problèmes émotionnels et relationnels dans des contextes divers. Au contraire elle s'était montrée assez entreprenante pour pouvoir s'extraire d'un milieu pathogène, s'insérer dans un milieu de langue et de culture étrangères, où elle avait réussi à vivre clandestinement durant plusieurs années avant de pouvoir régulariser sa situation et fonder une nouvelle famille. Les problèmes de douleurs chroniques et de difficulté à se maintenir dans la vie active n'étaient apparus que tardivement, vers la cinquantaine. La fragilité infra-clinique de la personnalité correspondait au code Z 73.1 de la CIM-10, correspondant au libellé « accentuation de traits de la personnalité ».

L'expert a ensuite discuté les autres diagnostics figurant au dossier, en premier lieu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, et a motivé les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu ce diagnostic. Son examen suggérait plutôt une évolution chronique avec des fluctuations, mais sans véritable rémission depuis une dizaine d'années, avec prédominance des symptômes anxieux et douloureux. Au vu du caractère fluctuant et très lié aux circonstances des symptômes dépressifs, l'expert ne retenait pas non plus le diagnostic de dysthymie.

L'expert a relevé que la psychiatre de la CRR et les experts G_____ - F_____ avaient retenu des diagnostics proches, soit un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive et un trouble anxieux et dépressif mixte. Il s'agissait dans les deux cas d'un syndrome anxio-dépressif de gravité modérée, n'atteignant pas le degré d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux spécifique.

L'expert ne retenait pas non plus le nouveau diagnostic apparu dans la CIM-11, (complex post-traumatic stress disorder), cité également par le Dr D_____ dans son courrier à l'expert de juillet 2020. Ce diagnostic avait été introduit en 2018, mais n'était pas encore utilisé, car en phase de test. Ce diagnostic impliquait que les critères de l'ESPT soient présents, auxquels s'ajoutaient d'autres éléments cliniques moins spécifiques, or ce dernier diagnostic n'était pas retenu.

Quant à la dépendance à la morphine et aux tranquillisants, elle n'était pas non plus relevée dans le dossier, bien que la prescription quotidienne de morphine et de tranquillisants depuis des années soit clairement mentionnée.

S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, l'expert a relevé que l'affection d'anxiété généralisée diminuait l'énergie disponible en raison de l'importance prise par les ruminations mentales (scénarios catastrophes) et l'insomnie. Elle inhibait aussi un peu la capacité d'entreprendre du fait du comportement d'évitement. Ces répercussions se retrouvaient chez l'expertisée. Lorsqu'elle était isolée, cette affection n'altérait généralement pas durablement la capacité de travail. Il pouvait en aller différemment lorsque les répercussions fonctionnelles d'origine anxieuse étaient renforcées par des comorbidités qui

allaient dans le même sens. C'était le cas chez l'expertisée, où la présence de douleurs chroniques était un facteur de ruminations anxieuses et de comportement d'évitement. La prise quotidienne de morphine et de tranquillisants, à doses relativement importantes, était un facteur de fatigue, donc de baisse de l'énergie disponible. Enfin la présence d'éléments de personnalité passive-dépendante et de fragilité de l'estime de soi, même si elle n'atteignait pas le seuil clinique, contribuait aussi à l'inhibition de l'action et à l'évitement. Compte tenu de la synergie entre ces divers facteurs, l'expert estimait que les répercussions fonctionnelles globales des atteintes psychiques déterminaient une incapacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité adaptée à l'état physique. Un taux d'activité de 50% lui semblait tenir compte à la fois des limitations fonctionnelles mentionnées, qui étaient réelles, mais du caractère partiellement surmontable de ces limitations, du fait de l'absence d'une atteinte psychiatrique sévère et durablement incompatible avec toute activité. L'expert rappelait que l'expertisée n'avait jamais dû recourir aux services de la psychiatrie, ni ambulatoires ni hospitaliers, et que le médecin traitant, s'il évoquait des séquelles psychiques sévères de la maltraitance subie, n'avait jamais estimé la sévérité de la pathologie psychiatrique suffisamment prononcée pour référer sa patiente à un spécialiste. Les échecs des démarches de réadaptation avaient été surtout dus aux manifestations douloureuses. Cela ressortait clairement des rapports de la CRR et des stages de réadaptation. La fragilité émotionnelle n'avait probablement joué qu'un rôle secondaire, l'expertisée n'ayant pas de raison de s'engager dans son travail dans des conversations mettant à nu son vécu traumatique. Le fait qu'elle avait écarté la proposition d'un traitement psychothérapeutique montrait sa capacité à se « protéger » de toute intrusion susceptible de réveiller le passé. Le taux d'incapacité de 50% pouvait être daté d'avril 2016 lorsque l'intimé avait renoncé à poursuivre les mesures professionnelles de réadaptation après deux échecs. C'était aussi à partir de cette date que le Dr D_____ avait prescrit une nouvelle période d'arrêt de travail et considéré que sa patiente ne pouvait plus reprendre d'activité, quelle qu'elle soit (certificat du 20 avril 2016).

S'agissant du pronostic, l'expert retenait qu'objectivement, l'expertisée ne souffrait pas d'un trouble psychiatrique sévère incompatible avec l'exercice de toute activité lucrative. Elle souffrait d'un trouble anxieux et d'un syndrome somatoforme douloureux chronique qui limitait partiellement sa capacité de travail. La reprise d'activité dépendrait des efforts consentis par l'expertisée pour surmonter ses appréhensions d'ordre anxieux, en particulier avec les douleurs somatoformes. Des facteurs extra-médicaux comme l'âge et le contexte économique actuel difficile étaient des obstacles non négligeables au retour de l'expertisée sur le marché du travail. L'engagement dans un processus psychothérapeutique spécialisé ne paraissait pas envisageable à l'expert tant que la procédure de compensation était en cours. Il était beaucoup trop tôt pour dire si une telle démarche psychothérapeutique, au cas où elle serait engagée, pourrait avoir un effet sur la capacité de travail.

L'expert a ensuite examiné les indicateurs développés par le Tribunal fédéral et relevé que le trouble d'anxiété généralisée et le syndrome douloureux somatoforme persistant étaient tous deux de gravité moyenne. Leur cumul et le renforcement réciproque de leurs limitations fonctionnelles expliquaient le caractère partiellement incapacitant de l'atteinte psychique.

S'agissant du succès du traitement ou de la résistance, l'atteinte était présente sans évolution significative depuis 2016 au moins. Les deux affections psychiques étaient connues pour être chroniques et relativement résistantes au traitement.

Les trois tentatives de réadaptation avaient échoué en raison de la recrudescence des douleurs alléguées par l'expertisée ayant conduit à la prescription d'arrêts de travail par le médecin traitant.

S'agissant des comorbidités, une certaine fragilité de l'estime de soi était perceptible ainsi que des traits passifs dépendants. Ces éléments n'atteignaient pas le degré d'un trouble de la personnalité.

L'expertisée était mariée, mère de trois enfants adultes. La relation de couple était globalement harmonieuse, de même que les relations avec les enfants et leur famille. L'expertisée avait également de bons contacts avec certains de ses frères et sœurs établis à Genève. Son réseau social extra-familial était peu fourni, mais l'expertisée avait au moins une amie proche.

L'expertisée avait cessé toute activité professionnelle depuis 2012. Sur le plan domestique, elle avait délégué beaucoup de tâches à son entourage familial.

L'expertisée consultait très régulièrement son médecin interniste depuis 2012. Sa demande de soins était importante, ce qui s'était traduit notamment par la prescription quotidienne de morphine par son médecin et deux hospitalisations depuis le début de l'affection actuelle, à la clinique genevoise de Montana en 2012 et à la CRR de Sion en 2014. En revanche, l'expertisée n'avait jamais suivi de traitement psychiatrique, ni en ambulatoire ni en milieu hospitalier. L'anxiété n'avait pas bien réagi au traitement médicamenteux (les tranquillisants), sauf l'insomnie, sous relatif contrôle grâce au Midazolam. Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un manque de compliance vis-à-vis du traitement par le médecin de premier recours. L'expertisée n'avait pas bénéficié du traitement psychothérapeutique spécialisé qui serait indiqué pour le trouble anxieux, d'autant que celui-ci intégrait des éléments post-traumatiques. Une telle démarche n'avait toutefois de sens que si elle était admise et bien comprise par l'expertisée, ce qui n'était pas le cas actuellement. Une psychothérapie entreprise sous la pression d'une instance extérieure serait à coup sûr vouée à l'échec. Par ailleurs une démarche psychothérapeutique était rarement fructueuse pendant qu'une démarche de compensation (ici demande de prestations AI) était en cours. Une fois cette démarche terminée, le médecin traitant pourrait s'appuyer sur la bonne relation qu'il avait avec l'expertisée pour l'encourager à solliciter un suivi

psychothérapeutique spécialisé, qui devrait être spécialement ciblé sur l'anxiété au sens large.

Les traitements proposés par le médecin traitant avaient été acceptés et suivis par l'expertisée.

Les limitations au niveau professionnel étaient massives subjectivement, et partielles objectivement (50% selon l'estimation de l'expert). Sur le plan social, les limitations étaient moins prononcées (bon investissement des relations familiales), mais importantes sur le plan domestique (tenue du ménage et autres activités domestiques déléguées à l'entourage). Il s'agissait de limitations surtout subjectives, plus prononcées que ce qui ressortait de l'appréciation objective de l'état de santé psychique. Il n'y avait pas de baisse de rendement pour un taux d'activité de 50%, ce taux intégrant la légère baisse de rendement imputable à l'atteinte psychique.

25. Le 21 septembre 2020, la recourante a informé la chambre de céans que quand bien même elle ne partageait pas les conclusions de l'expert quant au diagnostic et au taux d'incapacité de travail retenu, elle estimait que son expertise remplissait les réquisits jurisprudentiels concernant la valeur probante, de sorte qu'il y avait lieu de retenir une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 décembre 2013 et de 50% à partir du 1^{er} avril 2016 dans une activité adaptée. S'agissant du revenu sans invalidité, il convenait de prendre en compte son salaire qui se serait élevé, en 2014, à CHF 54'304.- et un revenu d'invalidité, à 100%, de CHF 53'793.- en 2014. Il y avait lieu d'opérer une réduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité de 20% pour tenir compte de sa situation. Le revenu d'invalidité s'élevait ainsi à CHF 21'517.20.

La comparaison de son invalidité avec ce taux d'incapacité de travail aboutissait à un taux de 49,8% selon la méthode mixte jusqu'au 1^{er} janvier 2018, puis de 56,2%. Ainsi, son taux d'invalidité s'élevait à 50%.

La recourante réduisait ses conclusions du 4 juin 2018 en concluant à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre au 31 décembre 2013 et à une demi-rente à partir du 1^{er} avril 2016.

26. Le 21 septembre 2020, l'intimé a estimé, sur la base d'un avis médical du SMR, que les conclusions de l'expert judiciaire ne pouvaient pas être suivies. Force était de constater que le tableau clinique était tout à fait normal. En outre, l'expert faisait état de nombre d'éléments subjectifs ainsi que de plusieurs facteurs extra-médicaux. Il existait également des discordances décrites par le SMR. Finalement, il y avait lieu d'observer qu'au vu de la description du quotidien de l'assurée, il n'y avait pas dans ce domaine de la vie de limitations clairement objectivées. Ainsi, l'intimé estimait que la recourante ne souffrait pas d'atteintes à la santé justifiant la reconnaissance d'une invalidité au sens des indicateurs jurisprudentiels actuels.

Selon l'avis médical établi le 22 septembre 2020 par la doctoresse C_____, l'expert avait analysé de dossier médical de l'assurée, pris en compte ses plaintes et

effectué un examen clinique psychiatrique complet. Son rapport contenait toutefois quelques contradictions.

Si l'on se référait à l'examen clinique décrit, ce dernier était tout à fait normal. L'expert ne retrouvait pas d'éléments objectifs au status et fondait ses diagnostics sur des éléments principalement subjectifs. Il n'avait pas été constaté d'attitude antalgique de l'assurée durant l'examen clinique. Il n'avait pas été constaté de fatigabilité, ni de ralentissement psychomoteur, en relation avec des consommations importantes de morphine et de benzodiazépine. Il n'avait enfin pas été constaté de troubles objectifs liés à l'anxiété lors de l'expertise, tels que des troubles neurovégétatifs, une tension motrice ou des difficultés de concentration.

Selon l'expert : « objectivement, l'expertisée ne souffrait pas de troubles psychiatriques sévères incompatibles avec l'exercice de toute activité lucrative » et « des facteurs extra-médicaux comme l'âge et le contexte économique actuel étaient des obstacles non négligeables au retour de l'expertisée sur le marché du travail ». On pouvait ainsi mettre en évidence la présence de facteur extra-médicaux et l'absence de troubles objectifs incapacitants.

L'expert ne se prononçait pas clairement sur la capacité de travail de l'assurée entre 2012 et 2016 d'un point de vue psychiatrique. Il estimait que le début de la survenance était avril 2016, soit à la fin des mesures professionnelles.

Si l'on se référait à la description du quotidien de l'assurée et aux conclusions de l'expert, il n'y avait pas de limitations clairement objectivées : l'assurée était indépendante pour les soins quotidiens et les déplacements, préparait les repas, voyait régulièrement ses enfants et petits-enfants ainsi que sa fratrie et une amie, elle assistait aussi son mari à l'épicerie et partait en vacances en Espagne chaque année. La seule limitation consistait anamnesticquement dans les travaux de ménage qu'elle ne faisait que peu, en raison de ses douleurs. Pour le SMR, cette description était peu compatible avec l'évaluation d'une diminution de la capacité de travail de 50% comme le retenait l'expert.

Ainsi, pour le SMR, il était difficile de suivre l'expert dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, qui reposait sur des plaintes principalement subjectives, qui elles-mêmes n'étaient pas corrélées à la description du quotidien de l'assurée. Ainsi le SMR considérait que sa dernière appréciation du cas demeurait valable.

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

EN DROIT

1. Les questions de la compétence et de la recevabilité du recours ont déjà été traitées dans l'arrêt rendu par la chambre de céans le 17 avril 2019, il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

-
2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2013.
 3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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. 28 al. 2 LAI).
 4. 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).

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

6. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a également lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

7. Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique les indicateurs suivants, qui s'appliquent également pour déterminer la capacité de travail exigible des personnes souffrant de troubles psychiques :

a. 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. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

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

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

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

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

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de

l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

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

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

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

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.

8. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font

état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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 (Cst, RS 101; 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).

10. En l'espèce, les parties ne contestent pas que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre au 31 décembre 2013, ce qui est établi par les pièces du dossier. La question à trancher reste le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2013, et plus particulièrement dès le 1^{er} avril 2016.

11. a. Il convient d'examiner, en premier lieu, la valeur probante de l'expertise du Dr M_____. Celle-ci répond a priori aux conditions permettant de lui reconnaître une telle valeur. Elle a toutefois fait l'objet de plusieurs critiques de l'intimé, sur la base d'un avis du SMR.

b. L'intimé a fait valoir que les conclusions de l'expert judiciaire ne pouvaient pas être suivies, car le tableau clinique observé par celui-ci était tout à fait normal et que l'expert s'était fondé sur des éléments subjectifs et des facteurs extra-médicaux.

Si l'expert a effectivement rapporté que l'expertisée n'avait pas manifesté de comportement douloureux hormis le port d'un pansement à un coude, lors de son examen clinique, il a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F.45.4) non seulement sur la base des déclarations de celle-ci, mais également en raison du fait qu'un traitement antalgique lui était prescrit depuis des

années et qu'un comportement d'évitement des mouvements était signalé à plusieurs reprises dans le dossier, référence faite aux observations de la CRR et aux rapports des stages de réadaptation professionnelle. L'expert a précisé que les plaintes de douleurs multiples et chroniques étaient présentes depuis une dizaine d'années au moins. Le fait qu'il ait relevé que les douleurs survenaient dans un contexte problématique (fond anxieux et situation financière de la famille précaire) n'apparaît pas critiquable, puisque le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas être objectivé sur plan médical. Il repose forcément sur des plaintes subjectives et peut être lié à un trouble psychique, en l'occurrence précisément un trouble anxieux lié à la situation financière difficile de la recourante, cette situation faisant écho, comme l'a relevé l'expert, à la précarité connue par celle-ci dans son enfance. D'ailleurs, la définition de ce diagnostic par la CIM-10 se réfère expressément à des problèmes psycho-sociaux. En effet, elle indique, sous la rubrique F45.40, que la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins.

c. S'agissant du syndrome anxieux diagnostiqué par l'expert, il n'apparaît pas non plus critiquable que celui-ci se soit référé à des facteurs extra-médicaux, en l'occurrence la situation financière de la famille de la recourante, dès lors que des facteurs extra-médicaux étaient à l'origine de l'anxiété constatée.

d. L'expert a retenu comme établi, sur la base des déclarations de l'expertisée, qu'elle a subi des violences physiques et sexuelles durant son enfance et son adolescence, précisant que cela était plausible, car elle donnait certains détails concrets. L'expert ne pouvait que se fonder sur les déclarations de la recourante à ce sujet, faute d'élément objectif permettant de prouver les faits allégués. La crédibilité des dires de la recourante à ce sujet est en outre renforcée par le fait qu'elle les a régulièrement évoqués à différents interlocuteurs (cf. rapport de la clinique genevoise de Montana du 23 janvier 2013, rapport du Dr D_____ du 2 septembre 2015 et rapport d'expertise du 2 septembre 2017).

e. L'intimé a fait valoir que l'expert avait indiqué qu'objectivement, l'expertisée ne souffrait pas de troubles psychiatriques sévères incompatibles avec l'exercice de toute activité lucrative.

L'intimé a toutefois omis d'ajouter que l'expert avait ensuite précisé que l'expertisée souffrait néanmoins d'un trouble anxieux et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui limitaient partiellement sa capacité de travail. Le fait que la recourante ne souffre pas d'un trouble anxieux sévère incapacitant en tant que tel n'empêche pas qu'une incapacité de travail puisse être retenue sur la base de l'effet combiné d'un syndrome douloureux somatoforme persistant avec un trouble

anxieux. L'expert a de plus détaillé de façon convaincante dans son rapport les raisons pour lesquelles il concluait à une capacité de travail partielle sur la base des diagnostics.

f. S'agissant du pronostic, l'expert a retenu qu'objectivement, l'expertisée ne souffrait pas d'un trouble psychiatrique sévère incompatible avec l'exercice de toute activité lucrative. L'intimé a fait valoir que selon l'expert « des facteurs extra-médicaux, comme l'âge et le contexte économique actuel, étaient des obstacles non négligeables au retour de l'expertisée sur le marché du travail ». Cette phrase, sortie de son contexte par l'intimé, concernait le pronostic pour un retour au travail. Elle ne permet donc pas de retenir que l'expert a pris en compte, de manière infondée, des facteurs extra-médicaux pour fonder ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante, étant rappelé que de tels facteurs peuvent jouer un rôle dans le cadre de l'établissement du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant.

g. L'intimé a encore relevé qu'au vu de la description du quotidien de l'assurée, il n'y avait pas dans ce domaine de la vie de limitations clairement objectivées. Ainsi, il estimait que la recourante ne souffrait pas d'une atteinte à la santé justifiant une invalidité, au sens des indicateurs jurisprudentiels actuels.

La description de la journée-type et de la personnalité de la recourante atteste de certaines ressources, dont l'expert a d'ailleurs tenu compte pour retenir une capacité de travail partielle. L'on ne peut toutefois retenir, comme l'intimé l'a fait, qu'il n'y avait pas de limitations clairement objectivées. Il ressort en effet de l'expertise que la recourante ne peut faire que peu de ménage et que ses loisirs et ses relations sociales sont limités.

h. Il convient encore de relever que l'expert a pris en compte les indicateurs développés par le Tribunal fédéral dans son appréciation de la capacité de travail de la recourante.

i. Au vu des considérations qui précèdent, l'expertise judiciaire doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur cette base, il doit être retenu que la recourante est capable de travailler à 50% depuis le 1^{er} avril 2016 dans une activité adaptée en raison de son atteinte psychique. Reste à déterminer son taux d'invalidité.

12. Selon l'art. 27^{bis} RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au

moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

S'agissant de la part professionnelle, la comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Il y a en principe lieu de se fonder sur les inscriptions figurant sur le compte individuel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_8/2012 du 12 mars 2012 consid. 2.1.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsqu'il n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Il convient de se référer aux ESS publiées au moment de la décision querellée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_699/2015 du 6 juillet 2016).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents

éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

S'agissant des limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Selon le Tribunal fédéral l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2).

S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un

facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1).

Sous l'empire de l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPG. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalidité est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

13. a. En l'espèce, l'incapacité de travail retenue par l'expert a une cause distincte de celle qui justifie une rente d'invalidité pour la période courant du 1^{er} septembre au 31 décembre 2013 (soit les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire et de tendinopathie de l'épaule gauche ainsi que de gonarthrose bilatérale qui entraînaient une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle dès le 5 juillet 2012). En vertu, des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente pour les diagnostics psychiatriques retenus par l'expert judiciaire prend naissance au plus tôt le 1^{er} avril 2017, soit à la date dès laquelle l'assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable.

b. Il faut établir le taux d'invalidité de la recourante en tenant compte de l'année 2017, durant laquelle est né son droit à une rente d'invalidité, en vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI. Au moment de la décision querellée, le 3 mai 2018, les ESS 2016 n'avaient pas encore été publiées, il convient donc de se référer aux ESS 2014, plus précisément au tableau TA1_tirage_skill_level total pour une femme dans une activité de niveau 1, soit un salaire CHF 4'300.- par mois. Ce salaire équivaut à CHF à 4'483.- en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail (41,7), puis à CHF 53'796.- après annualisation, à CHF 54'721,80 après indexation à 2017, selon l'évolution des salaires nominaux des prix à la consommation et des salaires réels de l'office fédéral de la statistique (2014 : 2673 et 2017 : 2719) et à CHF 24'624,80 à 50% et avec un abattement de 10%.

Le salaire sans invalidité à prendre en compte est le dernier perçu concrètement par la recourante en 2012 à 80%, soit CHF 56'479.85, selon les informations données par son employeuse et le salaire AVS inscrit sur son compte individuel. Ce salaire équivaut à CHF 58'391,10 en 2017 après indexation (2012 :2630 et 2017 : 2719) et à CHF 72'988,87 à 100%.

La comparaison des salaires avec et sans invalidité donne les taux d'invalidité de 58% selon le calcul applicable jusqu'en 2018 et de 66% selon le nouveau calcul, dans la sphère professionnelle.

Activités	Part en %	Perte économique/ Empêchement en %	Invalidité en %
professionnelle	80%	58%/66%	46,40%/52,8%
travaux habituels	20%	9%	1,8%
Taux d'invalidité (arrondi)			48%/55%

Il en résulte que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le mois d'avril 2017 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018.

Il sera encore précisé que si un abattement de 15% avait été pris en compte, le résultat aurait été le même, et que les conditions permettant un abattement de 20% ne sont pas réalisées en l'espèce, à teneur de la jurisprudence précitée, dès lors que seules les limitations fonctionnelles liées à l'épaule gauche de la recourante et son âge peuvent être pris en considération dans ce cadre.

14. Le recours doit être ainsi partiellement admis.
15. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'500.- (art. 61 let. g LPGA).
16. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent être mis à la charge de l'OAI (cf. ATF 139 V 349

consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

Dès lors que le Tribunal fédéral a jugé qu'une expertise judiciaire s'imposait sur le plan psychiatrique, car la première expertise administrative n'était pas probante et le rapport du SMR insuffisant, il convient de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'intimé, qui aurait dû ordonner une nouvelle expertise s'il entendait s'éloigner des conclusions des premiers experts. Ces frais s'élèvent à CHF 5'600.- selon la facture du 24 août 2020.

17. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge d'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet partiellement le recours.
3. Réforme la décision rendue par l'intimé du 3 mai 2018 en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre au 31 décembre 2013, à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2017 et à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2018.
4. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 5'600.- à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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