RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2660/2019 **ATAS/389/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ — recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née au Brésil le _____ 1966, est arrivée en Suisse en octobre 2003. Son époux et elle, tous deux déjà parents d'enfants désormais majeurs, ont eu un fils en 2005. Sans formation professionnelle, l'assurée a exercé diverses activités non qualifiées. Dès 2015, elle a travaillé en tant que nettoyeuse pour B_____SA, à raison de 10 heures par semaine correspondant à un taux d'activité de 23% (cf. déclaration de sinistre de B_____ du 26 novembre 2015), et pour C_____ Sàrl, à raison de 25 heures par semaine correspondant à un taux d'activité de 70% (cf. déclaration de sinistre d'C_____ du 16 novembre 2015).

2. Le 16 novembre 2015, l'assurée, gauchère, a présenté une fracture de l'épiphyse distale du radius gauche, traitée chirurgicalement le 18 novembre 2015 par ostéosynthèse, avec une évolution satisfaisante sur le plan radiologique (cf. rapport du 20 décembre 2016 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main ; compte-rendu opératoire du 23 novembre 2015 ; rapport du 13 octobre 2017 du docteur E_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève [ci-après : les HUG]).

3. En raison de la persistance de douleurs associées à une tendinite et un syndrome du canal carpien, l'assurée a bénéficié d'une nouvelle intervention le 20 juin 2016 consistant en l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, une arthroscopie du poignet avec débridement, un lavage articulaire et des cures de pseudarthrose, du tunnel carpien et de tendinite (cf. avis de sortie des HUG du 22 juin 2016 ; rapport du 13 octobre 2017 du Dr E_____).

4. L'évolution clinique a été défavorable, avec des douleurs post-opératoires compliquées par l'apparition d'un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC), une allodynie mécanique, ainsi qu'un syndrome dépressif réactivé (cf. rapport d'évaluation sensitive du 23 janvier 2017 du département des neurosciences cliniques des HUG ; rapport du 20 décembre 2016 du Dr D_____ ; rapport du 13 octobre 2017 du Dr E_____).

5. Le 4 octobre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

6. Dans un rapport du 14 octobre 2016, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée présentait des douleurs persistantes et un trouble anxio-dépressif réactionnel. Son traitement consistait en des séances de physiothérapie et un suivi psychiatrique. Sa capacité de travail était nulle en raison des limitations physiques et psychiques.

7. Le 17 novembre 2016, l'assurée a consulté la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon les notes de cette dernière, l'assurée avait souffert de dépression et présenté plusieurs épisodes depuis 1995, suite notamment aux décès de son père, de son mari et de son beau-père. Sa mère, avec laquelle elle avait peu de contacts et ne s'entendait pas, était déprimée et plusieurs membres de

la famille s'étaient suicidés. L'assurée avait eu beaucoup de problèmes avec sa patronne et faisait état de harcèlement, de mobbing et d'agressivité. La psychiatre a rapporté beaucoup d'anxiété, une tension interne, des palpitations, une hyperventilation, des bouffées de chaleur et de transpiration, un isolement social, des baisses de la libido et de la motivation, une fatigue, une apathie, une aboulie, des sentiments de dévalorisation et de culpabilité et une importante prise de poids due à la médication.

8. Par rapport du 20 décembre 2016, le Dr D_____ a indiqué que la fracture, survenue sur un terrain complexe et peut-être un peu fragile, avait réactivé un état dépressif latent, mais on ne pouvait pas dire que les douleurs étaient dues à la dépression.

9. Le 13 janvier 2017, la Dresse F_____ a constaté la persistance de la symptomatologie dépressive et des douleurs au bras gauche de l'assurée.

10. Du 26 avril au 19 mai 2017, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR). Selon le rapport y relatif du 1er juin 2017, les médecins ont objectivé une bonne consolidation de la fracture du poignet gauche, avec une évolution du SDRC au décours, une bonne fonctionnalité du poignet (76%), un syndrome du tunnel carpien de degré léger et des cervico-lombalgies non spécifiques. Ces atteintes limitaient le port de charges lourdes de façon répétitive ou prolongée ainsi que les mouvements répétitifs en force de la main gauche. Une stabilisation était attendue dans un délai de trois à six mois s'agissant du SDRC. Les médecins ont relevé des incohérences dans l'auto-évaluation des capacités fonctionnelles et mentionné plusieurs facteurs contextuels non médicaux, dont un conflit sur le lieu de travail, une absence de formation certifiante, une absence de maîtrise complète du français, susceptibles d'influencer négativement la reprise d'une activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, était suspecté un trouble de la personnalité mixte, avec des traits labiles et abandonniques, mais ce diagnostic n'était pas confirmé en fin de séjour. Le traitement à la sortie comprenait notamment du Cymbalta, du Lyrica, du Redormin et du Temesta.

11. Dans un rapport du 30 avril 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état de douleurs à l'effort, même pour des tâches simples à la maison, et attesté d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle. En revanche, dans un travail peu exigeant pour les mains et ne requérant pas le port de charges de plus de 5 kg, une capacité de travail était exigible de l'assurée.

12. Dans un rapport du 29 juin 2017, la Dresse F_____ a retenu les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de SDRC du membre supérieur gauche et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Elle a également fait état de lombalgies, de cervicalgies et de surpoids, sans répercussion sur la capacité de travail. À l'anamnèse, la psychiatre a relevé que l'assurée avait présenté un premier épisode dépressif en 1995, suite au décès de son mari du sida. En 2003, elle avait fait un deuxième épisode, traité par Cipralex et un suivi psychiatrique. Depuis son

accident de 2015, elle souffrait de douleurs chroniques et d'une recrudescence des symptômes dépressifs, avec une fatigue chronique importante, une diminution du plaisir, une apathie, une aboulie et un sentiment de désespoir. Elle avait beaucoup d'anxiété avec une tension interne, des palpitations, des bouffées de chaleur, une diminution de la libido, un isolement social et des sentiments de dévalorisation et de culpabilité. La patiente suivait un traitement de psychothérapie une fois par semaine et prenait quotidiennement du Cymbalta, du Lyrica, du Temesta, du Dafalgan et du Redormin. Sa capacité de travail était nulle en raison des douleurs au bras gauche, d'un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de l'attention, des pleurs, de la tristesse, de l'aboulie et de l'apathie, du sentiment de désespoir et d'une tolérance diminuée au stress.

13. Par rapport du 13 octobre 2017, le Dr E_____ a rapporté la persistance des douleurs, malgré un traitement médicamenteux bien conduit, un suivi chirurgical régulier et un suivi psychiatrique et psychologique, en raison d'une réaction anxio-dépressive associée. Face à l'échec du traitement, une évaluation de l'allodynie avait été demandée à une équipe d'ergothérapeutes à Fribourg.

14. En date 26 octobre 2017, le Centre de rééducation sensitive à Fribourg a rendu un rapport d'évaluation d'ergothérapie. Il en ressort notamment que le séjour à la CRR avait augmenté les douleurs, qualifiées de chroniques par le rédacteur, ce qui était prévisible au vu du SDRC et de l'allodynie mécanique grave.

15. Par rapport du 14 mai 2018, la Dresse F_____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F30.61), de SDRC, de rhumatisme et de fibromyalgie (M79.0). La patiente avait, en 2005, fait une tentative de suicide, par abus médicamenteux. Suite à l'accident de 2015, son état psychique s'était nettement dégradé avec une décompensation du trouble de la personnalité et une recrudescence des symptômes dépressifs sévères. Malgré un suivi hebdomadaire en psychothérapie dans sa langue maternelle, un suivi psychiatrique une à deux fois par mois, une bonne compliance au traitement, qui comprenait du Cymbalta, du Temesta, du Saroten et du Redormin, l'évolution clinique était insatisfaisante. Les limitations fonctionnelles étaient une résistance psychique quasi nulle, des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, des difficultés dans les relations interpersonnelles et des douleurs chroniques invalidantes. Une hospitalisation serait prochainement nécessaire si son état clinique ne s'améliorait pas.

16. Mandaté par l'OAI, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 11 octobre 2018. Il a retenu, à titre de diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile, type borderline histrionique (F61.0) présent depuis l'adolescence et, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) présent depuis 2016, ainsi qu'une

majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 2016.

Concernant le trouble anxieux et dépressif mixte, l'humeur était globalement modérément déprimée, avec un découragement, un discours négatif, une tristesse intermittente, mais l'absence de diminution de l'élan vital, d'abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il n'y avait pas d'anhédonie dans le sens où le fait de se rendre à l'église évangélique, l'écriture, la lecture et les voyages au Brésil étaient des activités qualifiées d'agréables. Il n'y avait pas de sentiment de culpabilité, car les reproches que l'assurée s'adressait n'avaient pas de caractère excessif ou inapproprié. Il existait des idées de mort, mais pas de suicide. Sur le plan des conduites instinctuelles, étaient présents des troubles du sommeil, soit de l'endormissement et des réveils nocturnes, mais ils étaient dus aux douleurs. Il existait une augmentation de l'appétit et du poids corporel ainsi qu'une perte de la libido. Concernant les éléments déterminants du trouble anxieux et dépressif mixte susceptibles d'agir sur l'aptitude au travail, il n'y avait pas de diminution de l'élan vital ni d'abattement à l'examen clinique. À l'analyse du déroulement du quotidien, les journées étaient relativement structurées, rythmées par la prise des repas et la persistance d'activités au jour le jour, même s'il existait des levers tardifs, des périodes d'inactivité dans la chambre ou des siestes prolongées à cause des douleurs. Globalement, la diminution de l'énergie sur le plan psychique était non significative. Il n'y avait pas d'arguments clairs en faveur d'une perte de confiance en soi ni d'aboulie, puisque l'assurée avait cherché à retravailler. Il n'y avait pas non plus de diminution de l'aptitude à penser dans le sens de troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, étant relevé que le discours de l'assurée était clair et informatif. Le fait qu'elle s'adonnait à la lecture et à l'écriture ou encore qu'elle assumait les tâches administratives parlait contre la présence de troubles de l'attention ou de la concentration. De même, l'assurée avait restitué les dates exactes et avait fait la description d'événements se rapportant au passé proche ou lointain. L'enchaînement chronologique des différentes étapes professionnelles et sociales avait été respecté. Il n'y avait pas de ralentissement idéique ni moteur. L'assurée présentait une angoisse accompagnée par une fébrilité, une tension et, par intermittence, des palpitations ainsi qu'une gêne abdominale. Le trouble dépressif récurrent ne devait pas être posé, car il ne s'avérait pas, à l'exploration anamnestique, que l'assurée avait présenté au moins deux épisodes de dépression clairement circonscrits, d'une durée minimale de deux semaines, séparés entre eux par une période d'au moins deux mois au cours de laquelle elle aurait été libre de toute symptomatologie dépressive. Il n'y avait pas de document médical se rapportant aux épisodes de l'adolescence faisant état d'un diagnostic ou faisant la description de la symptomatologie qui aurait pu prévaloir à cette époque. L'expert ne pouvait pas non plus se baser uniquement sur les descriptions de l'assurée pour en retenir des conclusions diagnostiques rétrospectives, son discours étant insuffisamment précis.

Il avait pu s'agir d'un épisode dépressif (F32) comme un trouble de l'adaptation (F43.2), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ou encore une symptomatologie disparate, isolée et aspécifique. Le trouble anxieux et dépressif mixte faisait référence à la présence simultanée de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Globalement, l'expert supposait l'association de symptômes relativement mineurs. Dans le cas de l'assurée, les manifestations du trouble anxieux et dépressif mixte étaient insuffisamment prononcées pour être à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques.

L'expert a retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, car l'ampleur des plaintes rapportées ne correspondait pas à ce qui était observé à l'examen clinique. En effet, l'assurée se déplaçait normalement, sans aucune gêne, était restée assise pendant toute la durée de l'entretien de 2 heures 15 sans changement de position et sans prise d'appui avec les bras sur le bureau. Sa mimique était normale, sans grimaces, et il n'y avait pas de soupirs. Les facteurs psychologiques susceptibles d'expliquer les symptômes excessifs pouvaient être constitués par l'insatisfaction des traitements médicaux, la sollicitude de la part de l'entourage ou une compensation financière possible. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble au vu du caractère relativement conscient du phénomène (il ne s'agissait pas d'une simulation), mais également parce que les aptitudes réelles étaient supérieures à celles qui étaient alléguées.

L'assurée ne souffrait pas de troubles somatoformes, en particulier de syndrome douloureux somatoforme persistant, car les douleurs ne pouvaient pas être qualifiées d'intenses. Il n'apparaissait pas non plus qu'elles constituaient la préoccupation permanente de l'assurée, étant donné que son quotidien n'était pas majoritairement organisé en fonction des douleurs.

En résumé, l'assurée présentait un trouble mixte de la personnalité, émotionnellement labile, type borderline, histrionique, dont les manifestations s'étaient accentuées suite à l'accident du 16 novembre 2015. Cela avait accentué les difficultés relationnelles, plus particulièrement dans le cadre familial, mais moins sur le plan professionnel. Les difficultés, soit la recrudescence des douleurs, rencontrées lors de la tentative de reprise d'un processus professionnel à l'été 2018 auraient mené à une idéation suicidaire le 11 septembre 2018, nécessitant l'augmentation de la fréquence des consultations chez la psychologue (deux fois par semaine) et la programmation d'une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana à partir du 22 octobre 2018.

Les limitations étaient plus marquées dans la sphère professionnelle. L'assurée était dramatisante et présentait une hyper expressivité émotionnelle. De ce fait, son discours devait être pris avec circonspection. Il apparaissait que, globalement, elle assumait les tâches du quotidien, ce qui parlait pour le fait de ressources réelles

supérieures à ce qui était allégué. Il avait été tenu compte de cet aspect dans la détermination du degré de l'incapacité de travail.

Les éléments de pronostic favorables étaient constitués par la recherche de soins spécialisés, l'absence de problématique de consommation de substances psycho-actives, ainsi que l'étayage social relativement préservé. Les éléments de pronostic défavorable étaient constitués par la durée des troubles, la présence d'antécédents psychiatriques depuis l'adolescence, la présence d'une polypathologie psychiatrique, par l'hérédopathie ainsi l'étayage familial restreint. Globalement, le pronostic devait être qualifié de défavorable.

La capacité de travail était de 5 heures par jour, sans diminution de rendement, soit un taux d'activité de 60% par rapport à un emploi à 100%. Les limitations fonctionnelles psychiques étaient en lien avec la personnalité pathologique et étaient constituées par l'instabilité de l'humeur, l'hyper expressivité émotionnelle, la labilité émotionnelle et les difficultés relationnelles. Leur nature et leur ampleur faisaient qu'elles étaient à l'origine d'une incapacité de travail de 40%, étant rappelé qu'il avait été tenu compte de la tendance à la majoration des plaintes et des ressources supérieures à ce qui était allégué. Le début de la capacité de travail restreinte remontait au mois de novembre 2016, moment où il avait été formellement constaté par la Dresse F_____ au début du traitement ambulatoire. Sur le plan psychiatrique, l'activité de nettoyeuse constituait une activité adaptée.

17. Dans un avis du 3 décembre 2018, le SMR a retenu que l'expert psychiatre avait retenu une incapacité de travail de 40% dès novembre 2016 (début du suivi auprès de la Dresse F_____. Il a toutefois pondéré cette conclusion avec l'évaluation de la capacité de travail sur le plan orthopédique (0% pour l'activité habituelle et 100% dans une activité adaptée dès le 1er juin 2017). En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était définitivement nulle dans l'activité habituelle depuis son accident le 16 novembre 2015 et de 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles orthopédiques et psychiatriques dès le 1er juin 2017.

18. À teneur d'une note sur la détermination du degré d'invalidité, l'OAI a pris en compte pour fixer le revenu avec invalidité les statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS) 2016, soit CHF 4'363.-, selon le tableau TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 1 (simples et répétitive) pour une femme, en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail en 2017, avec une indexation à 2017, pour un temps de travail de 60% et avec un abattement de 15%, pour tenir compte du fait que les personnes travaillant à temps partiel gagnaient en général moins et que seule une activité légère était envisageable.

19. Par projet de décision du 18 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit, du 1er avril au 31 août 2017, à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 93% et, dès le 1er septembre 2017, à un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 41%.

Il a considéré que, avant l'atteinte à la santé, l'intéressée exerçait par choix personnel deux activités professionnelles à temps partiel pour un taux d'activité total de 93%. Son statut était dès lors celui d'une personne se consacrant à 93% à son activité professionnelle et pour les 7% restants à l'accomplissement de ses travaux habituels. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle de façon définitive depuis le 16 novembre 2015. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle était de 60% dès le 1er juin 2017. Il n'était pas nécessaire en l'occurrence de procéder à une enquête économique sur le ménage, car elle n'influencerait pas le droit à la rente.

À l'échéance du délai de carence, soit le 16 novembre 2016, son incapacité travail était totale dans toute activité. Il en résultait des taux d'invalidité de 93% pour l'activité professionnelle (93% x 100%) et de 0% pour les travaux habituels (7% x 0%), soit un degré d'invalidé totale 93% qui ouvrirait le droit à une rente entière dès le 1er novembre 2016. Toutefois, le versement des prestations prenait naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. Puisque la demande avait été déposée le 4 octobre 2016, le versement des prestations commençait le 1er avril 2017.

Depuis le 1er juin 2017, la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée était de 60%. La comparaison des revenus sans invalidité (CHF 49'856.-) et avec invalidité (CHF 27'939.-) donnait une perte de gain de CHF 21'917.-, soit une perte économique de 44%. Il en résultait des taux d'invalidité de 40.92% pour l'activité professionnelle (93% x 44%) et de 0% pour les travaux habituels (7% x 0%), soit un degré d'invalidé totale de 41% qui ouvrait le droit à un quart de rente dès le 1er septembre 2017, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

20. Le 20 février 2019, l'assurée a formé opposition à l'encontre du projet précité. En substance, elle contestait la valeur probante de l'expertise du Dr H_____, le taux d'activité auquel correspondait une capacité de travail de 5 heures dans le nettoyage, le statut mixte et l'abattement retenus.

21. Par décision du 7 juin 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 janvier 2019.

22. Par acte du 11 juillet 2019, l'assurée, représentée par un mandataire, a interjeté recours contre la décision du 7 juin 2019. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision.

    Dans un premier moyen, la recourante a contesté le statut retenu par l'intimé. Sa situation résultait de la précarité induite par le cumul de deux emplois à temps partiel. Sa volonté n'avait jamais été établie, mais il allait de soi que sans atteinte à

la santé, elle aurait exercé une activité à temps complet et idéalement pour un seul employeur. Il convenait donc de retenir un statut d'actif à 100%.

La recourante a ensuite contesté l'abattement appliqué par l'intimé. Elle était âgée de 52 ans, ne disposait d'aucune formation particulière et avait cumulé diverses missions dans le domaine du nettoyage. Ses nombreuses limitations fonctionnelles étaient clairement un obstacle à son employabilité. Un abattement de 20% aurait dû être retenu.

Concernant le revenu avec invalidité, l'expert l'avait fixé à 60% sur la base d'une activité de 5 heures par jour. Or, selon la convention collective de travail dans le secteur du nettoyage, la durée hebdomadaire était de 43 heures. La capacité de travail était donc de 58%.

La recourante a ensuite invoqué que le rapport d'expertise du Dr H_____ n'avait pas été rendu en pleine connaissance de son dossier et était incomplet, de sorte qu'il n'avait pas une pleine valeur probante. L'expert avait en effet écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, non pas en raison de ses constatations objectives, mais du fait qu'il ne disposait pas des rapports médicaux attestant des épisodes dépressifs passés. Or, elle était bien en possession de documents relatifs aux épisodes de 2004 à 2006, comme indiqué par la Dresse F_____, et les rapports de ses médecins traitants, en possession du Dr H_____, faisaient état d'épisodes dépressifs relativement fréquents et vraisemblables à teneur de l'anamnèse. En outre, la Dresse F_____ avait mis en évidence une aggravation sévère de l'instabilité de l'humeur, malgré une majoration du traitement médicamenteux, depuis le mois d'octobre 2018. La psychiatre traitante avait pu constater une souffrance intense, une idéation et des menaces suicidaires très fréquentes avec des pleurs et des actes auto-dommageables. Quant à la dépression, l'expert avait constaté l'absence d'anhédonie, car l'écriture, la lecture et les voyages au Brésil étaient des activités qualifiées d'agréables. Or, elle n'écrivait plus en raison de sa fatigue et des douleurs aux mains, ne faisait plus de séances de lecture, sa vie sociale était considérablement réduite et son dernier voyage au Brésil remontait à 2013. Le Dr H_____ avait indiqué qu'elle n'avait pas d'idées suicidaires, mais sa psychiatre relevait que depuis octobre 2018, elle présentait presque tous les jours une idéation suicidaire, attestée par de multiples messages vocaux et écrits. L'expert aurait dû retenir un syndrome douloureux somatoforme, à l'instar de la Dresse F_____.

La recourante a notamment produit :

- un courriel de la Dresse F_____ du 9 juillet 2019, qui estimait que les limitations fonctionnelles étaient plus sévères et handicapantes que ce qui avait été retenu par le Dr H_____ et qui signalait une dégradation significative depuis le mois d'octobre 2018 ;

- un résumé de séjour du 3 février 2004 des HUG suite à une hospitalisation du 2 au 4 février 2004 en raison d'une intoxication volontaire par abus médicamenteux dans un contexte de conflit de couple ; à l'anamnèse était notamment relevé un tentamen 4 ans auparavant ;
- un résumé de séjour du 1er décembre 2004 des HUG suite à une hospitalisation du 25 au 27 novembre 2004 ; était diagnostiqué un épisode dépressif moyen ; la patiente, enceinte de 8 mois, émettait des idées suicidaires depuis quelques temps ;
- un résumé d'intervention du 21 février 2005 du département des psychiatrie des HUG retenant le diagnostic d'épisode dépressif moyen et d'autres troubles spécifiques de la personnalité ; la recourante avait été prise en charge du 2 au 28 décembre 2014 au Centre de thérapies brèves où elle était arrivée dans un état d'épuisement psychique et physique en lien avec la situation familiale et la venue d'un enfant ;
- un résumé d'intervention non daté du département des psychiatrie des HUG, mentionnant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ; la recourante avait été prise en charge du 1er juin au 7 juillet 2006 au Centre de thérapies brèves suite à un conflit familial ;
- une lettre de sortie des HUG du 20 mars 2019 relative à un séjour du 22 au 31 octobre 2018 à l'unité de réadaptation psychosomatique, motivé par un soutien psychiatrique, un éloignement des facteurs de stress et une prise en charge de la douleur chronique, mentionnant le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen à sévère ;
- une lettre de sorte de la clinique Grand-Salève du 12 juin 2019, suite à un séjour du 28 mai au 9 juin 2019, en raison d'une symptomatologie dépressive et d'une instabilité émotionnelle, mentionnant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et de fibromyalgie.

23. Dans sa réponse du 7 août 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Concernant le statut, la recourante n'amenait aucun élément permettant de faire douter qu'elle s'était contentée des deux emplois occupés qui constituaient un taux d'activité de 93%, et rien n'indiquait qu'elle aurait modifié sa situation professionnelle sans atteinte à la santé.

    L'abattement de 15% était plutôt généreux dès lors qu'un emploi à temps partiel pour une femme n'impliquait pas forcément une réduction de salaire par rapport au même emploi à temps plein.

    S'agissant du revenu sans invalidité, le taux de 60% correspondait à une activité de 5 heures par jours, étant relevé que de manière générale, 40 heures hebdomadaires représentaient une activité à 100%. La convention collective n'était pas

déterminante, puisqu'il était question d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Il était proposé à la chambre de céans de réinterroger le Dr H_____ en lui soumettant les nouvelles pièces médicales produites pour appréciation, à charge pour l'expert de convoquer à nouveau la recourante, cas échéant.

24. Par écriture du 13 septembre 2019, la recourante a persisté. Elle a fait valoir que le statut devait obligatoirement tenir compte de la volonté hypothétique de l'assuré, laquelle n'avait en l'occurrence jamais été établie. Il était surprenant que l'intimé retienne qu'elle se serait accommodée d'une réduction de 7% par pur confort. Pour le reste, elle maintenait son argumentation et ne s'opposait pas à ce que la chambre de céans soumette les nouvelles pièces à l'expert pour qu'il se prononcer sur l'aggravation de son état de santé.

25. Par ordonnance du 4 juin 2020 (ATAS/430/2020), la chambre de céans a estimé que l'expertise du Dr H_____ n'était pas probante et ordonné une nouvelle expertise psychiatrique qu'elle a confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

26. L'expert a rendu son rapport le 4 septembre 2020. Celui-ci contient un résumé du dossier, une anamnèse comprenant l'histoire personnelle de l'expertisée, ses antécédents psychiatriques, son affection actuelle et ce qui l'empêchait de travailler selon elle. L'expert a rapporté ses plaintes actuelles et ses propres constatations objectives (status psychiatrique). Il a encore décrit les documents amenés par l'expertisée, le point de vue de sa psychiatre traitante contactée par téléphone le 2 septembre 2020 et le résultat des analyses de laboratoire.

Sous histoire personnelle, l'expert a mentionné notamment que l'accident de travail de l'assurée avait marqué le début de l'affection actuelle.

Sous discussion, il a retenu les diagnostics de :

- troubles mixtes de la personnalité F61, atteinte sévère, présente depuis l'adolescence et décompensée depuis octobre 2018 ;
- anxiété généralisée F41.1, atteinte moyenne à sévère, significative depuis octobre 2018 ;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique F33.10, atteinte moyenne ; ce trouble était documenté depuis 2004 et l'épisode actuel était présent depuis octobre 2018.

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que des tempêtes émotionnelles agitaient l'expertisée depuis le début de l'affection actuelle, et plus particulièrement ces deux dernières années. Cela entraînait une dispersion de l'attention et des difficultés de concentration, qui avaient été objectivées lors de l'examen de l'expert, sous la forme d'une mauvaise structuration de la pensée et du discours atteignant par moments le stade de la confusion. Cet état, qui paraissait

authentique, était certainement difficilement compatible avec la constance dans l'attention exigée par la nécessité d'un rendement et l'accomplissement d'une activité professionnelle régulière quelle qu'elle soit. Les bouffées émotionnelles de type anxiété, tristesse ou colère, déclenchées par des facteurs de stress mineurs, compliquaient en outre sérieusement les relations interpersonnelles de l'expertisée et ne manquerait pas d'interférer son insertion dans un milieu professionnel. À ces éléments imputables à la déstabilisation actuelle de la personnalité s'ajoutaient des limitations fonctionnelles dues à l'anxiété (difficulté d'entreprendre, peur de l'échec) et à la dépression (énergie limitée, inhibition de l'action, manque de motivation).

Dans ces conditions, l'expert ne voyait pas l'expertisée capable d'exercer une activité lucrative avec une continuité et un rendement acceptables. La capacité de travail était donc actuellement nulle. Sur la base de l'anamnèse et des autres données disponibles, l'état clinique actuel était présent depuis octobre 2018. Avant cette date, les conclusions du Dr H_____ restaient valables, à savoir une incapacité de 40%. L'expert a examiné les indicateurs développés par le Tribunal fédéral pour déterminer si une atteinte psychiatrique était incapacitante.

Il n'avait pas retenu, comme la psychiatre traitante, le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, ce qui se défendait, étant donné que c'était des éléments de ce type qui prédominaient dans le tableau clinique et e diagnostic figurait déjà dans le dossier en 2004 (séjour à l'unité hospitalière de crises du département de psychiatrie des HUG).

S'agissant de l'anxiété, elle paraissait assez sévère à l'expert pour justifier le diagnostic d'anxiété généralisée F41.1. Ce diagnostic n'apparaissait toutefois pas dans le dossier, bien que l'anxiété ait été constatée par les thérapeutes de l'expertisée. Le Dr H_____ avait retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et non celui d'anxiété généralisée, en raison de « l'absence de limitations fonctionnelles psychiques ». Il pouvait s'agir d'une différence d'appréciation entre eux des mêmes symptômes ou, plus probablement, d'une aggravation de l'état psychique tel que signalée par l'expertisée et la Dresse F_____, à partir d'octobre 2018, soit après l'examen du Dr H_____.

Il y avait un syndrome dépressif typique selon l'anamnèse (baisse de l'énergie, du plaisir, de la motivation) depuis le début de l'affection actuelle en 2015, qui était décrit aussi bien par la psychiatre traitante que par d'autres cliniciens, notamment lors des hospitalisations de 2018 et 2019 (clinique de Montana et clinique du Grand-Salève). Ce syndrome était présent lors de l'examen de l'expert. Pour ce qui était de l'évaluation de la gravité du syndrome dépressif, une difficulté provenait des fluctuations émotionnelles propres à la pathologie de la personnalité. En effet, un des critères nécessaires pour évoquer un épisode dépressif était que l'humeur ne variait guère de jour en jour. Or, chez l'expertisée, l'humeur dépressive n'était pas constamment présente, ou du moins visible, puisque l'anxiété ou la colère étaient

par moment au premier plan. L'impression de l'expert était qu'au-delà de l'expression bruyante de l'anxiété ou de la colère, il persistait lors de son examen un fond dépressif, passant momentanément au second plan en fonction de l'émergence d'affects anxieux ou colériques, lequel s'était manifesté par la présence de pleurs tout au long de l'examen. La présence d'autres symptômes, idées suicidaires, troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration, mais l'absence du syndrome somatique de la dépression conduisaient à l'expert à poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Parmi les psychiatres qui avaient examiné l'expertisée au cours de l'affection actuelle, soit depuis 2015, le Dr H_____ était le seul à ne pas retenir le diagnostic d'épisode dépressif. Celui-ci avait relevé que les symptômes (subjectifs) dépressifs étaient modérés et que les signes objectifs étaient discrets ou absents, mais il avait néanmoins évoqué la tristesse et la fatigue constante, deux symptômes cardinaux d'un épisode dépressif ainsi que d'autres symptômes dépressifs, soit la perte de la libido, les troubles cognitifs, culpabilité et idées suicidaires. Là encore, c'était une question d'appréciation de savoir si les critères d'un véritable épisode dépressif étaient déjà réunis au moment de l'examen du Dr H_____ ou si c'était seulement avec l'aggravation survenue après son examen qu'il était légitime de poser ce diagnostic. Cette hypothèse était la plus probable.

Selon l'anamnèse et le dossier, l'expertisée avait souffert de dépression ayant conduit à des gestes suicidaires et/ou des traitements psychiatriques en 1995, en 1998 et en 2000. Ces épisodes n'étaient pas documentés. Un épisode dépressif était en revanche documentée en 2004-2005 (prise en charge à l'unité de crise des HUG puis au CTB). L'épisode actuel était donc au moins le second épisode dépressif documenté de l'expertisée. Il était donc justifié de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes somatiques. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent était retenu par la psychiatre traitante et par les psychiatres qui avaient examiné l'expertisée en 2018 à la clinique de Montana et en 2019 à la clinique du Grand-Salève. En revanche, il ne l'était pas par le Dr H_____, qui n'avait pas retenu le diagnostic d'épisode dépressif lors de son examen. Il avait écrit, à juste titre, que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait être posé sur la seule base de l'anamnèse recueillie auprès de l'expertisée. Mais, selon l'expert I_____, l'état actuel justifiait le diagnostic d'épisode dépressif, et dans le passé, au moins un épisode dépressif était documenté (2004-2005).

L'affection actuelle avait débuté en 2015 après un accident professionnel qui avait nécessité deux interventions chirurgicales au poignet gauche et laissé des séquelles entraînant des limitations fonctionnelles au plan somatique. Selon la psychiatre traitante, pendant la première phase de son traitement, les plaintes douloureuses de l'assurée étaient au premier plan, puis elles s'étaient estompées, laissant place à des plaintes plus franchement psychiatriques (dépression, anxiété, instabilité émotionnelle). Le diagnostic (rhumatologique) de fibromyalgie était apparu dans le

dossier ainsi que celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (diagnostic psychiatrique). Lors de l'examen de l'expert les plaintes douloureuses n'étaient pas apparues spontanément et elles n'étaient pas incapacitantes selon l'expertisée, contrairement à sa fragilité émotionnelle. L'expert n'avait pas non plus constaté de signes objectifs de souffrance douloureuse. Dès lors, comme le Dr H_____, il ne retenait pas de diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il ne retenait pas le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques mentionné par le Dr H_____, puisqu'il n'y avait pas de symptômes physiques dans les plaintes actuelles de l'expertisée.

27. Le 14 octobre 2020, la recourante a estimé que l'expertise du Dr I_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante pour la période postérieure à octobre 2018. En revanche, elle reprochait à l'expert de s'être fondé sur l'appréciation de la capacité de travail fixée par le Dr H_____ pour la période précédant octobre 2018, dans la mesure où les diagnostics posés par ce dernier étaient contredits par l'ensemble des médecins et par l'expert judiciaire lui-même. Il y avait dès lors lieu de retenir une incapacité de travail complète pour raisons psychiatriques dès novembre 2016, date de la prise en charge par la Dresse F_____.

28. Le 27 octobre 2020, l'intimé a indiqué avoir transmis le rapport d'expertise judiciaire au SMR qui avait établi un avis le 8 octobre 2020. Au vu des conclusions y figurant, l'intimé constatait une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à la première expertise. Cela étant, il admettait une incapacité de travail à 100% dès le mois d'octobre 2018. Avant cette date, il confirmait la position exprimée jusqu'à ce jour.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, plus particulièrement à partir du 1er septembre 2017, étant rappelé que l'intimé lui a reconnu le droit à une rente entière pour la période limitée du 1er avril au 31 août 2017 et à un quart de rente dès le 1er septembre 2017.

4. a. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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 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.

   Selon les art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

   b. 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).

5. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281; 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).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence en la matière les indicateurs suivants :

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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés 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).

6. 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.

7. 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).

   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 ; 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).

8. En l'espèce, dans sa décision du 7 juin 2019, l'intimé a retenu que, du point de vue somatique, la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais qu'elle disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er juin 2017 et que, du point de vue psychiatrique, sa capacité de travail était de 60% depuis le mois de novembre 2016, sur la base de l'avis du SMR du 3 décembre 2018, lui-même fondé sur le rapport de la CRR du 1er juin 2017 pour les troubles physiques et sur le rapport d'expertise du Dr H_____ du 11 octobre 2018 pour les troubles psychiques.

   La chambre de céans a considéré que l'expertise du Dr H_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante et a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique qu'elle a confiée au Dr I_____.

   Le rapport de ce dernier remplit a priori les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que les parties ne contestent pas s'agissant des conclusions de l'expert relatives à la période postérieure à octobre 2018.

La recourante conteste en revanche sa valeur probante pour la période précédente, en tant que l'expert a retenu une incapacité de travail de 40%, en se référant aux conclusions du Dr H_____. Elle fait valoir en substance que l'expert s'était aligné régulièrement sur la position de la Dresse F_____, qui avait conclu à une incapacité totale depuis le 17 novembre 2016 (rapports des 20 juin 2017 et 14 mai 2018), et qu'il s'était en revanche éloigné de l'analyse faite par le Dr H_____, de sorte qu'il ne pouvait retenir une incapacité de 40% sur la base des conclusions de ce dernier.

Il convient de relever à cet égard que l'expert I_____ s'est également éloigné sur certains points de l'appréciation de la Dresse F_____, puisqu'il n'a pas retenu comme celle-ci un trouble de la personnalité émotionnellement labile, mais un trouble mixte de la personnalité, comme le Dr H_____. Il a également, comme ce dernier, écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme.

L'expert a expliqué que sa divergence d'appréciation sur le diagnostic de trouble dépressif avec le Dr H_____ par le fait que l'état de santé de la recourante s'était probablement aggravé en octobre 2018, après l'expertise du Dr H_____.

Le Dr I_____ a retenu le diagnostic d'anxiété généralisée et précisé à nouveau que sa différence d'appréciation avec le Dr H_____ à ce sujet résultait de l'aggravation probable de l'état psychique de la recourante après l'examen de ce dernier.

L'expert a encore expliqué le fait qu'il ne retenait pas le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques mentionné par le Dr H_____, puisqu'il n'y avait pas de symptômes physiques dans les plaintes actuelles de l'expertisée. Ce faisant, il n'a pas eu une appréciation différente de la même situation et leur divergence s'explique par le fait que l'état de santé de la recourante sur le plan somatique s'était amélioré.

Il en résulte que l'expert n'a pas remis en cause les conclusions du Dr H_____ au point de ne pas pouvoir s'y référer, comme il l'a fait, s'agissant de la capacité de travail de la recourante avant octobre 2018.

Le Dr I_____ a manifestement retenu que l'appréciation de la capacité de travail du Dr H_____ était convaincante avant octobre 2018, sur la base de sa propre appréciation et de l'ensemble du dossier de la recourante.

Le Dr I_____ a retenu qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé depuis 2018, ce qui lui avait été indiqué par la recourante lors de l'anamnèse et ce qui avait été attesté par la Dresse F_____, le 9 juillet 2019, laquelle évoquait une dégradation significative de l'état psychique de la recourante depuis le mois d'octobre 2018. Cette date correspond à l'hospitalisation de la recourante à la clinique de Montana, pour un soutien psychiatrique et un éloignement des facteurs de stress, lors de laquelle la recourante présentait une péjoration thymique en lien

avec des douleurs chroniques qui avait conduit les médecins de la clinique à poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen à sévère.

L'incapacité de travail de 40% avant octobre 2018 retenue par l'expert apparaît compatible avec les constats du Dr H_____, qui précédaient l'aggravation de son état de santé, s'agissant en particulier du déroulement des journées de la recourante. Elle est également corroborée par le fait que les médecins de la CRR n'avaient pas posé le diagnostic de trouble dépressif lors du séjour de la recourante en avril et mai 2017 et qu'ils n'avaient alors que suspecté un trouble de la personnalité mixte, avec des traits labiles et abandonniques, non confirmé.

L'appréciation de la Dresse F_____, qui retient une incapacité de travail totale depuis 2016, ne suffit pas remettre en cause les conclusions du Dr I_____, dès lors qu'elle admet une aggravation de l'état de santé de sa patiente en octobre 2018, sans en tirer de conséquence sur sa capacité de travail et qu'en tant que médecin traitante de la recourante, elle a pu davantage se fonder à l'appréciation dramatisante de celle-ci, en raison de la relation de confiance qui l'unissait à celle-ci.

Il en résulte que l'expertise du Dr I_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante tant pour la période précédant octobre 2018 que pour la période suivante.

9. Sur cette base, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a eu une capacité de travail de 0% du 16 novembre 2015 au 31 mai 2017, de 60% du 1er juin à fin septembre 2018, puis de 0% dès octobre 2018.

10. La recourante a contesté le statut retenu par l'intimé. Cette question peut rester ouverte en l'espèce, car même si l'on retenait un statut d'active, le taux d'invalidité avec une capacité de travail de 60% serait de 44%, ce qui n'influerait pas le droit de la recourante, qui serait toujours d'un quart de rente dès le 1er septembre 2017, comme l'a retenu l'intimé.

11. La recourante a contesté le revenu avec invalidité pris en compte par l'intimé pour établir son taux d'invalidité.

    a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

    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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 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).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré 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'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que 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 du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité 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).

Selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2).

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).

b. Selon l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_333/2015 du 17 juillet 2015).

c. La recourante a fait valoir que son revenu avec invalidité avait été fixé à 60% sur la base d'une activité de 5 heures par jour, alors que selon la convention collective de travail dans le secteur du nettoyage, la durée hebdomadaire était de 43 heures. La capacité de travail était donc de 58%.

Ce grief doit être rejeté, car la capacité de travail a été fixée par l'expert H_____ à 60% d'un emploi à 100%, à teneur de son rapport d'expertise, ce qui correspond à 5 heures par jour pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures. La convention collective dans le secteur du nettoyage n'était pas applicable, s'agissant de déterminer le revenu avec invalidité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, qui ne pouvait plus travailler dans le nettoyage, en raison de ses limitations fonctionnelles.

d. La recourante a contesté l'abattement de 15% appliqué par l'intimé, faisant valoir qu'elle avait 52 ans, ne disposait d'aucune formation particulière, avait cumulé diverses missions dans le domaine du nettoyage et que ses nombreuses limitations fonctionnelles étaient clairement un obstacle à son employabilité.

En l'espèce, l'abattement de 15% retenu est favorable à la recourante, dès lors qu'il a déjà été tenu compte de ses limitations fonctionnelles dans la capacité de travail et qu'un emploi à temps partiel n'implique pas forcément pour une femme une réduction de salaire par rapport au même emploi à temps plein.

e. En conclusion, le revenu avec invalidité a été correctement établi par l'intimé et les autres éléments pris en compte par celui-ci pour déterminer le taux d'invalidité de la recourante dès le 1er septembre 2017 n'appellent pas la critique, de sorte que la décision querellée doit être confirmée en tant qu'elle octroie un quart de rente à la recourante dès cette date.

f. Dès lors qu'il est établi que l'état de santé de la recourante s'est aggravé dès octobre 2018 et qu'elle est depuis lors totalement incapable de travailler, elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2019, soit trois mois après l'aggravation, en application de l'art. 88a al. 2 RAI.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 7 juin 2019 sera réformée dans le sens qui précède.

13. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.-, lui sera accordée, à charge de l'intimé, à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

14. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

    En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans le 4 juin 2020, qui a considéré que cette mesure d'instruction était nécessaire, car le rapport d'expertise psychiatrique du Dr H_____ sur lequel s'était fondé l'intimé pour prendre la décision querellée ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Certes, l'expert I_____ a reconnu une certaine valeur probante à cette dernière. Il n'en reste pas moins que l'intimé a pris sa décision du 7 juin 2019 sur un dossier insuffisamment instruit, dès lors qu'il en ressortait que l'état de santé de la recourante s'était aggravé suite à l'expertise du Dr H_____. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 7 juin 2019 en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2019.
4. La confirme pour le surplus.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 3'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire, de CHF 4'285.60 à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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