RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3208/2019 **ATAS/381/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2022

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Claudiane CORTHAY et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1964 et divorcée, est de profession secrétaire-réceptionniste.

2. En dernier lieu, elle a travaillé pour B_____ du 1er juillet 2007 au 30 octobre 2010. Elle a été licenciée de cet emploi pour des raisons financières. Puis, elle a été réengagée par B_____ à 40% entre novembre 2010 et mars 2011 et à 50% entre avril 2011 et avril 2012. Parallèlement, elle a effectué une formation de gérante en intendance du 30 août 2012 au 7 avril 2014.

3. Depuis le 1er décembre 2012, elle est prise en charge par l'Hospice général.

4. Par demande du 16 mars 2017, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

5. Le 15 mai 2017, le docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute, a informé l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) que l'assurée se plaignait d'épisodes dépressifs ayant débuté en 2003 dans un contexte de séparation conjugale et du décès de sa mère. La pathologie thymique était fluctuante. Elle se manifestait par des épisodes de tristesse, d'asthénie, d'anhédonie, de désespoir, d'isolement et de tachypsychie, ainsi que d'une certaine euphorie et d'une tendance à l'hyperactivité. Comme son père était connu pour une pathologie bipolaire, le psychiatre a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire et prescrit le médicament Abilify en plus d'un traitement antidépresseur. Ces traitements, accompagnés d'un suivi psychothérapeutique, avaient permis une régression ostensible de la symptomatologie thymique. Son état était actuellement stable. Des mesures de réadaptation professionnelle pourraient l'aider à retrouver un emploi et ainsi consolider l'évolution clinique. Elle souhaiterait travailler en tant que gardienne animalière ou dans une autre activité de ce genre. Ses limitations fonctionnelles étaient en rapport avec sa pathologie de l'humeur. Elle aurait besoin d'un accompagnement pour réinvestir une activité salariée et reprendre de l'autonomie.

6. Le 8 août 2017, le Dr C_____ a répondu à un questionnaire complémentaire de l'OAI et attesté qu'il suivait l'assurée depuis le 23 février 2015. Il a confirmé le diagnostic de trouble affectif bipolaire avec une évolution clinique favorable. Les premiers épisodes de décompensation thymique dataient d'il y a une douzaine d'années et avaient pu s'accompagner de périodes d'incapacité de travail. Une activité professionnelle à mi-temps serait bénéfique pour l'assurée. Le traitement actuel consistait en Duloxetine 90mg/j et d'Aripiprazole 5mg/j. L'observance thérapeutique était globalement bonne. Sa capacité de travail était de 50% dès ce jour, mais pourrait être améliorée par un accompagnement vers une activité professionnelle. Pour le surplus, le Dr C_____ a repris son précédent rapport.

7. Dans son avis médical du 3 avril 2018, la doctoresse M. D_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR) a déclaré ne pas être convaincue par le diagnostic de trouble bipolaire en l'absence de description d'épisode maniaque franc et de soins en milieu psychiatrique hospitalier, ainsi que d'une évolution favorable sans prescription de stabilisateur de l'humeur. Il était difficile de comprendre ce qui empêchait l'assurée de reprendre à 100% son activité habituelle ou d'exercer une activité moins exigeante au niveau intellectuel.

8. Dans son rapport du 18 mai 2018, le Dr C_____ a repris le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. L'assurée avait été hospitalisée du 5 avril 2018 au 26 avril 2018 à la Clinique de Montana, suite à l'émergence d'une décompensation mixte avec dégradation de son état général à cause d'une alimentation et d'une hydratation mauvaises. Le psychiatre avait également organisé des soins à domicile. Grâce à la reprise du traitement psychotrope et des suivis hospitaliers et ambulatoires, la décompensation tendait à l'amélioration. L'assurée avait présenté des épisodes de tristesse, d'asthénie, d'anhédonie, de désespoir, d'isolement, d'inappétence, de troubles du sommeil et des épisodes de tachypsychie, d'euphorie et de désinhibition. Elle s'était ainsi montrée harcelante au téléphone et avait escaladé le mur d'une maison pour tenter de déclarer sa flamme à une femme mariée. Au moment de la décompensation, la patiente était négligée, triste, en pleurs et seulement partiellement orientée dans les trois dimensions. L'attention, la concentration et la fonction mnésique étaient diminuées. Son discours était récurrent autour de ses difficultés de couple et son ambivalence pour accepter sa pathologie bipolaire. Il n'y avait pas d'idéation suicidaire ni d'éléments sémiologiques de la lignée psychotique. En raison de la persistance de facteurs de stress, le pronostic n'était pas favorable, de sorte que de nouvelles décompensations psychiatriques étaient prévisibles. Le traitement actuel consistait en un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré. En plus des médicaments déjà mentionnés, elle prenait également du Temesta Expidet 2 x 1mg/j. Dans le contexte actuel, les arrêts maladie étaient récurrents chez l'assurée. La symptomatologie thymique avait des répercussions sur la qualité et la quantité du travail fourni, ainsi que l'assiduité au travail. Le psychiatre a ainsi attesté une incapacité de travail à 100% dès le 23 février 2015, pour une durée indéterminée.

9. Dans sa lettre de sortie du 28 janvier 2019, relative à l'hospitalisation de l'assurée du 5 au 26 avril 2018, la Clinique de Montana a mentionné le diagnostic de trouble affectif bipolaire avec un épisode actuel dépressif d'intensité moyenne. L'hospitalisation était motivée par un soutien psychologique et l'éloignement des facteurs de stress. À l'entrée, l'assurée présentait une thymie triste, des affects congruents à l'humeur, une anhédonie, une aboulie, une perte d'estime de soi, un sentiment de culpabilité, un appétit diminué, un sommeil perturbé et une fatigue. Il n'y avait pas d'idéation suicidaire active ou passive. Le discours était cohérent et informatif sans idée délirante ou barrage, ni hallucination rapportée. L'assurée

présentait une péjoration thymique dans un contexte de difficultés relationnelles et d'arrêt de traitement psychotrope. Pendant le séjour, l'évolution sur le plan psychique était bonne avec une amélioration de la thymie et une bonne implication dans le projet thérapeutique.

10. Dans son rapport du 28 mars 2019, l'expert mandaté par l'OAI, le docteur E_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a posé les diagnostics de trouble bipolaire de type II, actuellement euthymique, et de personnalité à traits dépendants. Ces diagnostics n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait actuellement aucune limitation dans les champs social, affectif et de loisirs. S'il y avait eu une incapacité de travail, elle avait été brève. La capacité de travail était ainsi de 100% sans diminution de rendement dès le 15 mai 2017 dans sa profession de secrétaire, avec une brève période d'incapacité de travail entre décembre 2018 et éventuellement février 2019. La stabilité de l'état de santé de l'assurée était acquise et durable.

11. Dans son avis médical du 2 avril 2019, le docteur F_____ du SMR a conclu, sur la base de l'expertise, que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé incapacitante.

12. Le 8 avril 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles, sur la base de l'expertise et de l'avis du SMR.

13. Par courrier du 6 mai 2019, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision au motif qu'elle était en incapacité totale de travailler depuis 2011. Elle avait bénéficié d'un stage aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après: EPI) qui s'était soldé par un échec en raison de son affection psychique. Actuellement, elle était suivie par un psychiatre, une psychologue, un infirmier à domicile, une assistante sociale et le service d'ergothérapie ambulatoire. Ses difficultés étaient bien réelles avec des périodes « hautes » l'empêchant de dormir et provoquant des problèmes cognitifs importants, une nervosité et une agitation. Suivaient ensuite des périodes « basses » pendant lesquelles elle ne pouvait plus sortir et se nourrir, souffrait d'idées noires et de problèmes cognitifs. Elle a dès lors demandé l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

14. Dans son rapport du 25 juin 2019, le Dr C_____ a informé l'OAI que l'assurée présentait une nouvelle décompensation dépressive, caractérisée par un état de tristesse, d'anxiété, d'asthénie, d'anhédonie, de désespoir, d'isolement, de sentiment de solitude, d'inappétence et d'insomnie. Le score Hamilton pour la dépression était de 23. De ce fait, le suivi pluridisciplinaire avait été renforcé par le passage trois fois par semaine d'un infirmier de l'IMAD pour évaluer la patiente et la prendre en charge, une séance de psychothérapie par semaine au cabinet ou au domicile, si elle n'arrivait pas à se déplacer et un suivi toutes les deux semaines par ce médecin. L'assurée était aussi accompagnée de près par sa sœur et d'autres proches. Le psychiatre traitant a contesté les conclusions de l'expertise, dès lors que l'assurée

présentait une pathologie psychiatrique avec des décompensations psychiatriques récurrentes sous forme d'épisodes dépressifs. Sa capacité de travail était ainsi fluctuante, ce qui l'empêchait de s'intégrer dans une activité salariale, en dépit de sa motivation. Cela étant, sa capacité de travail était nulle. Dans les phases de décompensations, elle s'isolait, se négligeait sur le plan alimentaire et ne s'occupait plus de son appartement (entassement de vaisselle dans la cuisine, désordre dans l'appartement), si bien qu'elle évitait même de recevoir la visite de sa partenaire. Il y avait également des épisodes de tachypsychie, de distractibilité, d'euphorie et d'heures de sommeil diminuées avec une tendance à l'hyperactivité. Elle manquait souvent les rendez-vous avec la psychothérapeute qui devait alors se déplacer à domicile. La mise en place de l'Abilify lui avait permis de regagner une certaine stabilité qui s'était toutefois avérée éphémère. C'était dans cette période qu'elle avait exprimé sa motivation pour reprendre une activité professionnelle. En raison de son inactivité professionnelle de longue durée et de sa vulnérabilité psychique, le psychiatre avait prévu un retour progressif à 50% dans le monde du travail. Toutefois, après quelques mois, un nouvel épisode dépressif s'était déclaré, rendant le projet de reprise de travail irréalisable.

15. Dans son avis médical du 4 juillet 2019, le Dr F_____ du SMR a considéré que la fréquence des consultations n'avait pas été modifiée par rapport à celle lors de l'évaluation par l'expert et il n'y avait pas de statut psychiatrique objectivant une aggravation sévère et durable de l'état de santé, ni d'indication pour une modification notable du traitement médicamenteux, si bien que les précédentes conclusions du SMR restaient valables.

16. Par décision du 4 juillet 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, en niant une aggravation de l'état de santé sur la base de l'avis du SMR précité.

17. Par acte du 4 septembre 2019, l'assurée a formé recours contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement et à titre préalable, elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et à l'audition de témoins. Elle a exposé avoir subi une longue incapacité de travail après son divorce et qu'elle avait alors consulté la thérapeute, Madame G_____. Puis, après avoir été licenciée par B_____ et avoir travaillé encore pendant environ six mois pour cette association à 50%, son état de santé s'était de nouveau dégradé à cause du stress et de l'insécurité financière. Depuis lors, elle n'avait pas réussi à reprendre un travail, souffrant par intermittence d'épisodes dépressifs et hypomaniaques avec des troubles cognitifs, d'un déficit de l'attention et de concentration, ainsi que des états d'instabilité émotionnelle et de grands problèmes de gestion des tâches administratives, nécessitant l'aide d'une assistante sociale. Elle avait essayé d'entreprendre néanmoins une formation professionnelle entre 2012 et 2014, mais n'avait pu la terminer en raison du stress lors des examens. Cela avait provoqué une nouvelle phase dépressive. En mars 2017, elle avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, son état s'étant depuis peu

stabilisé. Toutefois, quelques mois après le dépôt de la demande, elle avait présenté une décompensation et une totale incapacité de travail. En raison des fluctuations fréquentes de son état de santé, il lui était impossible de reprendre le travail. Depuis 2018, elle avait bénéficié d'un suivi infirmier à domicile de l'IMAD, deux à trois fois par semaine selon son état, et de livraison de repas. De nombreuses personnes pouvaient par ailleurs témoigner de ses phases hypomaniaques avec diminution des heures de sommeil alarmante, un besoin d'être toujours en mouvement, agitation constante, fréquentation de bars pendant la nuit, sociabilité très accrue, langage accéléré, pensée sautant du coq à l'âne, hypersexualité, désinhibition, comportements inappropriés en société, oublis, incapacité de se concentrer et fixer son attention. Cependant, elle ne se rendait pas compte de ses symptômes. Dans les phases dépressives, elle était souvent dans l'impossibilité de se doucher, sans appétit et incapable d'appeler quelqu'un à l'aide. Dans les deux phases, elle n'arrivait pas à gérer ses affaires administratives. Les effets secondaires de sa lourde médication entravaient la capacité de concentration. Sa sœur, domiciliée à 400 km de Genève, et sa nièce avaient dû l'assister plusieurs fois dans des moments particulièrement délicats. Quant à l'expertise, elle comportait de nombreuses erreurs et inexactitudes. Elle a relevé à cet égard que, du fait de ses difficultés cognitives, il lui avait été difficile de relater les faits chronologiquement et précisément. Même en dehors des périodes dépressives ou hypomaniaques, elle avait des difficultés de concentration importantes et une attention réduite qui l'empêchaient de travailler. C'est à tort aussi que l'expert avait indiqué que les phases hypomaniaques n'avaient pas alerté son entourage. Elle n'avait pas non plus déclaré que son état de santé était stable. De telles périodes duraient seulement quelques semaines ou moins et étaient entrecoupées par de courtes périodes d'hypomanies et de dépression.

18. La recourante a annexé à son recours le rapport du 27 août 2019 de Madame G_____, thérapeute psychosynthèse, qui a attesté l'avoir suivie en 2007 lors de son divorce. Elle présentait alors une hypersomnie, une incapacité de gérer son temps et les tâches les plus élémentaires, ainsi que de nombreuses crises d'angoisse. Elle était parallèlement suivie par son médecin traitant pour la dépression. En raison de son incapacité à supporter le stress et son état émotionnel instable, elle n'avait pas réussi à réaliser ses projets d'insertion professionnelle. Le décès de sa mère et le fait de devoir gérer son père après la mort de celle-ci, avaient contribué à de nouvelles difficultés psychologiques. La formation commencée pour devenir aide à domicile avait échoué à cause d'une décompensation due au stress. Dans ces conditions, il lui était difficile d'assumer un travail régulier.

19. Dans sa réponse du 4 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise à laquelle il a attribué une pleine valeur probante. L'analyse de sa vie quotidienne montrait par ailleurs qu'elle disposait de ressources tant personnelles qu'au niveau de son entourage. Il y avait ainsi un manque de cohérence entre l'incapacité de travail totale déclarée et les éléments figurant dans le dossier.

20. Selon la lettre de sortie de la Clinique de Montana du 12 novembre 2019, la recourante y a été hospitalisée du 15 au 29 octobre 2019. Le diagnostic principal était un trouble affectif bipolaire, épisode de dépression d'intensité moyenne. Au niveau psychiatrique, les médecins ont noté à l'entrée une thymie abaissée, un épuisement physique et psychique, un isolement, des angoisses, une anhédonie, une aboulie et un sommeil perturbé avec rythme nycthéméral inversé, sans idées noires ni suicidaires. En raison de taux plasmatiques infra-thérapeutique de son traitement psychotrope, les doses d'Abilify et du Cymbalta avaient été augmentées à 10 mg respectivement 120 mg par jour. Le séjour avait permis à la recourante de reprendre un rythme et une hygiène de vie, de retrouver un sommeil réparateur, de se ressourcer et se mobiliser davantage.

21. Dans sa réplique du 29 novembre 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Depuis plusieurs semaines, elle avait un suivi infirmier à domicile journalier, afin de pouvoir fonctionner à peu près normalement. Actuellement, elle traversait une phase d'hypomanie.

22. Dans son avis médical du 20 décembre 2019, la doctoresse H_____ du SMR a relevé que la recourante avait déjà été hospitalisée en avril 2018 et bénéficié d'un traitement psychotrope semblable à celui décrit lors de l'expertise. Quant à la récente décompensation, elle ne permettait pas de conclure à une aggravation durable, l'hospitalisation ayant eu un effet bénéfique.

23. Dans sa duplique du 20 décembre 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions en se fondant sur l'avis du SMR précité.

24. Selon l'avis de sortie de la Clinique de Montana du 19 mai 2020, la recourante y a été hospitalisée du 20 avril au 11 mai 2020. Les médecins de cet établissement ont repris leur diagnostic précédent, tout en y ajoutant, à titre de comorbidité notamment, un trouble de la personnalité dépendante.

25. Entendu en date du 8 juin 2020, le Dr C_____ a déclaré ce qui suit:

> « J'ai rencontré pour la première fois ma patiente le 23 février 2015. Elle vivait à l'époque un épisode dépressif assez sombre. Je dois préciser que lorsqu'on parle d'affection psychiatrique, il s'agit généralement de pathologies chroniques. On doit certainement remonter à l'adolescence, sinon l'enfance, pour trouver les premiers épisodes de décompensation. Sa jeunesse n'a pas été facile en famille, notamment en raison de la pathologie psychiatrique de son père, qui est atteint d'une forme grave de cette bipolarité, avec des phases qui peuvent être violentes. S'agissant de ma patiente, probablement que si elle n'avait pas été imprégnée de cet environnement, elle n'aurait peut-être pas développé, ou peut-être pas aussi intensément, cette pathologie. Pour répondre à votre question, s'agissant de savoir si c'est une maladie héréditaire, un expert disait qu'il y a 10% de gènes, 10% d'influence de l'environnement, et 80% d'un mélange des deux. Dans son cas, je pense que l'on est environ à 15% pour les deux premières catégories, et le reste provenant d'un mélange des deux premiers. Les facteurs déclenchants ne

sont pas nécessairement dus à l'environnement familial, mais à des évènements traumatisants, ici son divorce et le décès de sa mère. »

« Je confirme en effet le diagnostic que j'ai posé dans le document évoqué (du 15 mai 2017) et d'un certain succès du traitement et de la thérapie mis en place, de même que le fait que pour moi, le fonctionnement psychique de la patiente était globalement stable et adapté, ce qu'il faut comprendre comme une évolution allant dans le sens d'une capacité à retrouver un emploi professionnel. Malheureusement, il s'est avéré a posteriori que l'on devait plutôt penser à une phase qui n'a pas été aussi durable que l'on en avait l'impression à l'époque.

Lorsque dans mon courrier du 8 août 2017 à l'AI, j'évoque une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, je ne dis pas qu'il n'y avait pas à ce moment-là une détérioration par rapport à la situation en mai 2017, mais il s'agissait d'une démarche stratégique : j'entends par là que par rapport à ce genre de pathologie, il vaut mieux y aller progressivement lorsqu'on envisage un retour à une activité professionnelle. Lorsque j'évoque l'incapacité totale de travail durable dès le début de ma prise en charge en 2015, avec une description assez noire des restrictions mentales, si j'ai mentionné à la question sur le rendement que l'évolution clinique était favorable et que la patiente récupèrerait sa capacité de travail totale au cours des prochaines semaines, il s'agissait là encore d'une démarche stratégique, en quelque sorte pour inciter l'AI à favoriser les démarches de réinsertion professionnelle.

Vous me posez la question de savoir pourquoi je n'aurais pas répondu au courrier de l'expert E_____, qui m'avait interrogé par lettre du 17 janvier 2019. En réalité, ce courrier a dû m'échapper, et pourtant je suis d'un naturel discipliné. J'en ai pris conscience au moment où j'ai lu le rapport d'expertise et c'est à ce moment-là que j'ai d'ailleurs retrouvé dans mes papiers une sorte d'ébauche de réponse que j'allais lui adresser, de sorte que dans mon esprit, je lui avais répondu. J'observe au passage qu'il ne m'a jamais envoyé de rappel, ni téléphoné.

Dans le cadre de ma contestation du projet de décision négative de l'OAI, je confirme avoir indiqué que ma patiente était à nouveau dans une phase de décompensation dépressive. Vous me demandez si l'on peut attribuer cette nouvelle phase à un effet réactionnel du refus de l'OAI. Je dirais en référence à la littérature que certaines personnes sont plus facilement sujettes à des décompensations au printemps que dans les autres périodes de l'année. Dans le cas de ma patiente, on peut observer ce phénomène parce qu'il y a eu plus d'hospitalisations dans ces périodes. Ceci dit, il est incontestable que la réception de la décision ou la perspective d'une décision négative a eu un effet sur cette décompensation.

S'agissant des contestations que j'ai évoquées par rapport au rapport d'expertise, je ne dis pas nécessairement que l'expert n'ait pas relaté ses propres constatations, mais c'est le propre de la pathologie de ma patiente qui fait que

l'humeur étant fluctuante, l'appréciation d'un spécialiste à un moment donné peut être différente de celle d'un autre à un autre moment. J'ai eu l'occasion d'adresser ma patiente à un centre spécialisé en matière de bipolarité. A l'issue de l'examen, le spécialiste ne retrouvait pas ce diagnostic et penchait plus vers une affection comme l'hyperactivité. Dans le cas particulier, je n'ai pas discuté avec l'expert personnellement, mais lors d'une réunion informelle, j'ai eu l'occasion de discuter avec le psychiatre de l'AI, qui a avalisé les conclusions de l'expert E_____. Je confirme à cet égard qu'il n'avait pas nécessairement tort, et nous évoquions d'ailleurs le fait que certains bipolaires ont des capacités dépassant la norme, et dont les compétences sont remarquables, par exemple des Présidents, des professeurs de médecine et dans d'autres domaines, mais ce n'est pas le cas de ma patiente. Il s'agit dans son cas plus d'épisodes de dépression qui s'enchaînent et alternent avec des épisodes d'hypomanie. Notre prise en charge est importante, car il faut sans cesse la stimuler. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai retenu le diagnostic de personnalité dépendante. Nous sommes deux au cabinet, et il y a encore les infirmiers de l'IMAD qui doivent de leur côté la stimuler régulièrement pour sa médication et même pour qu'elle mange. Elle est également stimulée par son environnement familial, et par sa sœur en particulier.

Pour répondre à votre question et s'agissant des phases d'hospitalisation à Montana (en 2019), ainsi qu'en avril / mai 2020 (lettre de sortie produite dans la perspective de cette audience), je ne dirais pas que ces hospitalisations traduisent une aggravation de l'état de santé de ma patiente après la décision entreprise, mais procèdent de cet état fluctuant. Peut-être d'ailleurs que l'hospitalisation de cette année, de nouveau au printemps, a également été accentuée par la période de confinement. C'est précisément en raison de cet état fluctuant que nous avons mis en place cette structure avec l'IMAD, pour tenter d'assurer une compliance maximale. En effet, et c'est fréquemment le cas chez ces personnes, lorsqu'elles se sentent bien, elles recherchent cette phase hypomane, et arrêtent leur traitement, pour provoquer cette phase hypomaniaque, pour se sentir encore mieux. Malheureusement, ces phases sont toujours suivies d'une nouvelle dépression. »

26. La recourante a été entendue le même jour et a fait notamment la déclaration suivante:

« Cela fait depuis 2011, soit le moment où j'ai quitté B_____, que je ne travaille plus. J'ai entamé à l'époque une formation mise à disposition par les autorités cantonales, qui était pratiquement gratuite. Il s'agissait d'une formation de gestionnaire en intendance. Il s'agissait d'une activité dans le cadre de laquelle l'intéressée apportait ses compétences pour la bonne gestion des bâtiments, des infrastructures d'une façon générale, comme par exemple dans des EMS. Je n'ai toutefois pas pu terminer cette formation, que j'avais la possibilité de suivre sur 2 ans au lieu de 3 grâce à certains acquis ; la raison en était ma maladie : en effet, diagnostiquée bipolaire, j'alternais entre les phases hautes et les phases

basses : dans les phases hautes, j'étais très efficiente, et tout fonctionnait plutôt bien, mais lorsque je me retrouvais en phase basse, je me retrouvais dans un état d'épuisement tel que je n'arrivais plus rien à faire. J'ajoute que plus les phases hautes étaient intenses, plus les phases basses l'étaient à l'inverse. J'ai suivi cette formation à peu près à 75%, soit environ pendant 1 an et demi. Compte tenu des acquis, il me restait à faire un certain nombre d'examens, auxquels je n'ai pas pu me présenter.

S'agissant de l'apparition de ma maladie, pour répondre à votre question, il convient mieux de parler de la manifestation de mon affection, car à l'époque, je n'en avais pas pleine conscience, mais c'est a posteriori que j'ai réalisé que déjà à l'époque où j'étais encore mariée et domiciliée à Zurich, j'avais déjà des troubles de l'humeur. Mais comme à l'époque je ne travaillais pas, il était moins évident pour moi d'en prendre conscience. Je savais mon père atteint de cette maladie, mais je me refusais à accepter l'idée que je puisse l'être également. J'étais dans une sorte de déni.

S'agissant de l'expertise du Dr E_____, et de la manière dont les choses se sont déroulées lorsqu'il m'a examinée, je dois tout d'abord vous indiquer que c'était la première fois de ma vie que je subissais une expertise. De tempérament, j'ai une confiance absolue dans la médecine, de sorte que dans mon esprit, l'expert est un professionnel qui, connaissant son métier, allait pouvoir trouver l'explication de ma maladie. Je dois dire avoir même éprouvé un certain soulagement durant tout l'entretien, qui s'est très bien passé. J'ai toutefois par la suite pris connaissance de cette expertise, au terme de laquelle l'expert a conclu que j'étais apte à travailler. Ces conclusions étaient donc plutôt positives, mais j'ai eu le sentiment après coup de m'être "tiré une balle dans le pied". Je pense qu'à l'époque, j'étais plutôt naïve, car je n'avais pas réalisé que l'expertise concernait en réalité deux parties, soit moi-même d'un côté, et l'OAI de l'autre ; et que l'expert était en fait un expert de l'AI, qui avait, d'après ce que j'ai pu interpréter, intérêt à me déclarer apte. Si l'on prend l'image d'un dossier instruit à charge et à décharge, j'avais plutôt le sentiment que l'expert avait instruit à charge. »

27. Par ordonnance du 13 juillet 2021, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au professeur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH.

28. Dans son rapport du 5 février 2022, l'expert judiciaire a émis le diagnostic de autres troubles affectifs bipolaire depuis 2013 avec répercussion sur la capacité de travail. Le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante dès le début de l'âge adulte n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Celle-ci était de 60% depuis 2013 en raison des périodes de décompensation psychiques récurrentes, ce pourcentage pouvant toutefois être modifié en fonction d'un éventuel changement du traitement stabilisateur de l'humeur.

29. Dans son avis du 10 mars 2022, le SMR a jugé que l'expertise judiciaire était convaincante, sauf en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail. Celle-ci n'avait commencé qu'en février 2016, selon l'avis dudit service, date de la prise en charge par le Dr C_____ et de la mise en évidence du diagnostic de trouble bipolaire.

30. Par écritures du 10 mars 2022, l'intimé a reconnu que la recourante présentait une incapacité de de travail de 40% depuis février 2016 et a conclu à l'octroi d'un quart de rente dès septembre 2017.

31. Par écritures du 30 mars 2022, la recourante a conclu, par l'intermédiaire de son conseil, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière « au plus tôt dès le mois de septembre 2014 mais au plus tard dès le mois de septembre 2016 », en contestant la capacité de travail de 60% retenue par l'expert judiciaire et, partant, la valeur probante de son expertise. En effet, selon son psychiatre et sa psychologue traitants, la reprise d'une activité professionnelle risquait de provoquer une nouvelle décompensation psychiatrique. Ce dernier a en outre considéré que l'impact de la pathologie psychique sur la capacité de travail était majeur.

32. À l'appui de ses dires, la recourante a produit le rapport du 13 mars 2022 de Madame J_____, psychologue FSP, qui suit la recourante une fois par semaine sous délégation du Dr C_____. Elle a relevé certaines difficultés invalidantes de la recourante dans la gestion de la vie quotidienne, même durant les périodes de stabilité. Ainsi, devoir effectuer une démarche administrative simple était une source d'anxiété importante et lui demandait beaucoup d'énergie. Lorsqu'elle devait se présenter à un rendez-vous dans la matinée, elle souffrait généralement d'une insomnie la nuit précédente. La psychologue a confirmé en outre que les périodes dépressives étaient fréquentes et duraient deux à trois semaines. Par la suite, il fallait compter encore deux semaines pour que la recourante retrouvât de l'assurance et une autonomie dans la gestion de son quotidien. Si elle devait être confrontée aux exigences d'une activité professionnelle, il était à craindre que cela précipitasse des épisodes dépressifs plus sévères et plus fréquents. À cela s'ajoutait que, du fait du trouble de la personnalité dépendante, la recourante éprouvait le besoin de consacrer une grande partie de son temps à son réseau amical et familial. Elle avait aussi sporadiquement des activités bénévoles. Une activité professionnelle ne lui permettrait pas de conserver ces activités qui étaient nécessaires à la stabilité de sa thymie. Cela étant, Mme J_____ a contesté le taux de capacité de travail de 60% retenu par l'expert judiciaire et a évalué celui-ci à 15%.

33. La recourante a également annexé à ses écritures le rapport du 22 mars 2022 du Dr C_____. Grâce à un cadre de vie hypostimulant, une médication psychotrope ad hoc et des soins infirmiers et spécialisés rapprochés, l'évolution clinique était globalement favorable avec une santé psychique relativement stable, une meilleure qualité de vie et une diminution des souffrances. La recourante n'a ainsi pas dû être hospitalisée ces dernières années en raison d'une décompensation psychiatrique

majeure. La reprise d'une activité lucrative risquait de provoquer une nouvelle et longue décompensation psychiatrique. Par ailleurs, le trouble de la personnalité dépendante avait également une répercussion significative sur la capacité de travail et sur l'évolution de la pathologie thymique. Ainsi, l'impact de la pathologie psychique sur la capacité de travail était majeur et seules des activités occupationnelles dans un atelier protégé seraient souhaitables.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

2. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

5. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité supérieure à un quart.

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

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

b. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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

8. Selon les 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.

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

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

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

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 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. À 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).

10. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées.

11. a. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire par le Dr I_____, dès lors que la chambre de céans n'avait pas jugé convaincante l'expertise du Dr E_____, comme cela est exposé dans l'ordonnance d'expertise. L'expert judiciaire émet le diagnostic de autres troubles affectifs bipolaires depuis

2013 avec répercussion sur la capacité de travail. À cela s'ajoute le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante dès le début de l'âge adulte sans influence sur la capacité de travail. Celle-ci est de 60% depuis 2013 à cause des périodes de décompensation psychiques récurrentes. En effet, les fluctuations de l'humeur entraînent trois fois par an des passages dépressifs d'une durée de trois semaines au maximum et des périodes d'élation de l'humeur avec hyperactivité et insomnies, comportements heurtant sur le plan social, agitation ou tendance querelleuse d'une durée de deux semaines également trois fois par an. Pendant les phases dépressives, la recourante n'est pas capable de gérer la vie quotidienne et se replie sur elle-même. Elle a également des difficultés à gérer les activités simples et présente une apathie et une anhédonie. Pendant les phases hypomanes, la tendance à la dispersion peut aussi affecter la gestion du quotidien, mais dans une moindre mesure.

b. Cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de ce qui suit. En effet, elle a été rendue en pleine connaissance du dossier, prend en compte les plaintes de la recourante, est fondée sur un examen approfondi et contient des conclusions motivées. L'expert judiciaire a également examiné la capacité de travail en fonction des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral et a notamment écarté une exagération des symptômes ou une constellation semblable.

c. L'intimé partage les conclusions de l'expertise judiciaire.

Toutefois, la recourante lui dénie une valeur probante, essentiellement en ce que l'expert judiciaire retient une capacité de travail de 60% et non pas de 0%.

Il ressort de l'expertise que la recourante est totalement incapable de travailler durant environ neuf semaines au total par an, ce qui correspond à environ deux mois. Selon la psychologue traitante, il faut ajouter encore deux semaines après chaque phase jusqu'à ce que la recourante s'en rétablisse totalement. À cela s'ajoutent des phases d'hypomanie, pendant lesquelles la recourante peut avoir un comportement complètement désinhibé et inadéquat. Il est douteux que la recourante puisse alors être imposée à un employeur et qu'elle soit capable de travailler, en particulier en raison de ses insomnies. Les phases d'hypomanie se présentent pendant six semaines par an au total.

Dans ces conditions, même si la recourante était en mesure d'exercer une activité professionnelle pendant le reste de l'année à 100%, aucun employeur n'accepterait que son employé s'absente au moins trois fois par an durant environ trois semaines à chaque fois, indépendamment des phases d'hypomanie qui affectent probablement aussi la capacité de travail.

Jusqu'en 2020, la recourante a par ailleurs été hospitalisée à plusieurs reprises, soit du 5 au 26 avril 2018, du 15 au 29 octobre 2019 et du 20 avril au 11 mai 2020.

Par conséquent, en raison de l'absentéisme fréquent et d'une durée relativement longue, l'exercice d'une activité professionnelle impliquerait en l'occurrence de

l'employeur des concessions irréalistes, de sorte qu'il semble exclu que la recourante puisse retrouver un emploi régulier. Au demeurant, le caractère irréaliste des possibilités de travail découle exclusivement de l'atteinte à la santé, à savoir du trouble bipolaire, et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels.

Pour le surplus, avec la recourante et ses médecin et psychologue traitants, la Chambre de céans considère qu'il est hautement vraisemblable que la fréquence et la sévérité des fluctuations de l'humeur augmenteraient, si la recourante reprenait le travail. Il est en effet dans cours normal des choses qu'une activité professionnelle comporte un stress accru qui peut entraîner des décompensations sur le plan psychiatrique chez les personnes atteintes de troubles psychiques relativement graves comme un trouble bipolaire. Or, selon la psychologue, même un stress minime, tel qu'un rendez-vous dans la matinée ou une démarche administrative à faire, est source d'anxiété et d'insomnie. Le Dr C_____ atteste dans son dernier rapport que la santé psychique de la recourante n'était stable que grâce à un cadre de vie hypostimulant, un traitement psychotrope et des soins infirmiers et spécialisés. La reprise d'une activité professionnelle risquerait de provoquer une nouvelle et longue décompensation psychiatrique. Ces appréciations emportent la conviction de la chambre de céans.

Cela étant, la conclusion de l'expert judiciaire, selon laquelle la recourante conserve une capacité de travail de 60%, n'est pas crédible et il appert au contraire que celle-ci est nulle en raison de l'absentéisme prévisible important attesté par l'expert judiciaire, qui rend les perspectives de reprise de travail irréalistes. De surcroît, l'exercice d'une activité professionnelle risque de péjorer la santé psychique de la recourante, de sorte qu'un taux de 60% de la capacité de travail ne paraît pas non plus convaincant sur le plan médical.

12. Par conséquent, il y a lieu de reconnaître à la recourante une rente d'invalidité entière.

Quant au début de son incapacité de travail, l'intimé la date à février 2016 et considère que le droit à la rente ne naît qu'en septembre 2017. Quant à la recourante, elle conclut à l'octroi d'une rente entière dès septembre 2016 au plus tard.

Cette question peut cependant rester ouverte. En effet, la recourante n'a déposé sa demande de prestations qu'en mars 2017. Par conséquent, indépendamment du début de son invalidité, son droit à la rente naît au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, comme exposé ci-dessus, soit en septembre 2017.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter de septembre 2017.

14. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du

30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), étant précisé que son mandataire n'a été commis qu'en fin de procédure, soit après réception de l'expertise judiciaire.

15. 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).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 4 septembre 2019.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière dès le 1er septembre 2017.
5. Lui octroie une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
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 suppléante
Marguerite MFEGUE AYMON	Maya CRAMER

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