RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3724/2018 **ATAS/487/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mai 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés	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 Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1964, ressortissante colombienne au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C) et mère de deux enfants, dont une fille mineure, née le _____ 2005, et un fils majeur, né le _____ 1991. Elle vit séparée de son époux depuis le mois de février 2009. Par jugement sur mesures protectrices de l'union conjugale du 10 juillet 2009, ce dernier a été condamné à lui verser une contribution d'entretien de CHF 2'100.- par mois.

b. De juin 2006 à juin 2008, l'assurée a travaillé en qualité d'agente d'entretien pour B_____SA.

c. En parallèle à cette activité, elle a été employée, de juin 2006 au 31 octobre 2009, en tant que femme de chambre par la Fondation C_____, qui a mis fin à son contrat de travail le 12 août 2009, à sa demande, car l'assurée souhaitait rechercher une activité correspondant mieux à ses possibilités physiques, pouvant, selon son médecin traitant, reprendre une activité à 100% dans un autre domaine que celui de femme de chambre.

d. Le 14 août 2009, l'assurée s'est inscrite à l'office cantonal de l'emploi (ci-après OCE) pour un emploi à 100% dès le 1er novembre 2009.

e. En 2010, elle a découvert sa séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (ci-après : le VIH).

f. À partir du 13 septembre 2012, elle a été employée en tant qu'agente de propreté par la D_____SA (ci-après la société) à raison de 11,25 heures par semaine (31,25%).

g. Par rapport du 11 mai 2015, le professeur E_____, médecin au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué que l'assurée présentait certainement un abaissement du seuil de la douleur suggestif d'un syndrome fibromyalgique.

h. Selon un rapport établi le 14 octobre 2015 par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec symptômes somatiques (F33.1) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis plusieurs années dans un contexte d'annonce de sa seropositivité HIV. Sa dépression avait des répercussions significatives aux niveaux familial, professionnel et social. L'évolution clinique tendait à être favorable, sans qu'il soit possible de se prononcer sur la durée de son incapacité de travail. L'assurée était en incapacité de travail totale dès le 15 septembre 2015.

B. **a.** Le 21 décembre 2015, l'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison du fait qu'elle souffrait de fibromyalgie et de dépression depuis environ 5 ans. Elle indiquait notamment être femme au foyer depuis 2004,

travailler comme agente de propreté à 31.25 % depuis septembre 2012 et que son incapacité de travail avait débuté le 31 août 2015.

b. Le 25 février 2016, la société a informé l'OAI qu'elle employait l'assurée depuis le 13 septembre 2012 comme nettoyeuse pour un salaire horaire de CHF 21.93, comprenant les indemnités vacances et la gratification.

c. Le 8 mars 2016, le Dr F_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, d'un syndrome douloureux chronique et d'un trouble de la personnalité. Elle présentait actuellement un épisode anxio-dépressif dans un contexte d'annonce de sa sérologie positive. Elle s'était sentie démolie et avait de la peine à accepter cette infection et des difficultés conjugales (séparation) et familiales (son fils aîné refusait tout contact). Elle se plaignait d'un état persistant depuis six ans de tristesse, pleurs, irritabilité, asthénie, anhédonie, sentiment de solitude, d'isolement et de culpabilité, à l'égard de ses enfants et de sa séropositivité. Sous status mental, le Dr F_____ a noté que l'assurée se trouvait ralentie sur le plan psychomoteur. Malgré une prise en charge spécialisée relativement soutenue et la prescription de médicaments psychotropes, les troubles psychiques étaient persistants. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis octobre 2015.

d. Dans un rapport d'expertise établi le 19 septembre 2017, les docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du SMR, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, en rémission complète (F33.4). Les diagnostics retenus sans répercussion sur la capacité de travail étaient une fibromyalgie (M79.0), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation continue de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.25) avec une évolution dysthymique d'intensité légère (F34.1), ainsi que des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6). Ils retenaient une incapacité de travail totale de celle-ci du 1er septembre 2015 au 24 mai 2017 en raison de son atteinte psychiatrique. En l'absence de limitations fonctionnelles ostéoarticulaires et biomécaniques ainsi que d'une pathologie psychiatrique aigüe ou chronique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible était de 100% depuis le 24 mai 2017, date de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée.

e. Par projet de décision du 6 février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2016 au 31 août 2017. L'assurée avait un statut mixte (70% dans la part professionnelle et 30% pour les travaux habituels). Le SMR avait conclu à une incapacité de travail totale du 1er septembre 2015 au 24 mai 2017 en raison de l'atteinte psychiatrique et à une capacité de travail entière depuis le 24 mai 2017, dans toutes activités. Étant donné le taux d'activité retenu de 70% et du fait qu'aucune activité lucrative n'était possible durant la période du 1er septembre 2015 au 24 mai 2017, le droit à une rente entière était ouvert à l'issue du délai de carence, soit le 1er septembre 2016,

sans qu'il soit nécessaire de procéder à une enquête de domicile. Dès le mois de mai 2017, sa capacité de travail était entière dans toute activité, ce qui lui fermait le droit à la rente au 31 août 2017. À défaut d'un manque à gagner durable de 20% au moins, l'assurée n'avait pas de droit au reclassement.

f. Les médecins traitants de l'assurée ont contesté ce projet.

g. Par décision du 25 septembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision.

C. **a.** Par acte du 23 octobre 2018, l'assurée, assistée d'un mandataire, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sans limitation dans le temps et à toutes les autres prestations de l'assurance-invalidité, sous suite de frais et dépens.

b. Le 4 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 4 janvier 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions.

d. Le 28 août 2019, la recourante a été entendue par la chambre de céans.

e. Par ordonnance du 2 juillet 2020, la chambre de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire qu'elle a confiée à la doctoresse I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, et au docteur J_____, spécialiste en rhumatologie FMH.

La chambre de céans a estimé qu'aucune valeur probante ne pouvait être accordée au rapport d'examen du SMR du 19 septembre 2017. Elle a relevé, s'agissant du rapport du Dr G_____, qu'aucune description ni appréciation des douleurs de la recourante ne permettait d'apprécier en quoi elles ne seraient pas représentatives d'une fasciite plantaire, ni pour quels motifs, celle-ci a été écartée.

S'agissant de la Dresse H_____, celle-ci avait retenu que la symptomatologie dépressive mentionnée par le Dr F_____ était en rémission complète, alors qu'elle avait relevé que la plupart du temps, la recourante se sentait déprimée et fatiguée, que tout lui coûtait et que rien ne lui était agréable. Par ailleurs, le seul fait que cette dernière était restée assise durant deux heures pendant l'entretien, sans changer de position, lui avait permis de retenir qu'elle ne souffrait pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur, alors même que le psychiatre traitant avait mentionné, à réitérées reprises, des troubles thymiques persistants, tels que de la tristesse, de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'asthénie et de l'anhédonie. La Dresse H_____ avait attribué les troubles mentaux et du comportement de la recourante – qu'elle considérait dans le même temps comme inexistants – à l'utilisation en continu de sédatifs ou d'hypnotiques, sans examiner si celle-ci s'avérait nécessaire en raison de ses autres pathologies, ni les interférences entre ses différents traitements afin de soigner sa séropositivité au VIH.

f. Dans son rapport du 15 septembre 2021, le Dr J_____ a indiqué avoir vu l'expertisée le 27 août 2020. Il a résumé les pièces médicales au dossier et effectué une échographie des talons de l'expertisée le 27 août 2020, qui montrait un épaississement du fascia plantaire gauche à 0,64 cm contre 0,46 cm à droite, sans altération de l'écho-structure fibrillaire du fascia gauche ou droit. Il y avait donc des signes échographiques en faveur d'une fasciite plantaire gauche modérée sous forme d'œdème du fascia plantaire gauche. L'expert a procédé à une anamnèse détaillée et à des constatations objectives. Il a posé les diagnostics de :

- fibromyalgie (M79)
- hyperlaxité articulaire, articulations entre les os du carpe, du métacarpe et des doigts de la main (M25.24)
- hyperlaxité articulaire, articulations du genou (M25.26)
- arthrose digitale (M19)
- fasciite plantaire gauche (M72).

L'expert a indiqué que les troubles diagnostiqués étaient de gravité faible. Il estimait la capacité de travail globale dans l'activité de nettoyeuse de 50% depuis 2009. Dans une activité adaptée, sans port de charge ni gestes répétitifs, il n'y avait pas de baisse du taux horaire. Seule pouvait persister la fatigabilité causée par les douleurs incurables de la fibromyalgie qui pouvaient produire une diminution de rendement de 20%. La capacité de travail globale dans une activité adaptée était donc au minimum de 80% depuis février 2011, sur le plan strictement rhumatologique.

g. Selon le rapport d'expertise de la Dresse I_____ du 30 août 2021, son analyse était fondée sur trois entretiens individuels (11 et 25 novembre 2020 et 27 janvier 2021, en présence d'une interprète) ainsi que sur un examen neuropsychologique du 26 avril 2021 effectué par Madame K_____(neuropsychologue spécialiste ASNP), une prise de sang, un entretien téléphonique avec les Drs L_____ et F_____ ainsi que plusieurs entretiens de consilium avec le Dr J_____. L'experte a indiqué que chaque entretien avait duré 2 heures et que l'expertisée, bien que visiblement fatiguée, avait supporté ces derniers sans pause. Celle-ci était de langue maternelle espagnole et comprenait le français, mais elle s'exprimait difficilement dans cette langue. De ce fait, la présence d'une interprète avait été nécessaire. Les questions avaient dû souvent être répétées malgré la présence de l'interprète. L'experte a procédé à une anamnèse complète et a rapporté les plaintes de l'expertisée. Elle a décrit sa journée-type, procédé à un examen clinique et posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10).

L'experte a fixé la capacité de travail, du point de vue psychiatrique, à 50% avec une baisse de rendement de 50%, soit 25% au final, dès le 4 décembre 2018, date à laquelle un ralentissement psychomoteur avait à nouveau été documenté. Elle ne pouvait se prononcer avec certitude pour ce qui concernait la capacité de travail et

le rendement pour la période antérieure au 4 décembre 2018. Elle rejoignait les conclusions de l'expert J_____ sur le plan de la capacité de travail globale.

h. Dans une appréciation consensuelle, les experts ont conclu que la fibromyalgie avait entraîné une diminution du rendement de l'assurée d'environ 20% depuis 2010 dans toute activité de fin 2010 jusqu'au 4 décembre 2018. Dès le 4 décembre 2018, c'était le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, qui était responsable de la baisse du rendement et de la capacité horaire dans toute activité pour un taux global de 25%. Depuis le 4 décembre 2018, la fibromyalgie n'induisait pas de modifications significatives de la capacité de travail, le tableau clinique étant dominé par le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il s'ajoutaient des limitations fonctionnelles dues à l'hyperlaxité articulaire des mains et des genoux. L'activité de nettoyeuse était inadaptée à cette pathologie en raison des ports de charges et gestes répétitifs qui pouvaient entraîner des douleurs. On pouvait estimer que le taux horaire dans cette activité inadaptée ne devait pas dépasser 60%. À ce taux réduit s'ajoutait la baisse du rendement de 50% de l'état dépressif, épisode actuel moyen, à savoir un taux final de 30% dans l'activité de nettoyeuse depuis le 4 décembre 2018. Il convenait également de ne pas dépasser le taux horaire préconisé par l'experte psychiatre, qui était de 50% depuis le 4 décembre 2018.

Dans une activité adaptée sans port de charges ni gestes répétitifs et en évitant les escaliers, la position à genou ou accroupie en raison de l'hyperlaxité, il n'y avait pas de baisse du taux horaire sur le plan rhumatologique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail objectivement évaluable du point de vue global psychiatrique et rhumatologique était de 80% de fin 2010 au 4 décembre 2018 (baisse du rendement de 20% au maximum en raison de la fibromyalgie, pas de baisse de la capacité de travail due à l'hyperlaxité, taux global inévaluable objectivement du point de vue psychiatrique). Dès le 4 décembre 2018, c'était les limitations psychiatriques qui prédominaient et la capacité de travail globale ne dépassait pas 25% même dans une activité entièrement adaptée. Il n'y avait pas de baisse de la capacité de travail horaire et du rendement surajoutée par les diagnostics rhumatologiques.

i. La recourante a estimé que la Dresse I_____ avait fait preuve de trop de retenue par rapport à l'expertise du SMR et fait valoir que sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, elle présentait une capacité de travail de 25% également après le mois de mai 2017 de sorte que son droit à une rente entière d'invalidité n'était pas limité dans le temps.

j. L'intimé a émis des critiques sur les rapports d'expertise des Drs I_____ et J_____ et a persisté dans ses conclusions.

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 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.

3. 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2017.

5.

5.1 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références citées ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

5.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est

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

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI).

5.3

5.3.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

5.3.2 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant 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 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

5.3.3 Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle 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), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. 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.

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 ; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais 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).

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

5.3.4 En outre, depuis un arrêt du Tribunal fédéral du 11 juillet 2019, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes psychiques à la santé significatives au sens du droit de l’assurance invalidité d’un point de vue médical (ATF 145 V 215 consid. 5.3.3 et 6).

Ainsi, ils répondent aux mêmes principes applicables pour tous les autres troubles psychiques (ATF 145 V 215 consid 5.3.1 ; 141 V 281).

5.3.5 L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic 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 douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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

5.3.6 La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient 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, des potentiels de compensation (ressources).

Il faut examiner, en premier lieu, le degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact.

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

Pour déterminer les ressources de l'assuré, il convient d'établir s'il y a des comorbidités psychiatriques et somatiques. Un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut être considéré comme une comorbidité psychiatrique.

La structure de la personnalité de l'assuré constitue un indicateur pour évaluer ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, mais également des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité.

Il faut prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il faut tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social.

Il convient encore d'examiner si les limitations sont uniformes dans tous les domaines de la vie et d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

La souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

5.4 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

6. Il convient en premier en lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise de la Dresse I_____.

6.1 La chambre de céans constate que celle-ci est fondée notamment sur trois entretiens individuels avec la recourante, un bilan neuropsychologique et des entretiens avec ses médecins traitants. Elle est détaillée, bien motivée et l'experte a répondu à toutes les questions posées, y compris sur les indicateurs du Tribunal fédéral. Elle répond ainsi, de manière générale aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

6.2

6.2.1 La recourante a fait valoir que la Dresse I_____ avait fait preuve de trop de retenue par rapport aux constats faits par la Dresse H_____ en 2017 et que, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, il fallait retenir une capacité de travail de 25% dès la fin du mois de mai 2017.

6.2.2 La chambre de céans constate que l'experte a retenu, avec certitude, une capacité de travail de 25% dans toute activité dès le 4 décembre 2018. Pour la période courant de juin 2017 au 4 décembre 2018, il y avait un désaccord sur les constatations objectives. S'agissant de l'existence d'un ralentissement psychomoteur, les observations des experts du SMR ne concordaient pas avec celles des médecins traitants, ni avec l'hétéro-anamnèse. L'experte ne pouvait en conséquence se prononcer avec certitude pour la période courant de juin 2017 au 4 décembre 2018, n'ayant pas été présente au moment de l'évaluation par le SMR en septembre 2017. L'examen clinique effectué à ce moment semblait pratiquement normal. L'experte s'étonnait du fait que le Dr F_____ ait constaté un ralentissement psychomoteur chez la recourante en mars 2016, puis que la Dresse H_____, n'ait pas constaté un tel ralentissement en septembre 2017 et que celui-ci ait à nouveau été constaté en décembre 2018, lors de l'examen neuropsychologique des HUG. Actuellement, tant à l'examen neuropsychologique de Mme K_____ que lors du status auquel avait procédé l'experte, ce ralentissement était présent. L'hétéro-anamnèse ne faisait pas mention d'une amélioration entre 2017 et 2018. L'experte ne savait pas comment interpréter ces éléments et avait décidé, en conséquence, de traiter le ralentissement psychomoteur comme un élément nouveau présent avec certitude depuis le 4 décembre 2018.

Au vu des critiques faites par la chambre de céans dans son ordonnance d'expertise sur le rapport d'expertise établi par la Dresse H_____ en 2017, il y a lieu de considérer que l'experte aurait pu s'éloigner des constats rapportés par celle-ci, qui ne sont pas convaincants. En effet, bien que la Dresse H_____ avait relevé que la plupart du temps la recourante se sentait déprimée et fatiguée, que tout lui coûtait et rien ne lui était agréable, elle avait indiqué que la symptomatologie dépressive mentionnée par le Dr F_____ était en rémission complète.

La motivation de la Dresse I_____ permet de s'écarter des conclusions qu'elle a retenues, en se fondant sur les constats de la Dresse H_____, qui ne sont pas convaincantes, et il se justifie de retenir comme établi, si ce n'est avec certitude, mais au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante n'était déjà capable de travailler qu'à 25% dès septembre 2015 sur la base des constats du Dr F_____, qui suivait alors l'assurée, selon ses rapports des 14 octobre 2015 et 8 mars 2016. Il convient de rappeler à cet égard que la Dresse H_____ avait elle-même retenu dans son rapport d'expertise du 19 septembre 2017 une incapacité de travail totale de la recourante sur le plan psychiatrique dès le 1er septembre 2015, sur la base des rapports du Dr F_____.

6.3

6.3.1 Le SMR a fait valoir que selon le rapport d'examen neuropsychologique, deux épreuves de validité des symptômes avaient été effectuées et qu'au cours de l'examen, de nombreux résultats suspects d'une majoration des symptômes étaient ressortis, qui s'ajoutaient à des comportements pouvant exprimer un manque de participation active. Sur cette base, le SMR s'est étonné du fait que l'experte psychiatre n'ait pas retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour raison psychologique, sans examiner plus avant si les critères diagnostiques étaient réalisés.

6.3.2 Cette critique ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de l'experte. En effet, celle-ci a indiqué dans sa motivation qu'il n'était pas possible de dire avec certitude pourquoi les tests de validation étaient altérés, mais que cela pouvait être dû à une anxiété importante de l'assurée, avec des difficultés à effectuer certaines tâches, dont les examens neuropsychologiques. L'experte a ensuite précisé que l'assurée ne surjouait pas et avait plutôt tendance à se replier dans un coin. Les signes d'anxiété qu'elle montrait et ses pleurs semblaient authentiques et correspondaient aux sujets évoqués, dont la séropositivité. Lors des entretiens, elle avait présenté un tableau clinique cohérent et son médecin traitant avait fait les mêmes constatations, lors des visites ambulatoires de l'assurée. Il n'y avait donc aucun élément clinique en faveur d'une simulation, en dépit des tests de validation altérés. L'experte a ainsi commenté les causes de l'altération des tests et exclu une majoration des symptômes, ce qui explique le fait qu'elle n'ait pas examiné les critères du diagnostic de majoration des symptômes physiques pour raison psychologique, qui n'entrait pas en ligne de compte pour elle.

6.4

6.4.1 Selon le SMR, la Dresse I_____ dépassait son champ de compétence en retenant une incapacité de travail sur le plan neuropsychologique de 50 à 70% alors que la neuropsychologue spécialiste n'avait pas été capable de le faire en raison d'une exagération consciente des plaintes.

6.4.2 Comme l'a relevé à juste titre la recourante, l'experte n'a pas retenu une incapacité de travail de 50 à 70% sur le plan neuropsychologique, mais elle a évalué sa capacité de travail en lien avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10), sans tenir compte des troubles cognitifs qui ne pouvaient être évalué avec certitude en raison des tests de validations altérés. L'experte s'est seulement référée au rapport d'évaluation neuropsychologique, en tant qu'il constatait un ralentissement psychomoteur de la recourante. L'experte a ensuite correctement évalué la capacité de travail de la recourante, en analysant sa situation en lien avec les indicateurs développés en la matière par le Tribunal fédéral.

Il ressort de son analyse que certains des symptômes dont souffre l'assurée sont d'une gravité certaine, puisqu'ils excluaient d'emblée le diagnostic de dysthymie. L'annonce en 2010 de sa séropositivité semblait avoir représenté une menace de mort imminente pour l'assurée, qui avait des ressources intellectuelles pauvres et qui avait coupé depuis lors tout lien avec sa famille en Colombie et ses amis, par honte. Son estime de soi était nulle. Sa capacité fonctionnelle était significativement limitée au quotidien, ses tâches domestiques étant effectuées par sa fille. L'assurée avait été compliante dans sa thérapie, sans amendement de la symptomatologie. Tous les domaines de la vie étaient touchés et elle n'avait plus d'activité sociale.

L'analyse des indicateurs par l'experte est convaincante et il convient de retenir qu'elle a ainsi correctement fixé la capacité de travail exigible de l'assurée, sous réserve du début de celle-ci, comme cela a déjà été examiné.

6.5

6.5.1 L'intimé a relevé une incohérence « majeure » dans les propos de la recourante, à savoir que depuis 2010, c'était sa fille qui allait à la poste, faisait les courses et réchauffait les plats et faisait le ménage. Or la fille de la recourante était née le 20 juin 2005 et il n'était pas vraisemblable qu'à 4 ans et demi déjà, elle ait été en mesure d'effectuer l'ensemble de ces tâches. L'experte aurait dû confronter la recourante à ses propos.

6.5.2 Dans la description de la journée type de la recourante faite par la Dresse I_____, il est mentionné que sa fille, âgée de 15 ans, s'occupe des tâches domestiques. Si la recourante a effectivement indiqué à l'experte que depuis 2010, c'était sa fille qui allait à la poste, faisait les courses, réchauffait des plats et faisait le ménage, ce qui paraît effectivement peu vraisemblable sur l'ensemble de la période, il est en revanche établi qu'au moment de l'expertise la fille de la recourante faisait bien toutes ces tâches et probablement depuis quelques années. La légère incohérence dans les propos de la recourante, rapportés par l'experte, qui peut s'expliquer par les difficultés de communication de celle-ci décrites dans son rapport, ne suffit pas à remettre en cause ses conclusions.

6.6 Au vu des considérations qui précèdent, l'expertise de la Dresse I_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de sa conclusion sur le début de la capacité de travail de 25%.

7. Il convient encore d'examiner la valeur probante de l'expertise Dr J_____.

7.1

7.1.1 Le SMR a relevé une méconnaissance de l'expert des critères ACR 2016 pour poser le diagnostic de fibromyalgie, puisque celui-ci avait indiqué que ce diagnostic reposait sur la douleur, qui était une donnée purement anamnestique et donc subjective par définition. L'expert n'avait pas mentionné le nombre de zones positives de la recourante, ni les symptômes accompagnants.

7.1.2 La reconnaissance de l'existence d'une fibromyalgie suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un rhumatologue s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.2).

La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, M79.0). Elle est caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Les critères diagnostiques, établis pour la première fois par l'American Rheumatism Association, sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche, à la fois au-dessus et en dessous de la taille, durant au moins trois mois, ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins 11 points douloureux ("tender points") sur 18. Si les symptômes fibromyalgiques se manifestent de la même manière sous les deux formes, celle secondaire - qui est trois fois plus répandue dans la population - se distingue de celle primaire par le fait qu'elle se trouve associée à d'autres maladies (par exemple des maladies dégénératives rhumatismales). Aucune étiologie n'a pu être clairement établie pour la forme primaire de la fibromyalgie, dont le diagnostic est posé par exclusion (tender points douloureux en l'absence de tout autre maladie, en particulier inflammatoire) (ATF 132 V 65).

7.1.3 Comme l'a relevé la recourante, le Dr J_____ a expliqué, s'agissant du diagnostic de fibromyalgie (M79), qu'il n'y avait pas de critères de classification ni de description des diagnostics rhumatologiques dans le système CIM-10 ni de critères diagnostiques pour la fibromyalgie. Les cliniciens utilisaient souvent des critères de classification dont la valeur scientifique restait débattue et ceux-ci ne devaient pas être utilisés pour le diagnostic clinique, mais seulement pour inclure ou exclure des patients dans des études cliniques. Dans le cas de l'assurée, les critères de classification n'étaient pas remplis, car elle présentait d'autres diagnostics rhumatologiques pouvant causer des douleurs articulaires, notamment l'hyperlaxité et l'arthrose digitale. L'expert retenait le diagnostic de fibromyalgie

en raison des douleurs diffuses de l'assurée qui étaient trop importantes pour être dues uniquement aux diagnostics objectivables présents chez elle, ce qui impliquait une composante non organique pour expliquer la totalité du tableau douloureux.

Il ressort de l'article de la revue médicale suisse citée par l'intimé (Liliana BELGRAND et Alexander SO, critères de diagnostics de la fibromyalgie, Revue médicale suisse, 2011, www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-286/criteres-de-diagnostics-de-la-fibromyalgie) que plusieurs méthodes diagnostiques de la fibromyalgie sont actuellement admises et qu'il n'existe pas un gold standard pour le diagnostic de la fibromyalgie. L'alternative proposée récemment par les travaux de Wolfe et coll. et son application par Mease et coll. sur un large collectif de patients participant au National data bank for rheumatism desease apportent quelques améliorations dans le diagnostic, méthode qui a l'avantage de faciliter le suivi des fibromyalgiques en utilisant les échelles de sévérité des symptômes. Ces critères diagnostiques ne sont pas imposés dans l'utilisation actuelle, mais sont une alternative intéressante. L'examen clinique n'est pas nécessaire, mais cela ne facilite pas le travail du médecin, car le diagnostic de fibromyalgie demande une évaluation complète de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial de chaque malade.

7.1.4 En l'occurrence, les explications du Dr J_____ sont convaincantes. Il n'a pas ignoré les critères de classification du diagnostic de fibromyalgie, mais précisé que ceux-ci n'étaient pas remplis dans le cas de la recourante et a justifié pour quels motifs il retenait néanmoins le diagnostic de fibromyalgie de façon détaillée et convaincante.

7.2

7.2.1 Le SMR a fait encore valoir que l'hyperlaxité était congénitale et que l'assurée était rentrée en Suisse avec cette atteinte, qui ne pouvait dès lors pas être prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail.

7.2.2 Selon la recourante, l'assurance-invalidité devait prendre en considération toutes les atteintes à la santé, qu'elle que soit leur date d'apparition. Si le SMR sous-entendait que cette maladie ne l'avait pas empêchée de travailler, cela n'impliquait pas encore que les limitations fonctionnelles entraînées par ce diagnostic n'avaient pas varié dans le temps. Au contraire, l'expert rhumatologue avait indiqué que la sédentarité contribuait à l'aggravation des arthralgies sur l'hyperlaxité, en aggravant le déconditionnement musculaire, notamment en ce qui concernait les genoux. Le fait qu'un assuré avait travaillé dans une profession inadaptée ne permettait pas de nier l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail telle que déterminée médicalement, car elle s'était surmenée.

7.2.3 Conformément à l'art. 6 al. 2 LAI - qui vaut en tant que conditions générales en principe pour toutes les prestations de l'assurance-invalidité -, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (ressortissants étrangers de

moins de 20 ans), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) dans sa version valable depuis le 1er janvier 2018, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'elle se verra dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance.

Le principe de l'unicité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 consid. 3.2; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 3 ad art. 4 p.49 et 50).

7.2.4 En l'espèce, il faut d'abord relever que le grief soulevé par l'intimé n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante générale de l'expertise du Dr J_____, car il est de nature juridique et non médicale. Par ailleurs, si l'hyperlaxité est congénitale et existait donc avant l'entrée en Suisse de la recourante, cela n'empêche pas que ce diagnostic soit susceptible de lui ouvrir un droit à une rente d'invalidité, car la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance n'est réalisée qu'au moment où une prestation de l'assurance-invalidité est indiquée objectivement pour la première fois. En l'occurrence, le diagnostic d'hyperlaxité n'avait pas d'impact sur la capacité de travail de la recourante avant son entrée en Suisse, à teneur du dossier, de sorte que l'on ne peut retenir que la survenance du cas d'invalidité ou du cas d'assurance est intervenue avant l'entrée de la recourante en Suisse.

Selon l'expert J_____, c'est la fibromyalgie qui est le diagnostic principal limitant la gestion du quotidien de la recourante du point de vue rhumatologique. Les experts ont retenu de façon consensuelle une capacité de travail adaptée de 80% de fin 2010 au 4 décembre 2018 avec une baisse de rendement de 20% au maximum en raison de la fibromyalgie, et sans baisse de la capacité de travail en raison de l'hyperlaxité. Dès le 4 décembre 2018, c'était les limitations psychiatriques qui prédominaient et il n'y avait pas de baisse de capacité de travail horaire ni de rendement surajoutée par les diagnostics rhumatologiques. Ainsi, le diagnostic d'hyperlaxité n'est pas relevant dans la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'intimé.

7.3

7.3.1 L'intimé a fait valoir que le fait que l'expert rhumatologue ne concluait pas formellement à une incapacité totale de travail dans l'activité de nettoyeuse, mais à une capacité de 60%, alors qu'il avait noté que sur le plan médical cette activité était inadaptée à l'hyperlaxité articulaire en raison des ports de charges et des gestes répétitifs qui pouvaient entrainer des douleurs, était incohérent. L'activité de nettoyeuse, en tant qu'elle pouvait entrainer des douleurs, ne pouvait être considérée comme adaptée, ce d'autant plus que l'hyperlaxité touchait tant les mains que les genoux de la recourante.

7.3.2 Les conclusions de l'expert rhumatologue n'apparaissent pas incohérentes, dans la mesure où il a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique, avec une diminution de rendement de 20%, en raison de la fatigabilité causée par les douleurs de la fibromyalgie. L'expert a manifestement considéré que l'activité de nettoyeuse n'était pas adaptée, en retenant pour celle-ci une capacité de 60%, en raison du diagnostic d'hyperlaxité articulaire. Il n'est pas nécessaire que l'incapacité soit totale pour retenir qu'une activité n'est pas adaptée, il suffit qu'elle soit plus importante que la capacité de travail exigible dans une activité plus adaptée.

7.4 Au vu des considérations qui précèdent, l'expertise du Dr J_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

8. La recourante fait valoir qu'un statut d'active doit lui être reconnu et non un statut mixte.

8.1

8.1.1 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré

appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8.2

8.2.1 L'intimé a retenu, selon une note du 9 octobre 2017, que la recourante avait un statut mixte avec une part de 70% pour la part professionnelle et une part de 30% pour les travaux habituels, sur la base du fait qu'elle travaillait à 25% depuis le 13 septembre 2012, qu'elle était inscrite au chômage depuis le 14 août 2009 à un taux de 100% et qu'elle avait déjà une atteinte à sa santé dès 2010, qui n'était pas invalidante, mais pouvait expliquer en partie une baisse du taux professionnel.

8.2.2 Dans son recours, la recourante a fait valoir que l'intimé n'avait pas investigué la question de savoir si le temps de travail partiel était lié à un choix personnel ou à une contrainte de santé. Avant son travail auprès de la société, elle travaillait pour la Fondation C_____ en tant que femme de chambre à 80%, ce qui correspondait aux besoins de son employeur. Elle aurait aimé travailler à plein temps, mais son employeur n'avait pas de poste à lui offrir à ce taux. C'était pour cette raison qu'elle travaillait en parallèle pour d'autres employeurs afin de compléter ses revenus et être occupée à 100%. Elle avait été licenciée par la Fondation C_____ à cause de ses problèmes de santé, car elle ne pouvait pas exercer son activité de ménage. Elle s'était ensuite inscrite au chômage à 100% et avait finalement trouvé un emploi à temps partiel auprès de la société, qu'elle avait dû se résigner à accepter pour cause d'impossibilité de travailler plus compte

tenu de ses douleurs. Cette diminution progressive de son activité professionnelle avait été abordée par les médecins spécialistes de la consultation ambulatoire de la douleur.

Elle a déclaré à la chambre de céans que si sa santé le lui permettait, elle travaillerait à 100%. Avant d'être en arrêt de travail, elle travaillait à 90% ou 100%. Elle avait eu deux emplois réguliers du lundi au vendredi. Après trois ans d'emploi à la Fondation C_____, elle avait commencé à se sentir mal d'effectuer les deux emplois en parallèle. Elle n'avait pas cherché du travail supplémentaire à celui qu'elle effectuait pour son dernier employeur à cause de son état de santé. Elle avait pu travailler de 2012 à 2015, mais c'était difficile, les douleurs ayant augmenté progressivement. En arrêt de travail depuis 2015, son état dépressif et sa fatigue étaient devenus beaucoup plus importants en raison des traitements qu'elle prenait pour la dépression et le VIH. Elle a également déclaré qu'elle était séparée depuis 2009 et qu'elle recevait une pension de CHF 1'300.- pour sa fille, son ex-mari ne pouvant pas lui verser la totalité de la contribution d'entretien de CHF 2'100.-.

8.2.3 En l'espèce, il convient de relever que l'intimé a tranché la question du statut sans interpeller l'assurée à ce sujet. Celle-ci a clairement déclaré à la chambre de céans que sans atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100%. Il ressort de son compte individuel que de 2006 à fin 2008, elle a obtenu des revenus de la Fondation C_____ et de B_____SA, ce qui corrobore ses déclarations selon lesquelles elle a cherché durant ces années à compléter les revenus obtenus de la Fondation C_____ et à travailler à 100%. Elle s'est en outre inscrite à 100% à l'OCE en 2009, ce qui atteste de cette volonté. Le fait qu'elle était séparée depuis 2019 et qu'elle ne recevait qu'une partie de la contribution d'entretien due par son ex-mari rend cette volonté d'autant plus crédible. Enfin, il ressort du dossier que l'assurée a quitté son emploi à la Fondation C_____, car elle ne pouvait plus l'assumer en raison de son état de santé et qu'à partir de là, elle n'a plus travailler à plein temps pour ce motif.

Au vu des considérations qui précèdent, il convient de retenir que le dossier contient assez d'éléments objectifs permettant de retenir un statut d'active pour la recourante.

9. Il faut en conséquence établir le taux d'invalidité dès le mois de septembre 2017, en tenant compte d'une capacité de travail de 25% dès le 1er septembre 2015, selon l'appréciation faite par la chambre de céans des conclusions de l'experte I_____.

9.1

9.1.1 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).

9.1.2 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

9.1.3 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 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, 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 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

9.2 En l'espèce, il y a lieu de prendre en compte comme salaire sans invalidité, celui obtenu par la recourante dans son dernier emploi, soit un salaire horaire total, comprenant l'indemnité de vacances et la gratification de CHF 21.93 en 2012, ce qui correspond à un salaire annuel de CHF 45'614.- pour 40 heures par semaine et à CHF 46'984.- indexé à 2016.

Pour le salaire avec invalidité, il convient de se référer aux ESS 2016, soit un revenu mensuel de CHF 4'363.- pour une activité simple et répétitive, avec un niveau de compétence 1 (ligne total TA1_tirage_skill_level pour une femme), soit un revenu annuel de CHF 52'356.- et CHF 13'089.- à 25%, sans abattement, les conditions pour en tenir compte n'étant pas remplies.

En comparant les revenus avec et sans invalidité, on obtient un taux d'invalidité de 72%.

Il en résulte que la recourante a droit à une rente d'invalidité complète (art. 28 al. 2 LAI) dès le 1er septembre 2016, sans interruption le 31 août 2017.

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 25 septembre 2018 sera réformée dans le sens qui précède.

10.2 La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (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]).

10.3 Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

10.4 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, qui a considéré que cette mesure d'instruction était nécessaire, faute de valeur probante suffisante de l'expertise du SMR. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Réforme la décision du 25 septembre 2018, dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016, sans interruption le 31 août 2017.
3. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- pour ses dépens, à la charge de l'intimé.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 16'242.03 (CHF 792.03 selon la facture du 22 avril 2021 de Mme K_____, CHF 9'450.-, selon la facture du 16 septembre 2021 du Dr J_____, CHF 6'000.- selon la facture du 30 septembre 2021 de la Dresse I_____), à la charge de l'intimé.
6. 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