

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4188/2017

ATAS/263/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, représentée
par l'APAS-Association pour la permanence de défense des
patients et assurés

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1961, originaire de Hongrie, mariée, mère d'un enfant né en 1988, est entrée en Suisse en 1997 ; elle est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. Par communication du 29 août 2000, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a pris en charge deux appareils acoustiques en faveur de l'assurée, renouvelés le 26 septembre 2006.
3. L'assurée a travaillé comme barmaid pour B_____ S.A, restaurant C_____ du 19 février 2002 au 3 juillet 2004.
4. Le 9 juin 2006, l'assurée a requis de l'OAI une aide au placement en raison de sa surdité ; elle était au bénéfice d'un emploi temporaire cantonal de douze mois depuis le 1^{er} juin 2006 comme employée de buffet.
5. Par communication du 16 novembre 2006, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle et un soutien dans les recherches d'emploi de l'assurée, mandat qui a cependant été clos le 6 février 2007 en raison de l'engagement de l'assurée dès le 28 mai 2007 par la Communauté D_____ de Genève (ci-après : CIG), comme employée de salle à 80 % de son restaurant.
6. Dès le 24 août 2007, l'assurée a été en incapacité de travail totale, attestée par le docteur E_____, FMH médecine générale.
7. Le 4 septembre 2007, le docteur F_____, FMH spécialiste ORL et chirurgie cervico-faciale, a écrit à l'OAI qu'il était absolument nécessaire que l'assurée travaille dans une ambiance « plus calme et moins bruyante » que celle d'un restaurant.
8. Le 28 septembre 2007, le Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité adaptée et qu'il existait une indication médicale à un reclassement ou des mesures d'ordre professionnel (MOP).
9. Le 25 novembre 2008, le mandat de placement a été clos jusqu'à l'avis du SMR.
10. Le 31 janvier 2009, le docteur G_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un diagnostic de troubles de l'adaptation chronique, avec caractéristiques émotionnelle mixtes et perte auditive, depuis le 29 octobre 2008, incapacitants à 100 %. Il a confirmé l'atteinte le 9 novembre 2009.
11. Le 21 avril 2010, l'assurée a été examinée par le Dr H_____, FMH psychiatrie, du SMR, lequel a rendu un rapport le 10 mai 2010 concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de serveuse et toute autre activité dans un environnement bruyant depuis octobre 2008 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis janvier 2009 ; il a posé un diagnostic de dysthymie F 34.1.

12. Le 20 juillet 2010, le dossier a été transmis à la réadaptation professionnelle pour une aide au placement.
13. Par communication du 30 mai 2011, l'OAI a pris en charge un stage de réentraînement au travail auprès de PRO, entreprise sociale privée.
14. L'assurée a suivi un stage du 16 mai au 12 août 2011, avec un taux de présence de 62,3 %. L'assurée avait eu des difficultés à faire face aux changements et n'avait pas pu montrer sa capacité à travailler en fonction des objectifs de la mesure (rapport PRO du 6 septembre 2011).
15. Le 14 juillet 2011, le Dr G_____ a indiqué que l'état de santé psychiatrique de l'assurée s'était dramatiquement péjoré depuis la dernière consultation et que sa capacité de travail était nulle.
16. Par communication du 16 décembre 2011, l'OAI a pris en charge une prolongation du réentraînement au travail chez PRO et le 28 février 2012, un réentraînement en milieu économique.
17. Le 25 juin 2012, PRO a indiqué que la recherche d'un poste adéquat se faisait dans une niche économique peu ou pas compatible avec le marché.
18. Par communication du 11 septembre 2012, l'OAI a pris en charge un stage auprès de la société M_____ (ci-après : M_____), laquelle a conclu après deux semaines que l'assurée ne correspondait pas aux critères (difficultés de compréhension de la langue et pas de polyvalence dues aux problèmes de santé).
19. Le 3 décembre 2012, la réadaptation professionnelle a conclu que l'assurée pouvait travailler dans son activité habituelle pour autant qu'elle ne soit pas exposée à un environnement bruyant et a clos le mandat. La suite du stage chez M_____ (d'un mois) s'était très bien passée.
20. Par communication du 14 février 2013, l'OAI a constaté la réussite de la mesure de réadaptation professionnelle, l'assurée étant à même de réaliser un revenu excluant le droit à la rente.
21. Par communication du 5 mars 2013, l'OAI a pris en charge un appareillage acoustique binaural.
22. Le 29 octobre 2014, le Dr G_____ a attesté d'une dépression moyenne entraînant une incapacité de travail de 50 %.
23. Le 3 novembre 2014, le docteur I_____, FMH nez-gorge-oreille, a attesté d'une gêne importante de l'assurée dans les contacts sociaux, d'une intolérance importante aux bruits environnants et de difficultés à prononcer le français, dues à une surdité importante.
24. Le 4 novembre 2014, le Dr E_____ a attesté de différentes pathologies articulaires chez l'assurée ainsi que d'un état anxio-dépressif.

25. Le 18 novembre 2014, l'assurée a requis une mesure d'aide au placement, en indiquant que sa perte auditive s'était aggravée et qu'elle souffrait d'une cervicarthrose moyenne.
26. Le 11 décembre 2014, le SMR a estimé que des mesures supplémentaires n'étaient pas indiquées.
27. Par projet de décision du 15 décembre 2014, l'OAI a rejeté la demande d'aide au placement de l'assurée.
28. Le 13 janvier 2015, l'assurée, représentée par l'association genevoise des malentendants (ci-après : AGM), a écrit à l'OAI que l'activité de serveuse n'était pas compatible avec sa surdité et que, compte tenu de sa capacité de travail de 50 %, il convenait d'instruire son potentiel de réadaptation.
29. Le 9 février 2015, le SMR a estimé qu'il convenait d'instruire le cas médicalement, vu les nouvelles atteintes alléguées.
30. Le 25 février 2015, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée ne pouvait reprendre aucune activité (surdité grave, état anxio-dépressif grave, spondylarthrose, discopathie cervicale et lombalgies).
31. Le 10 avril 2015, le Dr G_____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité en raison de surdité, trouble dépressif récurrent de gravité variant entre moyen à sévère avec dorsalgie et douleurs articulaires.
32. Le 13 avril 2015, le Dr I_____ a attesté d'une surdité bilatérale importante et une difficulté de compréhension verbale dans le bruit.
33. Le 21 mai 2015, le Dr E_____ a communiqué des copies de plusieurs bilans radiologiques effectués entre 2012 et 2015.
34. Le 27 septembre 2015, l'assurée a chuté dans des escaliers entraînant une fracture arrachement du trochiter humérus droit non déplacée, traitée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG).
35. A la demande de l'OAI, le Dr G_____ a précisé le 12 octobre 2015 que l'assurée ne supportait pas les endroits bruyants ou avec de l'agitation, une ambiance de stress, en raison de ses problèmes d'ouïe et d'un état d'anxiété généralisé ; la capacité de travail était de 50 % depuis le 1^{er} septembre 2014.
36. A la demande de l'OAI, le Dr E_____ a précisé le 11 janvier 2016 que l'assurée présentait une surdité à 100 %, une dépression moyenne à grave, status après fracture de l'humérus droit, une polyarthralgie chronique et que son incapacité de travail était totale.
37. L'assurée a été soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR le 11 juillet 2017 (docteurs J_____, FMH médecine physique et réadaptation, et K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie). Un rapport a été rendu le 21 août 2017.

L'assurée se plaignait de douleurs à la nuque depuis 16 - 17 ans, en augmentation, de douleurs lombaires permanentes, à l'épaule droite, au pli de l'aîne ; il n'y avait pas de plainte du registre psychiatrique ; dans la description des activités quotidiennes, les experts mentionnent des plaintes d'intolérance aux milieux bruyants, d'interaction négative avec l'environnement, de sentiment d'être incomprise par la société et de colère. Dans le status psychiatrique, l'expert mentionne une attitude pessimiste face à l'avenir, des idées suicidaires scénarisées, sans passage à l'acte. Les experts ont posé le diagnostic principal de syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dans le cadre d'une entésopathie du sus-épineux, d'une arthrose acromio-claviculaire (M75.1) et aucun sur le plan psychiatrique ; comme diagnostics associés, ils ont posé ceux de cervicalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une spondylarthrose C4 – C5, C5-C6 et d'une légère arthrose étagée des articulations postérieures, une uncarthrose débutante en C7 ; lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une spondylose étagée, d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 et d'une légère arthrose des articulations postérieures de L3 à S1.

Le comportement douloureux ne s'expliquait que très partiellement par les atteintes ostéoarticulaires dégénératives qui étaient pour la plupart légères et évoquait une amplification des symptômes.

L'assurée présentait un trouble dépressif actuel moyen, sans syndrome somatique ; l'humeur était moyennement abaissée quoique fluctuante, il existait une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une réduction de l'énergie avec augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Les troubles de la concentration présents au début de l'entretien avaient disparu par la suite. On relevait une diminution de l'estime de soi, une attitude morose face à l'avenir, des idées suicidaires scénarisées (veinosection ou électrocution avec un sèche-cheveux dans l'eau du bain), mais sans passage à l'acte antérieur.

L'assurée avait un ressenti douloureux supérieur à celui supposé pour les lésions organiques sous-jacentes ; cette exagération n'était toutefois pas délibérée ; elle présentait des ressources disponibles et mobilisables conservées et en cohérence avec l'anamnèse, de sorte que la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'était pas incapacitante.

L'incapacité de travail était totale comme aide de cuisine depuis le 27 septembre 2015 (date de la fracture de l'humérus) et nulle dès le 27 décembre 2015 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : épaule droite : pas d'activités au-dessus de l'horizontale, ports de charges au-delà de 1kg au-dessus de l'horizontale, mouvements répétitifs contre-résistance. Colonne cervicale : activités au-dessus de l'horizontale, ports de charges répétitifs au-delà de 5kg, posture prolongée en flexion ou extension cervicale, mouvements répétitifs de flexion / extension ou rotation cervicales. Colonne lombaire : marche au-delà d'une heure, position debout au-delà de trente minutes, ports de charges au-delà de 5kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion / extension ou

rotation lombaires, position assise au-delà de deux heures. Dans une activité permettant l'alternance des positions assis-debout, sans port de charges au-delà de 5kg ni activités au-dessus de l'horizontal, il n'y avait pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

38. Par décision du 18 septembre 2017, l'OAI a prononcé la fin de l'aide au placement et calculé un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour avoir le droit à une rente ; le revenu sans et avec invalidité était fondé sur l'enquête suisse économique (ESS) 2014, TA 1, femme, total, activité de niveau 1, à 100 % ; le revenu d'invalidité bénéficiait d'une déduction de 10 % en raison de l'âge de l'assurée et des limitations fonctionnelles.

39. Le 18 octobre 2017, la recourante, représentée par l'APAS, association pour la permanence de défense des patients et assurés, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à la constatation de son droit à toutes les prestations de l'assurance-invalidité. Elle a complété son recours le 23 février 2018.

Le rapport du SMR n'était pas probant ; le volet psychiatrique ignorait ses nombreuses plaintes et ne retenait pas de troubles mnésiques en raison d'un contexte de démonstrativité et d'amplification qui n'était pas motivé ; les limitations fonctionnelles dont faisait état le Dr G_____ n'étaient pas prises en compte ; les diagnostics de trouble dépressif récurrent et trouble de la personnalité dyssociale étaient écartés sans explication et le caractère non incapacitant de l'épisode dépressif de gravité moyenne n'était pas motivé ; le rapport du SMR n'appliquait pas, à tort, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

L'appréciation rhumatologique se basait sur de nombreuses limitations qui étaient inexistantes dans le rapport d'examen.

Par ailleurs, un taux d'abattement de 20 % au lieu de 10 % devait être appliqué compte tenu de sa surdité totale, de son âge, de ses difficultés en français et de son absence du monde du travail depuis 2006. La recourante a sollicité une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique.

Elle a communiqué un rapport du Dr G_____ du 20 janvier 2018 selon lequel elle présentait un trouble dépressif récurrent et des traits de personnalité dyssociale ; les souffrances psychiatriques, secondaires aux souffrances somatiques, s'étaient amplifiées les dernières années, par la non-reconnaissance de ses troubles somatiques ; sa vie était une série d'injustices ; elle avait une faible tolérance à la frustration et pouvait réagir avec de l'agressivité ; elle présentait une dépression chronicisée ; l'incapacité de travail de 50 % était motivée par une fatigabilité, un manque d'adaptabilité, de la susceptibilité et une incapacité d'établir des relations de longue haleine avec des collègues.

40. Le 16 mars 2018, le docteur L_____ du SMR a rendu un avis selon lequel les arguments de la recourante n'étaient pas convaincants et le rapport du

Dr G_____ du 20 janvier 2018 confirmait le rôle prépondérant des plaintes douloureuses dans le trouble dépressif, l'absence de sévérité des atteintes psychiques, vu les consultations seulement mensuelles, le ressentiment de l'assurée envers la société et les institutions, et estimait une capacité de travail de 50 % de façon subjective.

41. Le 27 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le rapport du SMR du 21 août 2017 était probant, nonobstant le changement de jurisprudence (ATF 141 V 281 ; ATF 143 V 418) ; il se ralliait à l'appréciation du SMR du 16 mars 2018. Une expertise judiciaire n'était pas nécessaire. Enfin, une déduction de 10 % sur le salaire d'invalidé prenait en compte l'âge et les limitations fonctionnelles de la recourante.
42. Le 3 mai 2018, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de commentaire à apporter à l'écriture de l'OAI du 27 mars 2018.
43. Le 25 juin 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Je ne vais pas très bien, j'ai actuellement la tension à 170, j'ai mal au dos, au bras droit et à la nuque. Je suis actuellement prise en charge par l'Hospice général depuis 10 ans. Mon dernier emploi était le stage que j'ai effectué à la M_____, placée par l'AI.

Depuis 2008 je suis suivie par le Dr G_____ pour une dépression. Je m'y rends une fois par mois. Depuis 2014, mon état dépressif s'est aggravé. J'aimerais bien travailler mais j'en suis incapable en raison des douleurs à la tête et au dos. Comme je suis sans travail depuis longtemps je sais que je n'arriverai plus à travailler avec des gens. Je souffre au quotidien, ce qui me rend nerveuse. J'ai aussi de la peine à entrer en contact avec les gens en raison du fait que je suis malentendante. Je suis constamment dans l'énervement car je dois poser plusieurs fois les questions aux personnes qui me parlent. J'ai des bronchites à répétition qui nécessitent la prise d'antibiotiques.

Ce qui m'empêche principalement de travailler c'est la fatigue physique et mentale. J'ai des douleurs quotidiennes, également la nuit. Par exemple cette nuit j'ai eu l'impression qu'on m'arrachait les deux cuisses. Je prends régulièrement des médicaments dont des antidouleurs.

J'ai consulté un médecin à la Clinique des Grangettes qui a attesté que j'avais des problèmes osseux dans le haut des jambes et le bas du dos. Je vois le Dr E_____, qui est mon médecin traitant, régulièrement. Celui-ci m'a d'ailleurs opérée d'un kyste au sein dernièrement.

J'ai été examinée par un médecin au SMR qui était extrêmement sévère. Il m'a parlé comme à un chien, il a crié et il a pris pendant une heure des mesures sur tout mon corps. Ensuite j'ai vu la médecin psychiatre qui a parlé pas plus de cinq minutes avec moi en me posant quatre questions, soit si je consultais le

Dr G_____, si j'en étais contente, si j'avais des contacts avec des gens à l'extérieur et l'âge de mon fils. Elle a ensuite parlé avec la traductrice, laquelle lui a expliqué son propre problème de santé, qui était selon elle similaire au mien et dont elle avait guéri. Elles ont ensuite évoqué le fait que je faisais moins que mon âge et que je n'avais pas l'air malade.

S'agissant de mes journées, je dors beaucoup car j'ai des insomnies la nuit. J'arrive à faire des courses à la Migros près de chez moi et à cuisiner, mais je ne mange pas beaucoup. Je ne fais pas de grande cuisine car je n'ai pas beaucoup d'appétit.

Je souligne aussi que j'ai des douleurs à l'estomac intenses et que je vais devoir consulter le Dr E_____ pour cela ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous demandons une expertise rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne. Cette dernière spécialité est demandée notamment en raison de l'hypertension de la recourante et de son kyste au sein. La question de la diminution de rendement de la recourante n'a pas été examinée par le SMR ».

44. Le 10 septembre 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique au docteur N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.
45. Le 18 septembre 2018, l'intimé a considéré qu'une expertise judiciaire n'était pas justifiée, tout en indiquant qu'il n'avait ni motif de récusation, ni questions complémentaires à faire valoir.
46. Le 17 octobre 2018, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert et a sollicité de la chambre de céans le rajout de questions à la mission d'expertise.
47. Par ordonnance du 19 octobre 2018 (ATAS/947/2018), la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique, en considérant ce qui suit : « L'intimé s'est fondé sur le rapport d'examen du SMR du 21 août 2017, comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, pour retenir que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'aide de cuisine et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 27 décembre 2015, soit respectant les limitations fonctionnelles dues aux atteintes de la colonne cervicale et lombaire, de sorte que le degré d'invalidité était de 10 %.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du SMR.

A cet égard, il convient de constater que, du point de vue rhumatologique, aucun avis médical au dossier ne remet en cause l'appréciation du SMR, soit les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une spondylose C4-C5, C5-C6 et d'une légère arthrose étagée des articulations postérieures, une uncarthrose débutante en C7, des lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une spondylose étagée, d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 et d'une légère arthrose des articulations

postérieures de L3 à S1, ainsi que les limitations fonctionnelles en découlant (rapport SMR p. 12 et 16).

La recourante se borne à contester la présence de nombreuses autolimitations, d'une amplification des symptômes et l'ignorance par l'expert de limitations spontanées en raison des douleurs lombaires. Elle ne conteste pas les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles constatées. Ainsi, même si les conditions dans lesquelles l'examen rhumatologique s'est, selon la description de la recourante, déroulé (procès-verbal d'audience du 25 juin 2018), lesquelles pourraient faire douter de la valeur probante de celle-ci, cette critique n'est pas suffisante, à elle-seule, pour remettre en cause les constatations et conclusions du rapport d'examen rhumatologique du SMR.

Il n'en est pas de même du volet psychiatrique du rapport du SMR. L'experte affirme d'emblée dans le status psychiatrique que les troubles mnésiques de la recourante doivent être intégrés dans un contexte de démonstrativité et d'amplification, lequel n'est cependant pas motivé ; elle explique que la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être retenue et correspond à un ressenti des douleurs supérieur à celui que ne laisserait supposer les lésions organiques sous-jacentes ; cette conclusion ne permet cependant pas de comprendre pourquoi les troubles mnésiques relèveraient d'une amplification des symptômes. Par ailleurs, l'experte mentionne une humeur moyennement abaissée, une nette diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une diminution de l'activité, de la concentration et de la confiance en soi ainsi qu'une attitude pessimiste face à l'avenir et des idées suicidaires. Elle souligne qu'il existe une dépression, laquelle n'est pas plus marquée le matin (rapport du SMR du 21 août 2017 p. 11). Elle relève que les Drs E_____ et O_____ ont retenu, en 2015, un diagnostic d'état anxio-dépressif grave et de trouble dépressif récurrent, moyen à sévère et que ce dernier a attesté d'un état de santé dramatiquement péjoré depuis 2011. Elle pose cependant le diagnostic de trouble dépressif actuel moyen, sans syndrome somatique et sans caractère incapacitant, en excluant un trouble dépressif récurrent au motif que la dépression chronique de l'humeur n'est pas suffisamment sévère ou les différents épisodes sont trop brefs, et cela malgré la reconnaissance d'un trouble thymique chronique évoluant depuis 2004 (rapport du SMR du 21 août 2017 p. 15 - 16).

Son appréciation du cas n'est ainsi pas convaincante. De surcroît, elle est clairement contestée par les avis du Dr E_____ et, en particulier, celui du Dr G_____, lesquels ont attesté de troubles psychiques incapacitants depuis à tout le moins 2011, d'abord à 100 %, puis à 50 % (avis des Drs E_____ des 4 novembre 2014, 25 février 2015 et 11 janvier 2016, et G_____ des 14 juillet 2011, 29 octobre 2014, 10 avril, 12 octobre 2015 et 20 janvier 2018).

Dans son dernier avis, le Dr G_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et traits de personnalité dyssociale ; il suivait la recourante depuis 2008 et avait constaté une amplification ces dernières années des souffrances

psychiatriques ; l'incapacité de travail de 50 % était motivée par la fatigabilité, le manque d'adaptabilité et l'incapacité à établir des relations de longue haleine avec des collègues.

Au vu de ce qui précède, le rapport psychiatrique du SMR du 21 août 2017 n'est pas entièrement probant, de sorte qu'une expertise judiciaire psychiatrique se justifie. Celle-ci sera confiée au docteur N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, chemin P_____ à Aigle.

Les questions complémentaires proposées par la recourante seront ajoutées à la mission d'expertise [IV. 14 c) ; IV. 15 bb) ; V dd)] ».

48. Le 19 décembre 2018, l'expert a rendu son rapport. Il a posé les diagnostics de F32.10 épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, Z73.1 traits de personnalité émotionnellement labiles et paranoïaques, F68.0 majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Les troubles psychopathologiques avaient débuté aux alentours de l'année 2008 et s'étaient progressivement renforcés pour aboutir au tableau clinique actuel.

Au vu du dosage plasmatique réalisé dans le cadre de l'expertise, on ne pouvait considérer que la compliance au traitement était bonne. Par conséquent, on ne pouvait définitivement affirmer que l'assurée souffrait d'une dépression résistante à toute thérapeutique, d'autant plus que des modifications de traitement pouvaient être envisagées.

Si l'on partait du principe que l'assurée n'avait pas bien évolué avec un traitement de mirtazapine, qui semblait avoir été prescrit depuis plusieurs années, des mesures auraient pu être mises en œuvre, à savoir initialement une augmentation de la posologie et, en cas de compliance correcte, un changement d'antidépresseur, voire une combinaison d'antidépresseurs (ou une autre stratégie de potentialisation). En l'état, il était impossible de conclure formellement dans le sens d'une dépression chronique et résistante, avant que la compliance de l'assurée ne fasse l'objet d'un suivi et que des mesures thérapeutiques ne soient, par voie de conséquence, proposées.

Un manque de compliance au traitement médicamenteux était actuellement probable. Un traitement médicamenteux régulier, accompagné de dosages plasmatiques, devrait être réalisé avant de conclure à l'inefficacité du traitement de mirtazapine. En cas de compliance correcte et d'absence de trouble du métabolisme (par ex. métabolisme rapide, qui diminuerait l'efficacité du traitement antidépresseur), une augmentation de posologie, un changement de molécule ou une combinaison d'antidépresseurs devrait être proposé à l'assurée avant de conclure dans le sens d'une dépression chronique et résistante au traitement. Vu que des perspectives thérapeutiques pouvaient être envisagées, on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

En tenant compte de la symptomatologie de l'assurée, des limitations fonctionnelles, des ressources et des facteurs de pondération, l'estimation actuelle allait dans le sens d'une capacité de travail de 50 %, depuis le rapport du Dr G _____ d'octobre 2014.

L'exigibilité était fixée à 50 % dans une activité adaptée. Cette activité devait tenir compte de la surdité de l'assurée, ce qui n'était pas spécifiquement psychiatrique, et de l'absence de formation professionnelle. Une petite équipe serait préférable à une grande structure, au vu de la personnalité de l'assurée, qui risquait d'être débordée si elle était soumise à trop d'interactions interpersonnelles.

49. Le 6 février 2019, l'OAI a estimé, en se référant à un avis du Dr Q _____ du SMR du 4 février 2019, que l'expertise judiciaire était convaincante, de sorte que l'assurée était reconnue incapable de travailler dans toute activité à 50 % depuis octobre 2014, à 100 % du 27 septembre au 26 décembre 2015 et à 50 % dès le 27 décembre 2015. Le degré d'invalidité était de 54,8 %, calculé sur la base d'un revenu sans invalidité en 2016 de CHF 54'517.- (fondé sur l'ESS 2014, TA1, femme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, à 100 %, indexé à l'année 2016) et un revenu d'invalidité de CHF 24'623.- (fondé sur l'ESS 2014, TA1, femme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2017, à un taux de 50 %, avec une déduction de 10 %, compte tenu de l'âge et des limitations fonctionnelles de la recourante).

Dans son avis du 4 février 2019, le SMR a indiqué que l'expert avait estimé que la capacité de travail était de 50 % mais susceptible de s'améliorer si l'assurée prenait son traitement antidépresseur. De plus, il estimait que la dépression n'était pas résistante car l'antidépresseur utilisé n'était pas à dose maximale et qu'un changement thérapeutique n'avait pas été effectué. Pour l'expert, le suivi psychiatrique et la prise du traitement antidépresseur étaient exigibles. L'expert ne se prononçait cependant pas sur la capacité de travail attendue à l'issue de l'exigibilité, c'était pourquoi le SMR souhaitait que l'expert puisse s'exprimer sur ce point. L'expert retenait donc une incapacité de travail de 50 % dès octobre 2014.

Le SMR pouvait suivre les conclusions de cette expertise que l'on pouvait retenir comme convaincante. La capacité de travail était de 50 % dans toute activité dès le 1^{er} octobre 2014 puis nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée du 27 septembre 2015 au 26 décembre 2015, puis de 50 % dès le 27 décembre 2015 dans une activité adaptée.

L'OAI a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 et d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.

50. Le 6 février 2019, la recourante a estimé que l'expertise avait pleine valeur probante, sous réserve du constat d'une probable absence de compliance au traitement. Son médecin traitant lui avait proposé de remplacer le Remeron par du Zoloft et elle avait cessé de prendre son traitement le 24 octobre 2018. Il n'y avait pas de modification du traitement qui permettrait une amélioration de son état de

santé. Par ailleurs, elle présentait d'importantes limitations fonctionnelles physique et psychiatrique, de sorte qu'il était irréaliste de retenir qu'il existait des possibilités de travail adapté ; elle n'était plus en mesure d'exploiter une capacité résiduelle de travail. Enfin, et subsidiairement, un taux d'abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité devait être opéré au vu de ses limitations fonctionnelles, de sa longue période d'éloignement du monde du travail et du taux partiel de travail seul possible.

Elle a joint un rapport du 5 février 2019 du Dr G_____ selon lequel, suite à des plaintes d'effets secondaires du Remeron de la part de l'assurée, probablement dus à une interaction médicamenteuse avec un traitement du médecin-généraliste, il avait proposé à l'assurée de remplacer le Remeron par du Zoloft, avec une fenêtre thérapeutique, après l'expertise psychiatrique ; il y avait eu un malentendu ; en principe l'assurée était toujours compliant ; une augmentation de la posologie avait été testée en 2016, mais abandonnée en raison d'effets secondaires.

51. Le 20 février 2019, la recourante s'est déterminée sur les nouvelles conclusions de l'OAI, en relevant que le rapport du Dr G_____ devait être soumis à l'expert et que la déduction sur le revenu sans invalidité devait être portée à 25 % pour également tenir compte des limitations physiques, liées à sa surdité, du taux de travail partiel reconnu et de l'éloignement du marché du travail. Pour le reste, elle s'est référée à son écriture du 6 février 2019.
52. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

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

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente, dès le 1^{er} avril 2016, étant constaté que le 6 février 2019, l'intimé a conclu à l'octroi à la recourante d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

6. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
7. 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; ATF 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).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 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.

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).

8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

9. 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 et 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.

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).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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).

e. Les rapports du SMR (art. 49 al. 3 RAI) ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

11. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité 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).

b. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 édité par l'Office fédéral de la statistique. 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).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail

d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

d. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

12. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du

travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

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). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit 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 totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit, consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

13. a. En l'occurrence, l'expertise judiciaire répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce que les parties admettent. Il convient ainsi de retenir que la recourante est capable de travailler dans une activité adaptée à son état de santé, à 50 % depuis le 1^{er} octobre 2014, puis totalement incapable de travailler du 27 septembre au 26 décembre 2015 et à

nouveau capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée dès le 27 décembre 2015.

L'intimé a retenu des limitations fonctionnelles, soit du point de vue physique :
épaule droite : pas d'activités au-dessus de l'horizontale, ports de charges au-delà de 1kg au-dessus de l'horizontale, mouvements répétitifs contre-résistance.
Colonne cervicale : activités au-dessus de l'horizontale, ports de charges répétitifs au-delà de 5kg, posture prolongée en flexion ou extension cervicale, mouvements répétitifs de flexion/extension ou rotation cervicales.
Colonne lombaire : marche au-delà d'une heure, position debout au-delà de trente minutes, ports de charges au-delà de cinq kilos, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion/extension ou rotation lombaires, position assise au-delà de deux heures.
Du point de vue psychiatrique : Plus sensible au jugement et à la critique, avec certaines distorsions dans l'appréhension de sa situation asséurologique, alors que le sens global des réalités est conservé. L'assurée a conscience de la réalité, mais elle a tendance à réaménager (distordre) celle-ci afin qu'elle corresponde à ses besoins, dans une dynamique de dramatisation. La capacité à gérer les affects et les impulsions est moyennement abaissée. L'intentionnalité est moyennement abaissée par la fatigabilité accrue qui découle des symptômes dépressifs (manque d'entrain et d'énergie inhérent au diagnostic de dépression). Ces altérations diminuent moyennement la capacité à gérer le quotidien et à travailler. Les capacités adaptatives et la flexibilité sont moyennement abaissées

b. Sur la base de l'expertise judiciaire, l'intimé a conclu à l'octroi en faveur de la recourante d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 et d'une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 55 % dès le 1^{er} avril 2016.

La recourante estime principalement qu'elle ne présente plus aucune capacité de travail sur le marché de l'emploi et, subsidiairement, qu'elle doit se voir appliquer un abattement de 25 % sur le salaire d'invalidé. Enfin, elle sollicite que l'expert judiciaire se prononce, après avoir pris connaissance du rapport du Dr G_____, sur les mesures thérapeutiques et la compliance au traitement.

14. a. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, on ne saurait suivre celle-ci lorsqu'elle estime qu'une capacité de travail de 50 % n'est pas exploitable sur le marché de l'emploi, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles et des concessions démesurées qu'un éventuel employeur serait tenu de faire en l'engageant.

En effet, s'agissant des limitations fonctionnelles physiques, l'intimé a retenu, selon l'avis du SMR du 4 février 2019, à juste titre qu'une activité permettant l'alternance des positions assise-debout, sans port de charges au-delà de 5 kg, ni activité au-dessus de l'horizontale, était exigible. Il convient d'ajouter à ces limitations celles reconnues par l'expert et liées à la surdité de la recourante, soit une activité qui doit s'exercer dans un endroit non bruyant. Du point de vue psychique, la recourante

présente une baisse moyenne de la capacité à planifier et structurer des tâches, une baisse moyenne de la flexibilité et des capacités d'adaptation, renforcée par la surdité, une baisse moyenne de la capacité de jugement, de prise de décision et de l'efficacité du raisonnement, une baisse moyenne de l'endurance et de la capacité d'intégrer des activités de groupe, une baisse moyenne à légère des capacités d'affirmation et du sens du contact envers des tiers. L'expert judiciaire a estimé qu'il existait un équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources (expertise judiciaire p. 17 - 18), et qu'une activité simple, compatible avec le bagage intellectuel de la recourante, au sein d'une petite équipe était exigible (expertise judiciaire p. 22).

Enfin, est exigible de la part de la recourante une activité simple dans une petite équipe, hors milieu bruyant, permettant l'alternance des positions assis-debout, sans port de lourdes charges, ni activité des bras au-dessus de l'horizontale.

La recourante était âgée de 53 ans au jour où sa capacité de travail a été reconnue de 50 % dans une activité adaptée, soit dès octobre 2014, comme attesté par le Dr R_____ le 29 octobre 2014 ; il s'agit du moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée (ATF 138 V 457). Or, la recourante ne réalisait pas les conditions auxquelles la jurisprudence admet généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (arrêts du Tribunal fédéral 9C 391/2017 du 27 novembre 2017 ; 9C 481/2017 du 1^{er} décembre 2017).

En l'occurrence, si l'âge de la recourante et les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire.

b. S'agissant de l'abattement qu'il est possible d'appliquer sur le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C 227/2017 du 17 mai 2018).

En l'occurrence, la recourante était déjà âgée de 54 ans au moment déterminant du droit à la rente, soit en octobre 2015. Elle a, de plus, uniquement exercé des emplois comme serveuse, avec peu d'années d'expérience, métier qui n'est plus adapté à ses limitations fonctionnelles. De surcroît, elle présente des limitations

fonctionnelles physiques qui n'ont pas été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle de 50 %, établie par l'expert judiciaire psychiatre. Dans ces conditions, un abattement de 10 % sur le salaire statistique apparaît trop faible et il se justifie de l'augmenter à 15 % (voir à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C 637/2014 du 6 mai 2015).

c. Enfin, la recourante requiert un complément d'expertise afin que l'expert judiciaire se prononce à nouveau sur sa compliance au traitement et l'opportunité d'une éventuelle modification de celui-ci, compte tenu des éléments fournis par le Dr G_____ dans son rapport du 5 février 2019.

Cependant, l'intimé a reconnu à la recourante un droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016, sans condition, notamment sans exigibilité de se soumettre à un traitement particulier (art. 21 LPGA). Il n'apparaît donc pas nécessaire d'interpeller l'expert judiciaire sur la question du bien-fondé de ses constatations relatives à la compliance de la recourante et à l'opportunité d'une modification de son traitement.

15. Il convient encore de calculer le degré d'invalidité de la recourante dès le moment où il est litigieux, soit dès le 1^{er} avril 2016.

L'année de référence est l'année 2016. A cet égard, le revenu d'invalidité a été à tort indexé à l'année 2017 par l'intimé (indice de 2719 pris en compte au lieu de l'indice 2709 valable pour l'année 2016). Compte tenu de cette rectification, le revenu d'invalidité est de CHF 54'517.-, soit un montant identique au revenu sans invalidité, également calculé sur la base du salaire statistique. Fixé sur la base d'un taux de 50 %, avec une déduction supplémentaire de 15 %, le revenu d'invalidité est finalement de CHF 23'170.-.

Au demeurant, le degré d'invalidité est de 57,5 %, arrondi à 58 %, soit $[(CHF\ 54'517 - CHF\ 23'170) : CHF\ 54'517]$.

Ce degré d'invalidité donne droit à une demi-rente d'invalidité.

16. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge

par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

En l'occurrence, une expertise judiciaire psychiatrique a été nécessaire, celle de la Dresse K_____ ayant été jugée comme non probante. En conséquence, il se justifie de mettre les frais d'expertise de CHF 5'525.- à la charge de l'intimé.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante 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]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 18 septembre 2017.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 5'525.- à la charge de l'intimé.
6. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- à la recourante, à charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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