

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/938/2019

ATAS/1177/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 décembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LES AVANCHETS, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS
DONZE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Christine LUZZATTO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____1963, divorcée depuis 2009 et mère de trois enfants, nés en 1986, 1989 et 1993.
2. À teneur de son curriculum vitae, elle a obtenu un CFC de coiffeuse en 1981 et a travaillé dans ce domaine jusqu'en 1983. Elle a ensuite été vendeuse en parfumerie, puis à la brocante du Centre social protestant (ci-après le CSP) en 2007 et dans une boutique de seconde main du CSP de 2010 à 2015.
3. À teneur d'un rapport établi le 4 avril 2013 par des médecins de la clinique genevoise de Montana, l'assurée a séjourné dans cette clinique du 11 au 25 mars 2013. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré. Elle avait été hospitalisée pour un soutien psychologique et un reconditionnement général. Lors de l'examen clinique d'entrée, il avait été constaté que l'assurée était orientée aux trois modes, avait une thymie triste, des angoisses et des troubles du sommeil, mais pas d'idées noires, ni suicidaires, ni d'éléments de la lignée psychotique. À la fin du séjour, une amélioration de sa thymie avec diminution des angoisses avait été objectivée. L'assurée avait bénéficié d'un soutien psychologique médico-infirmier ainsi que de séances de physiothérapie avec relaxation. Son traitement de Fluoxetine récemment introduit avait été poursuivi.
4. Par rapport du 17 mai 2016, des médecins de la clinique genevoise de Montana ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans cette clinique du 10 au 31 mars 2016. Le diagnostic principal était un trouble anxio-dépressif. L'assurée avait été hospitalisée pour un soutien psychologique, une antalgie et un reconditionnement. Selon l'examen clinique d'entrée, elle avait un bon état général, avec une mobilisation douloureuse de l'épaule droite, une limitation des amplitudes articulaires par la douleur, une thymie fluctuante, de l'anxiété, pas d'idées suicidaires, ni d'éléments de la lignée psychotique. Du point de vue psychologique, elle présentait une diminution de sa thymie avec des angoisses liées à des problèmes familiaux ainsi qu'aux douleurs chroniques. Le cadre rassurant et contenant de la clinique, l'éloignement des facteurs de stress, l'écoute active et les différentes activités thérapeutiques proposées avaient permis à l'assurée une amélioration de la thymie et une diminution de ses angoisses. Elle souhaitait avoir un suivi psychologique à sa sortie. Son traitement psychotrope habituel était reconduit.
5. À teneur d'une lettre de sortie du 8 juin 2016 du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), l'assurée a été hospitalisée pour des douleurs à l'épaule droite. Le diagnostic principal était une lésion massive de la coiffe des rotateurs droite, un conflit sous-acromial droit, une tendinopathie du long chef du biceps et une arthropathie acromio-claviculaire symptomatique. Le 27 mai 2016, elle avait subi une arthroscopie de l'épaule droite avec une ténodèse du long chef du biceps, une réparation de la coiffe des rotateurs entéro-supérieure, une acromioplastie latérale et une résection du centimètre externe de la clavicule

par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. L'intervention s'était déroulée sans complication et les suites opératoires étaient favorables. L'assurée était néanmoins hyperalgique avec une mobilisation du coude droit qui était difficile au premier jour post-opératoire. Au vu de l'évolution favorable, elle avait quitté le service le 1^{er} juin 2016. Elle devait porter une écharpe pendant six semaines. Elle était de ce fait incapable de travailler dès le 27 mai jusqu'au 8 juillet 2016 et pouvait reprendre le travail dès le 9 juillet 2016 à 100%.

6. À teneur d'une lettre de sortie du 9 novembre 2016 établie par des médecins du département de chirurgie viscérale des HUG, l'assurée a été hospitalisée du 24 octobre au 1^{er} novembre 2016 en raison de douleurs abdominales. Le diagnostic principal était une colite gauche. Elle avait fait l'objet d'une colonoscopie le 28 octobre 2016. En conclusion, la colite sigmoïdienne évoquait une étiologie médicamenteuse. Il y avait un aspect normal de la muqueuse colique au niveau des autres segments explorés sous réserve d'une préparation médiocre. Il n'y avait pas d'évidence de signe de chronicité. L'assurée avait été en incapacité totale de travail du 24 octobre au 13 novembre 2016.
7. L'assurée a demandé le 28 novembre 2016 à l'office de l'assurance-invalidité de canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) des prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'elle avait trop de problèmes psychiques et physiques depuis longtemps.
8. Le 24 janvier 2017, le Dr B_____ a indiqué avoir revu l'assurée, qui était à environ neuf mois d'une réinsertion de sa coiffe des rotateurs à droite. L'évolution était nettement favorable par rapport à la situation pré-opératoire. La gêne occasionnelle persistante était à son avis liée à un manque d'amplitude articulaire. Il avait donc conseillé à la patiente de s'étirer. Elle décrivait depuis un mois des douleurs qui étaient survenues sans notion de traumatisme à gauche. Cliniquement, les amplitudes étaient complètes et symétriques et la manœuvre de Job était positive à gauche. Il avait pu rassurer la patiente. Les douleurs qu'elle présentait risquaient de s'atténuer les prochaines semaines. Si tel n'était pas le cas, il préconisait la réalisation d'une arthro-IRM pour déterminer si des techniques de type trituration ou injection de facteurs de croissance pourraient l'aider à stimuler, voire à guérir cette petite lésion.
9. Dans un rapport établi le 5 avril 2017, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué avoir vu à quelques reprises l'assurée entre le 8 décembre 2015 et le 25 janvier 2016, puis deux fois en novembre 2016. Cette dernière se plaignait de rachialgies et surtout de lombalgies subaiguës et de douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie calcifiante. Elle présentait également un troisième doigt à ressaut à la main droite. Pour ses lombalgies, des anti-inflammatoires et de la physiothérapie lui avaient été prescrits. Concernant les lombalgies récidivantes, la patiente était limitée dans les travaux lourds et le port de lourdes charges. La Dresse C_____ ne savait pas quelles étaient les atteintes à la

santé qui avaient conduit la recourante à déposer une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

10. À teneur d'un rapport établi le 29 mai 2017 par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, celui-ci voyait régulièrement l'assurée pour de multiples atteintes à sa santé qui étaient l'expression de son ressenti douloureux, présent depuis son enfance, mais qui l'était devenu de plus en plus ces dernières années jusqu'à nécessiter des hospitalisations. Actuellement, la patiente se plaignait d'une incontinence urinaire, d'une rupture de la coiffe des rotateurs à droite et de douleurs multiples (abdominales, thoraciques, musculaires et articulaires, céphalées). Cliniquement, elle présentait un état anxio-dépressif de longue date pouvant s'exprimer parfois par un bégaiement ou l'apparition de nombreux tics. Elle exprimait sa souffrance par diverses comorbidités qui l'amenaient à consulter de nombreux spécialistes. Ces dernières années, elle avait en particulier souffert de troubles urinaires pour lesquels elle avait déjà subi trois interventions et une quatrième était en préparation. Le 27 mai 2016, elle avait été opérée d'une douleur à l'épaule droite, mais la douleur revenait à gauche. La patiente se rendait régulièrement aux urgences pour diverses douleurs.

Depuis 2007, le Dr D_____ n'avait jamais pu constater de véritable capacité de gain de la patiente. Lorsqu'il avait fait sa connaissance, elle travaillait dans un magasin de seconde main tenu par un organisme de charité. Cela avait été une expérience positive, soutenue par l'Hospice général, mais qui s'était terminée à la fin d'une période prédéterminée. Depuis, elle n'avait eu aucune activité professionnelle et bénéficiait de l'aide sociale. La patiente présentait un état dépressif si sérieux qu'il n'était pas compatible avec les contraintes d'un emploi. Elle avait une formation de coiffeuse mais n'avait jamais pratiqué ce métier. Elle ne disposait donc d'aucune formation particulière argumentant pour une capacité de travail.

11. Le Dr B_____ a indiqué à l'OAI le 27 octobre 2017 qu'il n'avait pas revu la patiente depuis janvier 2017 et qu'il ne pouvait pas répondre aux questions qui lui étaient posées à son sujet.
12. Dans un avis médical établi le 30 octobre 2017, la doctresse E_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a relevé que l'assurée avait été hospitalisée à deux reprises en réhabilitation à la clinique genevoise de Montana, mais qu'elle n'avait jamais été prise en charge en milieu psychiatrique spécialisé. Elle n'avait pas eu non plus de suivi psychiatrique ni de traitement psychotrope. Le Dr D_____ prenait en compte des facteurs extra-médicaux, comme le manque de formation et la difficulté à trouver un travail, dans l'évaluation de sa capacité de travail. Afin de connaître l'évolution de l'atteinte de l'épaule gauche et de l'incontinence urinaire, le SMR proposait de poser des questions complémentaires au Dr B_____ et à l'urologue de l'assurée.

13. Selon un rapport du 27 novembre 2017, l'assurée a séjourné du 21 au 24 novembre 2017 au service d'urologie des HUG pour « bandelettes sous-urétérale de fascia autologue-cystoscopie effectuées le 21 novembre, en raison d'une récurrence d'incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale post bandelettes sous-urétrales obstructives ». Une bonne évolution post-opératoire était constatée.
14. Dans un rapport final établi le 14 août 2018, le docteur F_____, médecin du SMR, considérait, en résumé, que l'assurée avait présenté des troubles sphinctériens et une pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite incapacitants avec persistance de limitations fonctionnelles incompatibles avec sa profession de coiffeuse, mais pas avec l'activité habituelle de conseillère de vente qui était raisonnablement exigible. La longue maladie avait débuté le 1^{er} janvier 2015. L'assurée avait été totalement incapable de travailler du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017. Sa capacité de travail était de 100% dès le 1^{er} janvier 2018 (un mois après la dernière intervention urologique) dans l'activité habituelle qui était adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : pas d'effort de soulèvement ni près du corps ni éloigné et pas de gestes au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas d'effort entraînant une compression abdominale et l'assurée devait avoir un accès facile aux toilettes.
15. Selon une note sur le statut établie le 14 août 2018, l'assurée avait indiqué, le 14 janvier 2011, envisager une activité avec un taux maximum de 80%. Elle était aidée par l'Hospice général depuis le 1^{er} janvier 2010. Selon les documents remis par l'Hospice général, elle avait exercé une activité à 80% dans la vente jusqu'au 30 novembre 2004. Il s'agissait de sa dernière activité rémunérée. Elle avait bénéficié de mesures de réinsertion en boutique auprès du CSP du 1^{er} juin 2010 au 30 mai 2015 à 50%. Selon toute vraisemblance, en bonne santé, elle aurait exercé une activité professionnelle. Par conséquent, le statut mixte était retenu (80% active - 20% ménagère).
16. Le 5 septembre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un projet d'acceptation de rente. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Le SMR lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle dès le 1^{er} janvier 2015 (début du délai d'attente d'un an) jusqu'au 31 décembre 2017. Dès le 1^{er} janvier 2018, l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. Dans la sphère professionnelle, son incapacité de gain se confondait avec son incapacité de travail de 100%. Dans sa situation, le degré d'empêchement dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur l'échelle de rente. Par conséquent, l'OAI n'avait pas effectué d'enquête à domicile. À la fin du délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} janvier 2016, elle présentait un degré d'invalidité de 80%, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. L'assurée avait demandé des prestations le 30 novembre 2016. Dès lors, le droit à la rente naissait le 1^{er} mai 2017

et il s'éteignait après une période d'amélioration constatée de trois mois, soit le 1^{er} avril 2018. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

17. Par décision du 7 février 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.
18. Le 8 mars 2019, l'assurée a formé recours contre la décision de l'OAI du 7 février 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à son audition, à l'annulation de la décision et à ce qu'il soit constaté qu'elle avait droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2017, avec suite de dépens.

Aucune expertise n'avait été sollicitée par l'intimé, qui ne s'était fondé que sur une détermination du SMR. Bien que ce service indiquait qu'elle avait été totalement incapable de travailler pendant trois ans consécutifs, il estimait qu'elle était apte à une reprise d'activité prenant en compte ses limitations fonctionnelles. Au vu de ses nombreuses limitations et de ses atteintes à la santé, tant physiques et que psychiques, l'avis du SMR ne prenait pas en compte sa réelle situation médicale. Les attestations médicales produites, notamment dans le cadre de l'instruction, établissaient à satisfaction de droit qu'elle se trouvait en incapacité totale de travail et qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité.

19. Par complément de recours du 8 avril 2019, la recourante a fait valoir que l'instruction de l'OAI avait été lacunaire. Les rapports médicaux récoltés faisaient état d'une prise de psychotropes nécessitée par son état de santé psychique. Or dans son premier avis médical, le médecin du SMR avait soutenu qu'elle n'avait pas d'atteinte sur le plan psychique, du fait qu'elle ne prenait pas de psychotropes et qu'elle n'avait pas de suivi auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue. Ces éléments, qui n'avaient pas été investigués, ne reflétaient pas sa situation, qui avait nécessité la prise de psychotropes et un suivi régulier auprès de son médecin traitant. Sur la base des appréciations de ce dernier, il n'était pas possible de retenir qu'elle n'avait aucune atteinte à sa santé psychique. En ne menant aucune investigation sur le plan psychique, alors même que des rapports médicaux étayés de la clinique genevoise de Montana lui avaient été transmis, l'OAI n'avait pas pris en compte son état médical. De ce fait, le dossier devait lui être renvoyé pour investigations supplémentaires. De plus, malgré l'intervention de novembre 2017, elle souffrait toujours d'une incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale. Sur ce point également, l'instruction de l'OAI était lacunaire et devait être complétée.

Sur le plan orthopédique, il était attesté qu'elle présentait une lésion massive de la coiffe des rotateurs droite, qui avait dû être opérée le 27 mai 2016 par le Dr B_____. Le 24 janvier 2017, ce dernier avait attesté d'une tendinopathie de l'épaule gauche nécessitant des investigations supplémentaires si la douleur était toujours présente. Elle continuait à souffrir de tendinopathie tant à l'épaule gauche qu'à l'épaule droite. Le Dr B_____ indiquait qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la demande de l'OAI concernant les suites de l'intervention par arthroscopie, dès lors qu'il ne l'avait pas revue depuis le 24 janvier 2017. Sur ce plan également,

l'instruction de l'OAI était lacunaire et ne permettait pas d'indiquer que sa situation était stabilisée.

Dans son rapport final du 14 août 2018, le SMR n'avait pas pris en compte le fait qu'après quatre opérations, elle continuait à souffrir d'incontinence urinaire. Son médecin traitant avait indiqué qu'elle se trouvait toujours en incapacité de travail à 100%. Sur le plan orthopédique, elle continuait à souffrir de douleurs dans les épaules, ce qui pourrait entraîner une nouvelle intervention chirurgicale. L'OAI et le médecin du SMR occultaient encore le fait qu'elle présentait un trouble dépressif récurrent, qui était attesté par son médecin traitant et les séjours qu'elle avait effectués auprès de la clinique genevoise de Montana. Elle souffrait d'un trouble dépressif et ressentait fréquemment des douleurs insupportables, notamment abdominales, qui l'avaient contrainte à se rendre aux urgences à plusieurs reprises. L'avis de son médecin traitant était très détaillé et, au vu de l'atteinte à la santé retenue par le médecin du SMR, il fallait retenir qu'elle n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative après le 31 décembre 2017 et qu'elle devait continuer à percevoir une rente d'assurance-invalidité au-delà de cette date.

20. Par réponse du 7 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. En l'absence de tout suivi spécialisé psychiatrique, on ne pouvait conclure à la présence d'une atteinte à la santé psychique incapacitante de la recourante. Comme l'avait relevé le SMR dans son avis du 14 août 2018, bien que l'assurée avait été hospitalisée à deux reprises en réhabilitation dans la clinique genevoise de Montana, elle n'avait jamais été prise en charge en milieu psychiatrique spécialisé et n'avait pas de suivi psychiatrique, ni de traitement psychotrope. Par ailleurs, le Dr D_____ avait pris en compte des facteurs extra-médicaux comme le manque de formation et la difficulté à trouver un travail dans l'évaluation de la capacité de travail.

Sur le plan orthopédique, le SMR avait pris en considération, dans ses avis des 24 janvier 2017 et 14 août 2018, le fait que le Dr B_____ avait décrit une évolution nettement favorable par rapport à la situation pré-opératoire. Sur le plan urologique, le SMR avait tenu compte du fait que l'assurée présentait une incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale et qu'elle avait été opérée à quatre reprises, la dernière fois le 27 novembre 2017, avec des suites postopératoires simples.

En résumé, le SMR considérait que l'assurée avait présenté des troubles sphinctériens et une pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite incapacitants et qu'actuellement, il persistait des limitations fonctionnelles incompatibles avec la profession de coiffeuse, mais pas avec l'activité habituelle de conseillère de vente, qui était exigible. Au vu de ce qui précédait, on ne pouvait reprocher à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire du dossier, au seul motif que le médecin traitant avait une opinion différente sur la capacité de travail de la recourante. L'atteinte à la santé n'était pas seule déterminante et ne devait être prise en considération que dans la mesure où elle entraînait une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assurée, ce qui n'était pas le cas en

l'espèce. Les éléments apportés ne permettaient pas à l'intimé de faire une appréciation différente du cas.

21. Le 27 mai 2019, la recourante a fait valoir que l'avis du 14 août 2018 du SMR se fondait sur un état de fait erroné, retenant qu'elle n'avait pas de traitement psychotrope. Or, comme son médecin traitant en avait attesté, elle souffrait de dépression et avait dû effectuer plusieurs séjours auprès de la clinique genevoise de Montana sur indication de ce dernier. Les attestations médicales contenues dans le dossier démontraient qu'elle souffrait de dépression depuis plusieurs années. Actuellement, elle avait débuté un suivi auprès d'un psychiatre. Une série de consultations psychothérapeutiques préliminaires avant la formulation d'un projet de soins psychiques auprès du centre médico-psychologique du docteur Palmyr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait été entamée depuis le 21 mars 2019. Ce psychiatre attestait actuellement de consultations médico-psychologiques régulières, à raison d'une fois par semaine, avec lui-même et la psychologue, Madame G_____.

L'avis du médecin du SMR, qui n'était pas spécialisé en psychiatrie, allait à l'encontre des éléments médicaux transmis par la recourante qui attestaient de la prise de psychotropes et d'un diagnostic posé de dépression. Si le médecin du SMR contestait l'avis médical du médecin traitant, il aurait dû solliciter une expertise psychiatrique pour exclure toute atteinte psychique. Il ne s'agissait pas, comme semblait le soutenir l'intimé, d'avoir une opinion divergente sur la capacité de travail entre le médecin du SMR et le médecin traitant. Son médecin traitant, le Dr D_____, posait le diagnostic de dépression et de douleurs multiples. Dès lors, le diagnostic de fibromyalgie aurait dû être investigué par l'intimé.

Sur le plan rhumatologique, la recourante était suivie par la Dresse C_____. Celle-ci avait répondu à une demande de l'intimé le 5 avril 2017, mais aucun questionnaire médical ne lui avait été adressé sur son état de santé. Cette rhumatologue avait seulement indiqué qu'elle ne savait pas quelles étaient les atteintes à la santé qui avaient conduit la recourante à déposer une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Elle avait uniquement discuté des lombalgies récidivantes. La recourante avait consulté un autre spécialiste en rhumatologie le 25 mars 2019, le docteur H_____. Ce dernier attestait de son traitement médicamenteux actuel. Elle poursuivait la prise de psychotropes, d'un antidépresseur et d'un anxiolytique.

La recourante avait été, sur demande de l'Hospice général, contrainte de faire un bilan de capacité auprès des Établissements publics pour l'intégration pour les personnes en difficulté d'insertion (ci-après les ÉPI). Cette observation s'était déroulée sur huit semaines avec une participation aux ateliers, des animations de groupe et des entretiens individuels, et s'était terminée le 27 mai 2019. Elle n'avait pas encore reçu le rapport des ÉPI, mais selon les informations transmises par le Dr D_____, le coach de la recourante lors de cette mesure aux ÉPI estimait qu'elle

était incapable de reprendre un travail pour des raisons médicales (courrier du Dr D_____ du 27 mai 2019).

La recourante persistait à indiquer que les avis médicaux du SMR étaient lacunaires, qu'ils ne tenaient pas compte de sa situation de santé et qu'une expertise médicale était nécessaire. La rente d'invalidité octroyée devait être prolongée pour une durée indéterminée. À titre subsidiaire, la recourante sollicitait le renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction et expertise pluridisciplinaire.

La recourante a produit avec son écriture :

- un rapport établi le 20 mai 2019 par le Dr I_____ et Mme G_____ certifiant que la recourante était venue pour une série de consultations psychothérapeutiques préliminaires avant la formulation d'un projet de soins psychiques au sein de leur centre médico-psychologique depuis le 21 mars 2019. Ils avaient constaté que l'état dépressif de la recourante était étroitement lié aux multiples traumatismes somato-psychiques vécus par le passé, qui étaient une source indéniable d'une souffrance morale bien marquée. Les consultations médico-psychologiques de la recourante s'effectuaient régulièrement, à raison d'une fois par semaine en moyenne ;
- un rapport établi par le Dr H_____ le 20 avril 2019 indiquant qu'il ressortait de l'examen clinique la présence de 11/18 points de fibromyalgie douloureuse à la palpation. Le tableau clinique actuel évoquait une très probable fibromyalgie associée à un status après une chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec des signes de tendinopathie du moyen fessier gauche. Il y avait également une limitation de la mobilité cervicale et lombaire avec un bilan radiologique révélant des lésions dégénératives pouvant expliquer cette limitation. Il n'y avait actuellement pas d'argument pour d'autres diagnostics permettant d'expliquer les douleurs. La patiente savait qu'il n'y avait pas de traitement permettant de supprimer les douleurs. Il pouvait lui être proposé des séances de physiothérapie et de mobilisation générale en eau chaude lors de poussées douloureuses. Pour le reste, il était important d'adopter des mesures d'hygiène de vie comportant notamment des exercices réguliers, comme par exemple de la marche quotidienne. Si elle devait développer des nouveaux éléments, tels que des réveils nocturnes dus à des douleurs, des tuméfactions articulaires, une raideur matinale prolongée, la patiente devrait revenir le voir pour une nouvelle évaluation. Elle avait bien sûr, comme tout le monde, la possibilité de développer une autre maladie rhumatismale en dehors du tableau de fibromyalgie ;
- un courriel adressé par le Dr D_____ au conseil de l'assurée le 27 mai 2019, dont il ressort que cette dernière terminait le même jour son évaluation aux ÉPI. Elle aurait un premier rapport oral le 5 juin et un rapport écrit le 20 juin. Il en ressortait déjà qu'elle s'était engagée au mieux dans cette évaluation en montrant sa motivation et en accomplissant quasiment toutes les tâches. Son

coach estimait cependant qu'elle était incapable de reprendre un travail pour des raisons médicales liées à sa détresse. Elle devrait obtenir ces prochains jours un rapport psychiatrique de Mme G_____.

22. Le 24 juin 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans le bilan du stage effectué auprès des ÉPI établi le 5 juin 2019, qui concluait qu'au vu des difficultés physiques et psychiques qu'elle présentait, elle était actuellement totalement incapable de se réinsérer professionnellement. Seule une activité de quelques heures par semaine adaptée à son état de santé pouvait être envisagée. Elle avait démontré sa motivation, son engagement et sa volonté de réussir le stage en respectant les règles et en établissant des relations agréables avec la hiérarchie et les autres stagiaires. Elle avait évoqué des maltraitances subies qui avaient influencé le cours de sa vie et avait récemment commencé une psychothérapie pour travailler sur la dimension d'agressions et de violences subies. Elle se trouvait au début d'un long travail de reconstruction et de reprise de confiance en elle et les autres. Pour toutes ces différentes raisons, une réinsertion professionnelle n'était pas envisageable actuellement.

Les éléments qui facilitaient son retour à l'emploi étaient :

- un potentiel d'apprentissage qui se situait au niveau CFC ;
- une qualification de base acquise (français, calculs, etc.) ;
- des compétences professionnelles présentes, en dehors des épisodes de douleur accrue ;
- une lucidité et une pertinence cognitive ;
- sa dynamique personnelle (motivation, volonté de bien faire, caractère relationnel agréable).

Les éléments qui rendaient difficile la réinsertion socioprofessionnelle étaient :

- l'impact de la situation personnelle et familiale (maltraitances subies, perte de confiance, moral personnel très bas) ;
- sa situation durable de non emploi salarié (14 ans) ;
- les très nombreuses opérations subies, arrêt maladie, chômage, Hospice général ;
- les nombreux problèmes de santé physique qui ne lui permettaient pas de reprendre son ancien métier de coiffeuse et la limitaient extrêmement au niveau de tout projet professionnel; fibromyalgie; calcifications; hernie cervicale et discale; hernie crurale opérée en 2005; maux de tête; acouphènes depuis 20 ans; quatorze opérations subies depuis 2001 avec douleurs postopératoires; beaucoup moins de souplesse dans tout le corps; arthrose dans les hanches, le bas du dos, les mains et la nuque; début d'arthrite; problèmes de sciatique fréquents qui duraient quatre à six jours; douleurs dans les pieds; obligation de prendre trois médicaments par jour (Fluctine, Temesta et Ponstan) ;
- problèmes de santé psychologique ;

- endettement, budget difficile à gérer ;
- résignation au niveau d'un projet professionnel en pensant aux exigences d'un futur employeur auxquelles elle ne pourrait pas faire face à cause de ses problèmes de santé physique et psychique.

Vu les nombreuses difficultés physiques et psychologiques qui handicapent l'assurée, aucun ciblage de secteur d'activité ou de type d'entreprise n'avait pu être effectué. À l'entrée en stage, les intérêts de l'assurée avaient porté sur le domaine social et le métier de fleuriste.

23. Lors d'une audience du 18 décembre 2019, la recourante a déclaré à la chambre de céans : « J'ai demandé des prestations de l'assurance-invalidité, car mon assistante sociale constatait que j'allais trop chez le médecin. J'explique que j'ai eu quatorze opérations depuis 2005 avec un impact psychique et physique. J'ai été opérée sept fois de la vessie sans guérison, mais cette atteinte est moins invalidante maintenant grâce à ma dernière opération (...). L'OAI estime que je pourrais travailler, mais ce n'est pas le cas selon moi, car si je me baisse ou si je porte des charges, j'ai comme des électrochocs à droite dans l'aine. J'ai également une hernie ombilicale, deux hernies crurales et je n'ai plus d'utérus depuis 2005. La hernie crurale de droite me cause des douleurs qui lancent dans la jambe si je marche trop (...). Je n'ai pas mal tout le temps. Cela dépend de mes positions. Je ne pourrais pas faire une activité assise à cause de la fibromyalgie, qui a été diagnostiquée par le Dr H_____ en mars 2019. J'ai 11 points sur 18. J'ai été opérée à l'épaule en 2016. Je ne peux pas lever le bras droit mais je peux l'utiliser sinon. J'ai été opérée du nez, car je ne pouvais plus respirer à cause de ma cloison nasale. Maintenant c'est pire qu'avant. Je fais souvent des sinusites et je dois me moucher sans arrêt. Si je me baisse, ça coule comme de l'eau. J'ai été opérée à la main droite pour un doigt à ressaut. J'ai une inflammation qui me handicape toute la main. Je peux faire le ménage, mais en trois jours (aussi à cause de la fibromyalgie) et j'ai des difficultés à prendre ma douche et à me laver la tête (également à cause de l'épaule). J'ai fait une IRM cérébrale. J'ai un kyste qui grossit. J'ai rendez-vous avec un neurologue en janvier à ce sujet. Je suis suivie par un nouveau psychiatre, le docteur J_____, depuis une semaine, qui a l'air mieux que les précédents. Pendant longtemps, j'ai été suivie par mon généraliste, le Dr D_____, sur le plan psychologique. C'est lui qui m'a envoyée deux fois à la clinique de Montana. Je le voyais une fois par semaine pendant une heure et nous parlions notamment de mon enfance et surtout de mon mariage. J'ai été une femme battue. Je suis séparée depuis 2007 et divorcée depuis 2009. Mes problèmes psychiques ont commencé en 1997, lorsque mon mari m'a trompée avec ma meilleure amie. C'est là que j'ai commencé à prendre des médicaments, antidépresseurs et somnifères. À l'époque, j'étais suivie par un généraliste, le Dr K_____, qui a constaté les bleus, car j'ai reçu un coup de poing en 2003. En 1997, je ne travaillais pas et j'élevais mes trois enfants. J'ai repris un travail en 1998 pour pouvoir le quitter. Les coups ont commencé en 2001. Je n'ai jamais arrêté les antidépresseurs. Ils m'ont été prescrits notamment par le

Dr D_____. J'ai vu pendant un an un psychiatre, le Dr L_____, en 2001 sauf erreur, qui m'a été recommandé par le Dr K_____. Mon mari m'a ordonné de cesser ce suivi. En 2012, en raison de la ménopause, je n'ai pas dormi pendant des mois, car j'avais des bouffées de chaleur fréquentes. Le Dr D_____ m'a prescrit du Temesta. J'avais cessé de prendre des somnifères en 2011, en raison des effets secondaires. Je n'aurais pas dû, car je me suis sentie plus mal ensuite. J'étais en grave dépression, raison pour laquelle le Dr D_____ m'a envoyée à Montana. Ensuite, je ne me suis pas sentie vraiment mieux. J'ai continué le Temesta dont j'ai doublé la dose. Je suis toujours sous Temesta 2,5 mg au lieu de 5, car mon médecin (le Dr J_____) veut me faire arrêter ce médicament pour essayer autre chose. J'ai eu une nouvelle hospitalisation à Montana en mars 2016. Je ne me sentais pas bien, car j'avais été harcelée par un ex-copain. À Montana, j'ai revu mon ex-meilleure amie, avec laquelle mon ex-mari m'avait trompée, de sorte que mon séjour a dû être prolongé d'une semaine. Je me sentais un peu mieux en sortant, mais de vieux souvenirs sont réapparus et j'ai continué à en parler avec le Dr D_____. Pour moi, c'était comme un psychiatre. Il ne m'a jamais recommandé d'aller en voir un. Je n'ai pas vu longtemps le Dr I_____, car je ne me suis pas entendue avec. Il voulait me voir seulement une fois par mois, ce qui ne me convenait pas. Je voyais en parallèle Mme G_____ toutes les semaines et je continue ce suivi. Je vois encore tous les 15 jours le Dr D_____, mais je n'ai plus de suivi psychologique avec lui. J'ai vu ensuite la psychiatre M_____ dès juin 2019 tous les mois pendant cinq ou six mois jusqu'à ce que ma psychologue travaille avec le Dr J_____. La Dresse C_____ ne m'a jamais fait les tests pour savoir si j'avais de la fibromyalgie. Pour ma part, je pensais que j'en souffrais, suite à une conversation avec une amie qui en souffre. Je ne sais pas ce que c'est exactement, mais cette amie m'a dit que mon état correspondait à ce qu'elle avait. Je dois me faire traiter par le psychiatre, car j'ai des tics faciaux. J'ai réussi à me débarrasser d'un autre tic. Je tournais la tête tout le temps vers la droite. Le matin, je prends 30 minutes pour me lever. J'ai un réveil difficile en raison du Temesta et de la fibromyalgie. Je ne peux pas prendre de Dafalgan, car je suis allergique. J'ai des maux de tête pratiquement tout le temps. Je mange vers 14h, car je n'ai pas faim auparavant. Je fais le ménage en trois jours dans mon cinq pièces tranquillement. C'est compliqué de passer l'aspirateur à cause ma main et à cause du dos. J'ai beaucoup d'arthrose et de calcifications. Je me suis cassé le coccyx en 2010. De ce fait, j'ai de la peine à rester longtemps assise. Je dois me lever. Je sors une demi-heure par jour pour marcher un peu. Je m'occupe de mes deux chats et des fleurs sur mon balcon l'été. Je lis, je regarde un peu la télévision, je fais des mots fléchés et des mots croisés pour exercer ma mémoire. J'oublie les choses que je dois faire, même d'aller chez le médecin. J'évite de faire la sieste pour mieux dormir la nuit. J'ai trois amies fixes que j'appelle tous les deux jours et que je vois rarement. Le problème est financier. Je ne sais pas où aller en hiver. L'été on peut se promener au bord du lac. Je vois de temps en temps mes enfants. Je suis perturbée par les problèmes de mes enfants, de santé et surtout financiers ».

24. Par ordonnance du 2 avril 2020 (ATAS/258/2020), la chambre de céans a confié une mission d'expertise psychiatrique au docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, considérant qu'il ressortait des pièces du dossier que l'assurée souffrait d'une atteinte sur le plan psychique qui n'avait pas fait l'objet d'une instruction suffisante par l'intimé pour déterminer si cette atteinte était incapacitante.
25. Dans son rapport d'expertise du 8 juillet 2020, le Dr N_____ a indiqué en introduction que la recourante avait recouru contre une décision de l'intimé qui avait rejeté sa demande de prestations faute d'atteinte à sa santé physique et psychique. Le but de l'expertise était d'évaluer l'état de santé psychique de l'expertisée pour établir s'il existait ou avait existé dans le passé des limitations de la capacité de travail dues à son état de santé psychique et si des mesures de réadaptation étaient envisageables. L'expert a résumé les pièces du dossier et mentionné dans ce contexte que le 7 février 2019, l'intimé avait octroyé une rente complète à l'assurée, limitée à la période du 1^{er} mai 2017 au 31 mars 2018. Il a également résumé le bilan de stage aux ÉPI du 8 avril au 31 mai 2019, relevant que celui-ci concluait à une incapacité entière de la recourante à se réinsérer professionnellement à l'heure actuelle. L'expert a également résumé son entretien téléphonique avec le Dr J_____ du 24 juin 2020. Ce dernier voyait l'expertisée depuis décembre 2019 une fois par mois et la psychologue psychothérapeute une fois par semaine. Interrogé sur son appréciation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, le Dr J_____ avait répondu qu'il lui était difficile de se prononcer, car les plaintes étaient avant tout d'ordre somatique (handicap au niveau des mains, douleurs).

Sous histoire personnelle, l'expert a mentionné, notamment, que les parents de l'expertisée étaient en conflit durant son enfance. Elle pensait que cela était lié à la consommation d'alcool de son père. Elle n'avait jamais vu son père frapper sa mère, ni constaté de blessures chez elle bien que sa mère se plaignait du fait que son mari la frappait. La scolarité obligatoire s'était bien passée et l'expertisée avait eu de bonnes relations avec ses pairs et les enseignants. Elle avait toutefois eu quelques problèmes avec des camarades qui se moquaient d'elle parce qu'elle bégayait. Elle avait résolu ce problème quand elle avait commencé son apprentissage en s'exerçant à parler seule distinctement.

L'expert a indiqué, s'agissant des activités professionnelles qu'avait exercées l'expertisée, qu'elle avait travaillé trois ans dans son métier de coiffeuse, puis qu'elle avait quitté le dernier employeur, car elle devait faire beaucoup d'heures supplémentaires non rémunérées. Après une période de chômage, elle avait trouvé un emploi de vendeuse en parfumerie qu'elle avait exercé à plein temps pendant trois ans, jusqu'en 1986, naissance de sa première fille, puis à 50 % jusqu'en 1989, naissance de sa seconde fille. En 1989, elle avait arrêté de travailler pour s'occuper de ses enfants, qui avait été au nombre de trois à partir de 1993. En 1998, elle avait réintégré le marché du travail pour des raisons financières, son mari ayant perdu

son emploi aux SIG. Elle avait trouvé un emploi de vendeuse en parfumerie qu'elle avait exercé à 40% pendant six mois, puis à 80% pendant cinq mois et demi avant d'être licenciée en 2004 pour motif économique. À partir de 2004, elle n'avait plus exercé d'activité lucrative. Après deux ans de chômage, s'étaient ajoutées des périodes d'arrêts maladie en raison de diverses interventions chirurgicales. L'expertisée avait travaillé pendant quelques mois en 2007 à 80% comme vendeuse dans la boutique du CSP. Entre 2010 et 2015, elle avait à nouveau travaillé pour le CSP à mi-temps, cette fois placée par l'Hospice général avec une rémunération symbolique. En 2015, elle avait arrêté cette activité, car, selon ses dires, elle avait été beaucoup absente durant les trois dernières années à cause de ses douleurs et de plusieurs opérations et l'assistante sociale de l'Hospice général lui avait fait arrêter cette activité. Depuis 2015, elle n'avait pas exercé d'activité lucrative ou non. Pour le futur, elle ne se voyait pas en mesure de reprendre une activité en raison de l'importance et de la multiplicité de ses douleurs (colonne, nuque, main, tête, etc.).

L'expertisée avait déclaré, s'agissant de sa vie sociale et affective, qu'à l'adolescence, elle avait réussi à repousser à deux reprises les tentatives de garçons qui voulaient la forcer à l'embrasser pour l'un et à avoir des relations sexuelles pour l'autre. Sa relation conjugale s'était dégradée en 1997, en raison d'une relation extraconjugale de son mari. Celui-ci avait été en arrêt maladie de longue durée pour des problèmes de dos et la relation conjugale était devenue exécrationnelle. Il avait commencé à vouloir empêcher l'expertisée de dormir pour parler avec elle ou à exiger des relations alors qu'elle n'en voulait pas. Il la menaçait de violences physiques graves. En 2006, la violence avait cessé, lorsque l'expertisée avait demandé à son mari de quitter l'appartement familial, ce qu'il n'avait fait qu'en 2008, dans le cadre de mesures de séparation initiée par l'expertisée. Le divorce était intervenu en 2009. Les relations entre l'expertisée et son ex-mari s'étaient apaisées et leurs enfants avaient gardé un contact régulier avec leur père.

Sous « Discussion », l'expert a indiqué que l'expertisée avait demandé des prestations de l'assurance-invalidité en 2016 et que sa demande avait été rejetée par l'OAI en 2018, faute d'atteinte somatique ou psychiatrique incapacitante. Il a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) présent depuis de nombreuses années et documenté depuis 2013 (séjour à la clinique genevoise de Montana). Il s'agissait d'une affection qui, selon la CIM-10, était de gravité relativement mineure et se rencontrait plutôt en médecine de premier recours qu'en soins psychiatriques spécialisés.

L'expert a relevé qu'un trouble dépressif récurrent avait été retenu par la clinique de Montana et le Dr J _____ et a motivé en détail les raisons pour lesquelles il ne retenait pas ce diagnostic.

Pour l'expert, le degré de gravité du trouble anxieux et dépressif mixte était léger. Il n'y avait pas une nécessité impérieuse de prise en charge spécialisée, ni de répercussions significatives sur la capacité de l'assurée à gérer son quotidien en termes d'adaptation. Cette opinion était fondée sur le caractère mineur de

l'altération et sur le comportement manifesté lors de l'expertise, qui était tout à fait adapté et adéquat. L'expérience de la vie de l'expertisée, ses compétences professionnelles, son intelligence ainsi que la présence d'un réseau familial et social limité mais proche constituaient des ressources mobilisables pour elle. Il n'y avait pas de limitations d'ordre psychiatrique des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien. Il pouvait y avoir quelques gênes mineures et passagères dans le fonctionnement social et professionnel en relation avec le trouble diagnostiqué, mais sans impact significatif sur la gestion du quotidien ou la capacité de travail. Il n'y avait pas d'exagération des symptômes. Le fait que les manifestations dépressives et anxieuses restaient au niveau subjectif sans atteindre le degré objectif était en accord avec le diagnostic retenu. L'assurée avait suivi un traitement de longue durée par tranquillisants et antidépresseurs, sans changement notable de l'état psychique. La compliance au traitement semblait bonne, y compris pour ce qui était de l'observance du traitement antidépresseur, selon la mesure du taux sanguin du médicament. Les traitements avaient toujours été suivis par l'expertisée selon les données disponibles. Elle était retirée de l'activité professionnelle depuis de nombreuses années. Sur le plan social, elle disait avoir toujours été casanière. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan professionnel du fait de l'affection psychique diagnostiquée.

Pour ce qui était des tics, l'expert n'en avait pas observé pendant la durée de son examen (3 heures) alors qu'il s'agissait d'une situation représentant un facteur de stress social. Le Dr J_____ lui avait déclaré ne pas en avoir constaté lui-même, mais que sa collaboratrice psychologue en avait vus occasionnellement. En l'état, ce phénomène ne paraissait pas suffisamment envahissant pour faire retenir le diagnostic de tic moteur ou vocal chronique (F 95.1). L'étiologie, de même que le bruxisme signalé par le Dr O_____, étaient probablement à ranger parmi les symptômes anxieux.

Selon les données du dossier, certaines douleurs avaient un substrat organique et d'autres pas, ce qui avait conduit le Dr H_____ à retenir le diagnostic de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas depuis la résolution du conflit conjugal en 2009 de conflit émotionnel grave ou de problème psychosociaux sévères pouvant justifier le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent apparaissait dans les résumés de séjour à la clinique de Montana de 2013 et 2016 et dans le rapport du Dr J_____. Ce diagnostic impliquait que le sujet ait souffert d'au moins deux épisodes dépressifs, au sens de la CIM-10, séparés par des périodes de rémission complète des symptômes dépressifs. En l'occurrence, il était possible que l'expertisée ait présenté un véritable épisode dépressif en 1997 lors du début de son conflit conjugal, ou plus récemment, après le décès de sa mère en 2017, ou celui de son ami en 2018. Il était toutefois difficile de l'affirmer avec un degré de vraisemblance suffisant, car les rapports disponibles ne contenaient pas de description précise de l'état psychique

de l'expertisée ni de données sur les dates et durées des épisodes en question et sur les périodes de rémission. Il en allait de même pour les rapports établis par les Drs D_____ le 29 mai 2017 et I_____ le 20 mai 2018, qui retenaient un diagnostic non standard d'état anxio-dépressif ou d'état dépressif, sans préciser les signes et symptômes qui le justifiaient. Il n'était donc pas possible de se faire une idée précise du degré de gravité des symptômes dépressifs dans le passé. L'ensemble des données disponibles et celles de l'examen de l'expert suggéraient plutôt l'existence d'un tableau anxieux et dépressif d'intensité modérée s'étendant sur de nombreuses années, sans période de rémission complète repérable. L'expert était d'accord avec l'appréciation du Dr D_____ sur l'existence d'un trouble anxio-dépressif de longue date, mais pas sur le degré, qu'il estimait pour sa part léger. L'affirmation du Dr D_____ selon laquelle l'état dépressif de l'expertisée était si sérieux qu'il n'était pas compatible avec les contraintes d'un emploi n'était pas fondée sur une description précise de l'état clinique justifiant des limitations d'une telle importance et ne correspondait pas aux constatations de l'expert. L'affirmation selon laquelle le Dr D_____ n'avait jamais pu constater de véritable capacité de gain depuis 2007 laissait supposer l'existence d'une atteinte psychique sévère et durable. Or, l'expert n'avait pas constaté une telle atteinte et le Dr D_____ n'en décrivait pas les caractéristiques cliniques. Si l'expertisée avait vraiment souffert d'une dépression sévère au point d'être totalement et durablement incapacitante, des séquelles objectives devaient être visibles, ce que l'expert n'avait pas constaté.

S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail à l'heure actuelle, l'expert considérait que le trouble anxieux et dépressif mixte pouvait diminuer un peu l'énergie disponible et la motivation, mais pas altérer durablement la capacité de travail. Il en allait de même pour la composante anxieuse qui pouvait diminuer légèrement la confiance en soi, mais sans impact sur la capacité de travail. En conclusion, sur le plan strictement psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles durables ayant un effet sur la capacité de travail.

Au vu des données disponibles, l'état psychique actuel était présent, avec des fluctuations temporaires, depuis de nombreuses années. Il était documenté depuis 2013, mais avait débuté en 1997, selon l'anamnèse. Il n'y avait pas d'évidence documentée qu'à un moment donné l'état psychique se serait aggravé au point de justifier une incapacité de travail d'une certaine durée. Les arrêts de travail prescrits depuis une quinzaine d'années l'avaient été pour divers motifs somatiques.

L'expert a ensuite procédé à une appréciation médicale concernant les critères juridiques de gravité en lien avec la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles somatoformes et qui étaient également applicables aux atteintes psychiques. S'agissant du critère du succès du traitement ou de la résistance à cet égard, il relevait que le trouble de la recourante était chronique, présent depuis des années, et qu'il n'y avait guère eu d'évolution depuis le début du traitement par le médecin généraliste plus de dix ans auparavant et par le psychiatre depuis un an. Le

trouble anxio-dépressif ne constituait pas la plainte principale de l'expertisée. Ses plaintes principales étaient des douleurs diverses et des gênes fonctionnelles (mains, vessie notamment). Elle avait fait un stage d'évaluation aux ÉPI en 2019, qui avaient conclu à l'impossibilité d'une réinsertion dans la vie professionnelle pour des motifs physiques avant tout. S'agissant du complexe de la personnalité, l'expert relevait une certaine fragilité de l'estime de soi, sans pathologie de la personnalité à proprement parler. S'agissant du contexte social, l'expertisée était divorcée et vivait seule. Elle avait des contacts réguliers avec ses trois enfants, même si elle les voyait peu, et avait deux amies proches avec lesquelles les relations étaient étroites.

S'agissant du critère de limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, l'expert indiquait que les limitations d'ordre proprement psychiatrique étaient objectivement peu importantes. Les limitations alléguées étaient d'ordre physique principalement et semblaient plus marquées sur le plan professionnel (activité lucrative interrompue depuis 2005) que sur le plan social et personnel.

S'agissant du poids des souffrances, l'expertisée avait beaucoup et régulièrement consulté des spécialistes, notamment des chirurgiens, depuis de nombreuses années. Elle avait consulté en psychiatrie depuis 2019 après que l'intimé avait relevé qu'il n'y avait jamais eu de traitement spécialisé. Elle disait avoir consulté un psychiatre brièvement dans le contexte du conflit avec son ex-mari, mais qu'elle aurait mis fin à ce traitement à la demande de celui-ci.

26. L'intimé a considéré le 31 juillet 2020 que l'expertise du Dr N_____ était convaincante et a maintenu en conséquence ses conclusions.
27. La recourante a estimé le 28 août 2020 que l'expertise judiciaire ne pouvait se voir accorder de valeur probante, car elle se fondait sur une anamnèse erronée du dossier. En effet, l'expert indiquait que sa demande de prestations avait été rejetée par l'intimé en 2018, faute d'atteinte somatique ou psychiatrique incapacitante. Or la décision contestée lui avait reconnu le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps. Sous le paragraphe « Discussion » de son expertise, l'expert avait à nouveau indiqué que la demande de prestations avait été rejetée en 2018, faute d'atteinte somatique psychiatrique incapacitante. Se fondant sur un état de fait totalement erroné, l'expertise ne pouvait se voir accorder de valeur probante.

La recourante produisait un nouvel avis médical établi par le Dr D_____ le 20 août 2020. Celui-ci estimait que l'expertise ne tenait pas compte de l'anamnèse complète et ne pouvait ainsi pas se voir reconnaître une valeur probante. L'expert n'avait eu aucun échange avec lui, alors même que l'ordonnance d'expertise indiquait que l'expert devait prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante. L'expert n'expliquait pas l'incapacité de travail de la recourante lorsque cette dernière avait participé à un stage d'évaluation aux ÉPI pendant huit semaines. Pourtant, le bilan de ce stage mentionnait de nombreux

problèmes de santé physique, qui ne permettaient pas à la recourante de reprendre son ancien métier de coiffeuse et des problèmes psychologiques qui avaient limité tout projet professionnel. L'expert passait sous silence une anamnèse très traumatique pour la recourante à l'origine d'un trouble dissociatif sévère, qui avait nécessité des rendez-vous hebdomadaires auprès d'une psychologue et de son médecin de famille. Le Dr J_____ avait retenu le diagnostic de dépression récurrente, actuellement d'intensité moyenne, avec symptômes somatiques (F 33.11) associé à une fibromyalgie (M 79), ainsi qu'à des tics (F 95.1). L'expert n'avait vu la recourante qu'à deux reprises et n'avait pas pris en compte l'ensemble de l'anamnèse.

Le docteur O_____, spécialiste en neurologie FMH, avait posé, le 14 juillet 2020, les diagnostics de céphalées de tension, d'un kyste temporo-polaire droite, de tics faciaux gauches et de suspicion de tremblement essentiel. Il avait également relevé un état anxio-dépressif, une fibromyalgie ainsi qu'une migraine cataméniale avec rémission depuis hystérectomie. Le traitement par Lyrica avait été arrêté. La situation de la recourante était complexe et le médecin suspectait un impact important des tics sur celle-ci. Il proposait d'autres investigations et notamment un traitement éventuel par botox pour les tics.

La recourante indiquait être également suivie par le Dr H_____, qui estimait dans un rapport du 21 août 2020 que sur le plan rhumatologique uniquement, il subsistait une capacité de travail très partielle d'environ 50%. L'expert avait indiqué que ce médecin avait retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais que ce diagnostic n'apparaissait pas ailleurs dans le dossier de la recourante. À nouveau, il faisait une constatation sans avoir pris contact avec la Dresse C_____ ni avec le Dr H_____ et il n'explicitait pas quels seraient les éléments médicaux probants ne permettant pas de retenir un diagnostic de fibromyalgie. Les éléments médicaux ressortant des rapports des médecins traitants de la recourante démontraient une incapacité de travail pour la période suivant le 31 décembre 2017. Si les éléments du dossier ne permettaient pas de l'établir de manière suffisamment étayée, une expertise pluridisciplinaire devait être ordonnée, comprenant notamment des volets rhumatologique, neurologique, et psychiatrique.

L'intimé avait retenu que la recourante était en incapacité de travail totale jusqu'au 30 décembre 2017, date à laquelle elle était âgée de 55 ans et avait des limitations fonctionnelles. Ni l'expert ni l'intimé n'avaient déterminé quelles seraient les emplois compatibles pour une personne de son âge après une absence totale de travail pendant de nombreuses années sur le marché de l'emploi et présentant des limitations fonctionnelles. La recourante persistait en conséquence à solliciter une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée.

La recourante a produit :

- un rapport établi le 21 août 2020 par le Dr H_____ indiquant, notamment, qu'il avait constaté à l'examen clinique du mois d'août 2020 14 sur 18 points de

fibromyalgie. Il concluait à un diagnostic de fibromyalgie avec un status après chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et à quelques éléments en faveur d'une tendinopathie du moyen fessier. La fibromyalgie était une maladie difficile à prendre en charge, puisque les différents traitements médicamenteux avaient généralement peu d'impact sur les douleurs et sur les plaintes souvent très handicapantes, malgré peu d'éléments objectivables à l'examen clinique, ce qui était le cas de l'assurée. Elle avait aussi une limitation douloureuse et modérée de la colonne cervicale et lombaire dans le cadre de troubles dégénératifs. Ces différents diagnostics rhumatologiques pouvaient poser un problème, notamment lorsqu'ils étaient associés à des troubles psychiatriques, ce qui semblait être le cas. Au vu de tous ces éléments, il y avait une limitation de la capacité de travail de l'assurée qu'il était difficile à évaluer de façon très précise. D'un point de vue rhumatologique, il subsistait une capacité de travail d'environ 50 à 60% dans l'emploi habituel ;

- un rapport médical établi par le Dr D_____ le 20 août 2020 indiquant que l'expertise du Dr N_____ n'était pas convaincante car celui-ci n'expliquait pas l'incapacité de travail de l'assurée alors que celle-ci avait été constatée le 8 juin 2019 lors de l'évaluation par les ÉPI. L'expert concluait à des troubles légers sans caractère incapacitant. Il passait sous silence une anamnèse très traumatique, à l'origine de troubles dissociatifs sévères attestés par la patiente, qui avait décrit à l'expert son syndrome douloureux protéiforme et son besoin de rendez-vous hebdomadaires chez sa psychologue et lui-même, son médecin de famille. En effet, la patiente avait été exposée dès son plus jeune âge à des violences terrorisantes, qui avaient provoqué des séquelles appelées psychotraumas. Pour que celles-ci soient résilientes, la victime devait pouvoir bénéficier par la suite d'un cadre rassurant qui évitait ou effaçait les flashbacks. Or, les violences s'étaient reproduites à l'adolescence, puis régulièrement tout au long de la vie de l'assurée. C'était seulement depuis quelques années qu'elle avait pu bénéficier d'une prise en charge médicale empathique, tant par ses thérapeutes que par lui-même, permettant ainsi de stabiliser sa thymie, mais au prix de nombreux entretiens hebdomadaires. En dépit de sa prise en charge actuelle, la patiente restait marquée par un état de stress post-traumatique complexe et son affection la rendait inapte à toute activité professionnelle, en raison de risques de flashbacks et par conséquent de troubles dissociatifs incompatibles avec une activité imposée. L'expert décrivait l'enfance de la recourante en mentionnant les violences conjugales régulières de ses parents, mais pas comment celles-ci avaient été vécues par un tout jeune enfant. Pourtant, ces violences étaient terrorisantes, dans la mesure où la patiente était persuadée que l'un ou l'autre allait être tué, tant les disputes semblaient sans fin et bruyantes. L'assurée en était devenue bègue pour plusieurs années. À une occasion, elle avait vu son père prendre un couteau de cuisine pour menacer sa femme. Ces violences répétées, qui étaient intervenues lors du développement psychomoteur d'un enfant, avaient eu une incidence sur sa santé et son

comportement. L'assurée décrivait son père comme aimant vis-à-vis d'elle, mais elle considérait sa mère comme dénigrante et sans amour. Celle-ci la frappait tout en criant beaucoup sur elle sans même en comprendre la raison. À l'âge de 14 ans, l'assurée s'était retrouvée avec un garçon de 17 ans qui avait voulu lui imposer des baisers tout en ouvrant son pantalon. Elle s'était défendue en lui assénant un coup de pied dans l'entrejambe. Une année plus tard, un homme de 25 ans lui avait mis la main sur la bouche et l'avait agressée sexuellement (attouchements). Elle avait gardé un grand effroi de la scène. Il s'agissait clairement d'une agression sexuelle sur mineur qui laissait des séquelles qui n'avaient pas été relevées par l'expert, qui en avait pourtant la connaissance. Jeune mariée, l'assurée avait subi une relation sexuelle imposée par son mari qu'elle définissait comme un viol. Cependant, le traumatisme qui revenait le plus aujourd'hui encore était d'avoir vu son père mort dans un bain de sang dans la cuisine alors qu'elle avait 21 ans, suite à une hospitalisation à un problème d'œsophage. La relation de l'assurée avec son mari avait été décrite par l'expert sans qu'il fasse de lien avec son enfance et son adolescence alors qu'il s'agissait d'une reproduction des violences initiales avec des menaces réitérées de mort de la part de son mari et ressentie comme telles. L'état clinique de la patiente dépendait de ces réminiscences douloureuses. À chaque instant, elle pouvait exprimer un profond désarroi (avec parfois des tics irrépessibles), tout en étant le lendemain enjouée, car un événement positif (un médicament) avait pu contenir ses flashbacks. Il s'agissait d'un état dissociatif tels que décrit dans les syndromes psychotraumatiques. La patiente ne comprenait pas elle-même la nature de son trouble, puisqu'il était normal pour elle d'avoir été exposée à des violences mortelles, ne disposant d'aucun autre système référentiel. Le dysfonctionnement se manifestait par des plaintes somatiques multiples qui conduisaient parfois à des gestes acharnés, comme cela avait été le cas en 2017, alors qu'elle exprimait des troubles sphinctériens l'amenant à trois opérations aux HUG. Il avait fallu des mois de consultation au Dr D_____ pour que les symptômes s'apaisent et que l'assurée n'aille plus demander d'interventions chirurgicales supplémentaires. Actuellement, il la laissait se centrer sur son ressenti douloureux, soit la fibromyalgie. Le diagnostic était un syndrome post-traumatique complexe, qui avait eu pour conséquence des troubles dissociatifs. En conclusion, l'assurée présentait une grande instabilité émotionnelle qui ne lui permettait pas d'avoir une capacité de gain et cela dans toute profession ;

- des rapports établis par le Dr O_____, les 8 janvier, 20 février, 24 mars et 14 juillet 2020 dont il ressort en substance que l'assurée souffrait de céphalées depuis l'automne 2019 et de tics depuis quelques années au niveau du visage à gauche sous forme de secousses faciales au repos. Les céphalées étaient atypiques pour une migraine. Une origine asymptomatique sur sinusite ne pouvait être exclue malgré le traitement effectué. L'assurée semblait serrer les dents la nuit et les céphalées apparaissaient surtout le matin. Pour cette raison un examen ORL avait été prévu. Un kyste avait été constaté en intra-axiale. Un

EEG avait été prévu pour exclure une activité irritative. Le Lyrica avait apporté un certain bénéfice par rapport aux douleurs et aux tics. Ce médicament avait toutefois été arrêté suite à une prise de poids et de la fatigue. Le bruxisme persistait et la physiothérapie n'apportait que peu de bénéfices. Comme la situation était complexe, le médecin suspectait un impact important des tics sur la patiente. Il avait prévu un rendez-vous pour un éventuel avis et traitement par botox.

28. Le 7 septembre 2020, la recourante a encore produit un rapport établi le 1^{er} septembre 2020 par le Dr J_____, qui indiquait qu'après une évaluation de plusieurs mois, une discussion avec la patiente et sa psychothérapeute, un projet de reprise d'une activité professionnelle adaptée à ses troubles et ses capacités, à temps partiel, serait une solution souhaitable pour elle. Elle avait déjà effectué des tentatives de reprise à temps partiel par le passé, ce qui soulignait la potentialité d'une telle mesure de réinsertion. Entre 2010 et 2015, elle avait travaillé à mi-temps pour le CSP et en gardait un bon souvenir. En 2019, elle avait effectué un stage aux ÉPI de deux mois. Ses maîtres de réadaptation avaient souligné qu'elle était trop fragile pour valoriser un potentiel de formation et qu'elle était incapable de se réinsérer en l'état. Dans ce contexte, il semblait opportun d'accompagner la recourante dans une mesure de réinsertion progressive adaptée à ses difficultés.
29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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).
3. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont

certaines comprises dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGa et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 p. 166 et 135 V 141 consid. 1.4.4 p. 146; voir également arrêt I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155).

b. En l'espèce, l'objet du litige est le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

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).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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).

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

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

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

facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

La reconnaissance d'un trouble psychique doit reposer sur le diagnostic posé par un psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

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

a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

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

d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions

complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

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

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

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

8. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective. 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).
9. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer

quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation,

il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, la recourante conteste avoir retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2018.
12. Elle a fait valoir que sur le plan orthopédique, il était attesté qu'elle présentait une lésion massive de la coiffe des rotateurs droite dont elle souffrait encore et que l'instruction de l'intimé était lacunaire et ne permettait pas d'indiquer que sa situation était stabilisée.

Selon la lettre de sortie établie le 8 juin 2016 par les HUG, suite l'opération de son épaule droite, elle était incapable de travailler dès le 27 mai jusqu'au 8 juillet 2016 et pouvait reprendre le travail dès le 9 juillet 2016 à 100%.

Le 24 janvier 2017, le Dr B_____ a indiqué avoir revu l'assurée à neuf mois de la réinsertion de sa coiffe des rotateurs à droite et que l'évolution était nettement favorable par rapport à la situation préopératoire. La gêne occasionnelle persistante était à son avis liée à un manque d'amplitude articulaire. Il avait donc conseillé à la patiente de s'étirer. Elle décrivait depuis un mois des douleurs qui étaient survenues sans notion de traumatisme à gauche.

Ce rapport ne remet pas en cause la capacité de travail totale de la recourante pour les suites de l'opération de son épaule dès le 9 juillet 2016 à 100%, à tout le moins sur le plan orthopédique.

L'appréciation du Dr D_____, qui retient une incapacité de travail totale de la recourante, ne remet pas non plus sérieusement en doute le fait qu'elle était capable de travailler dès le 9 juillet 2016 sur le plan orthopédique, dès lors que ce médecin n'est pas orthopédiste et qu'il a essentiellement fondé sa conclusion sur les troubles psychiques que la recourante présentait selon lui.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a retenu, sur le plan orthopédique, une capacité de travail de 100% de la recourante dès janvier 2018 dans une activité de vendeuse, considérant que celle-ci respectait ses limitations fonctionnelles telles qu'elles ont été établies par le SMR le 14 août 2018, à savoir pas d'effort de soulèvement ni près du corps ni éloigné, pas de gestes au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit et pas de port de charges supérieures à 10 kg.

Contrairement à ce qu'a invoqué la recourante, la stabilisation de l'état de santé n'est pas un élément déterminant dans le cadre de l'assurance-invalidité pour déterminer le droit à une rente, à teneur des dispositions précitées.

13. La recourante a fait valoir que dans son rapport final du 14 août 2018, le SMR n'avait pas pris en compte le fait qu'après quatre opérations, elle continuait à souffrir d'incontinence urinaire.

Selon la lettre de sortie du 9 novembre 2016 établie par des médecins du département de chirurgie viscérale des HUG, l'assurée a été hospitalisée du 24 octobre au 1^{er} novembre 2016 en raison de douleurs abdominales. Il n'y avait pas d'évidence de signe de chronicité. L'assurée avait été en incapacité totale de travail du 24 octobre au 13 novembre 2016.

Selon un rapport du 27 novembre 2017, l'assurée a séjourné du 21 au 24 novembre 2017 au service d'urologie des HUG pour « bandelettes sous-urétérale de fascia autologue-cystoscopie effectuées le 21 novembre, en raison d'une récurrence d'incontinence urinaire d'effort associée à une insuffisance de vidange vésicale post bandelettes sous-urétrales obstructives ». Une bonne évolution post-opératoire était constatée.

Ces rapports n'attestent que d'incapacités de travail temporaires.

Sur le plan urologique, aucun rapport médical ne remet sérieusement en cause les conclusions du SMR, qui a retenu une capacité totale de travail de la recourante dans une activité adaptée dès janvier 2018, en prenant en compte, au titre de limitations fonctionnelles, la nécessité d'un accès facile aux toilettes et pas d'effort entraînant une compression abdominale. Pour les mêmes raisons que celles exposées sur le plan orthopédique, les conclusions du Dr D_____ n'emportent pas conviction sur le plan urologique.

C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante était capable de travailler à 100% dans une activité dans la vente sur le plan urologique.

14. a. La recourante a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr N_____, qui remplit a priori les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b. Elle a relevé, à juste titre, que l'expert avait mentionné à tort à deux reprises dans son rapport que l'intimé avait rejeté sa demande de prestations, alors qu'elle s'était vue reconnaître le droit à une rente sur une période limitée, du 1^{er} mai 2017 au 31 mars 2018.

Cela étant, il faut relever que l'expert a correctement rapporté la teneur de la décision dans son résumé du dossier. Son erreur doit ainsi être relativisée. Elle doit l'être d'autant plus qu'il a précisé que le but de son expertise était d'évaluer l'état de santé psychique de l'expertisée pour établir s'il existait ou avait existé dans le passé des limitations de la capacité de travail dues à son état de santé psychique et si des mesures de réadaptation étaient envisageables. Cela impliquait une nouvelle analyse du dossier sur le plan purement médical, de sorte que si erreur il y a réellement eu dans l'esprit de l'expert, elle était sans conséquence sur la valeur probante de son expertise. En effet, le fait que la recourante se soit vu reconnaître

par l'intimé un droit à une rente sur une période limitée n'était pas déterminant sur le plan médical.

c. L'expert a pris contact par téléphone avec le psychiatre traitant de la recourante au moment de son expertise, le Dr J_____, ce qui se justifiait pleinement dès lors que le dossier ne contenait pas de rapport de celui-ci. Un contact avec le Dr D_____ n'était en revanche pas nécessaire, puisque celui-ci avait exprimé son appréciation du cas de la recourante dans son rapport médical du 29 mai 2017 et son courriel du 27 mai 2019. La mission d'expertise ne contraignait pas l'expert à prendre contact avec tous les médecins traitants de la recourante, mais l'invitait seulement de le faire s'il l'estimait nécessaire.

d. L'expert a motivé de façon détaillée les motifs pour lesquels il estimait que la recourante n'était pas incapable de travailler sur le plan psychique. Il a précisé s'agissant des conclusions du Dr D_____, que celui-ci n'avait pas décrit les caractéristiques cliniques d'une atteinte psychiatrique sévère et durable au point d'être totalement incapacitante. L'appréciation de l'expert sur la capacité de travail l'emporte sur celle du Dr D_____, qui n'est pas psychiatre et qui a varié dans le diagnostic posé, en retenant un état anxio-dépressif de longue date le 29 mai 2017 et un syndrome post-traumatique complexe le 20 août 2020, sans explication quant à ce changement.

e. Si l'expert n'a pas beaucoup commenté les conclusions faites par les ÉPI suite au stage de la recourante, il a pris en compte cet élément, qu'il a résumé avec les autres pièces du dossier et il l'a mentionné dans ses réponses aux questions de la mission d'expertise, relevant que les ÉPI avaient considéré que l'expertisée ne pouvait se réinsérer professionnellement pour des motifs physiques avant tout. Pour déterminer la capacité de travail, l'appréciation médicale de l'expert l'emporte sur celle des ÉPI.

f. L'expert a détaillé l'anamnèse, et si les événements rapportés ne correspondent pas exactement à ceux que la recourante a relatés à son psychiatre, cela s'explique sans doute par le fait qu'il ne l'a vue qu'à deux reprises, contrairement à ses thérapeutes qui la suivent sur la durée. Les éléments vécus par la recourante dans le passé et relevés par le Dr D_____ ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions de l'expert, qui reposent sur les pièces au dossier, une anamnèse détaillée et ses propres constats.

g. Contrairement à ce qu'a fait valoir la recourante, l'expert a discuté le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr J_____ et expliqué pour quels motifs il ne le retenait pas.

h. L'expert a examiné les indicateurs développés par le Tribunal fédéral et retenu en conclusion que l'atteinte psychique de la recourante n'était pas incapacitante. Il a indiqué que le trouble anxieux et dépressif mixte était une atteinte psychiatrique relativement mineure, que les symptômes dépressifs n'altéraient pas durablement la capacité de travail et que la composante anxieuse n'avait pas d'impact sur celle-ci.

Le trouble anxio-dépressif ne constituait d'ailleurs pas la plainte principale de la recourante. Il en résulte que l'on ne peut pas retenir un grand degré de gravité de l'atteinte psychique de la recourante.

S'agissant du critère du succès du traitement ou de la résistance à cet égard, même si la recourante a suivi un traitement de longue durée par tranquillisants et antidépresseurs sans changement notable de son état psychique, l'on ne peut en conclure à une gravité particulière de son atteinte, dès lors que l'expert a indiqué qu'elle ne souffrait pas d'une atteinte psychique sévère et durable, vu le diagnostic posé.

S'agissant du complexe de la personnalité, l'expert a relevé une certaine fragilité de l'estime de soi, sans pathologie de la personnalité à proprement parler. S'agissant du contexte social, l'expertisée était divorcée et vivait seule, mais elle avait des contacts réguliers avec ses enfants, même si elle les voyait peu, et avait deux amies proches avec lesquelles les relations étaient étroites. Il en résulte que la recourante dispose de ressources lui permettant de faire face à son atteinte psychique.

L'analyse des indicateurs par l'expert apparaît ainsi convaincante.

Le 7 septembre 2020, la recourante a encore produit un rapport établi le 1^{er} septembre 2020 par le Dr J_____, qui évoque la possibilité d'une mesure de réinsertion pour la recourante et non une incapacité totale de travailler. Ce rapport ne remet pas sérieusement en question les conclusions de l'expert.

L'expertise du Dr N_____ doit ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante et il y a lieu de retenir, sur cette base, que la recourante est capable de travailler à 100% du point de vue psychiatrique depuis janvier 2018.

15. a. La recourante a encore invoqué dans sa réplique du 27 mai 2019 souffrir de fibromyalgie, en produisant un rapport établi par le Dr H_____ le 25 mars 2019, soit postérieurement à la décision querellée du 7 février 2019. Elle a encore produit par la suite le rapport établi le 21 août 2020 par le Dr H_____.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

Il y a lieu en l'espèce de tenir compte des rapports médicaux du Dr H_____ posant le diagnostic de fibromyalgie, car ils concernent également l'état de santé de la recourante avant la décision querellée et sont étroitement liés à l'objet du litige, ce

diagnostic pouvant avoir une influence sur la capacité de travail de la recourante dès janvier 2018.

b. Le rapport d'expertise permet d'exclure le caractère incapacitant de la fibromyalgie dont souffre la recourante, quand bien même il faut reconnaître un certain degré de gravité de cette atteinte, dès lors que l'expert a retenu, s'agissant du poids des souffrances, que la recourante avait beaucoup et régulièrement consulté des spécialistes, notamment des chirurgiens, depuis de nombreuses années pour des douleurs. L'importance de cet impact doit toutefois être relativisée, dès lors que l'expert n'a pas constaté de comportement douloureux, sauf à une reprise, pendant la durée de son examen qui a duré deux fois 1 heure 30. De plus, la recourante est restée capable de se faire à manger, de s'occuper de l'entretien de son appartement et d'aller faire des commissions, de sorte que l'on ne peut retenir un degré de gravité fonctionnelle élevé.

Il doit en revanche être admis que la recourante souffre de comorbidités psychiatriques et somatiques, tout en relevant qu'elles ne sont pas d'une gravité particulière.

L'expert a retenu que la prescription d'un antidépresseur pourrait être utile pour les douleurs et, le 20 avril 2019, le Dr H_____ a relevé qu'il n'y avait pas de traitement permettant de supprimer les douleurs de la recourante mais qu'elle pouvait faire des séances de physiothérapie et de mobilisation générale en eau chaude lors de poussées douloureuses et qu'il était important d'adopter des mesures d'hygiène de vie comportant notamment des exercices réguliers, comme par exemple de la marche quotidienne. Il en résulte qu'on ne peut retenir une gravité particulière de l'atteinte en raison d'un échec du traitement.

S'agissant du critère de limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, l'expert a indiqué que les limitations d'ordre physique semblaient plus marquées sur le plan professionnel que sur le plan social et personnel. La recourante a en effet cessé toute activité professionnelle rémunérée depuis 2004, mais est encore capable de gérer sa vie personnelle, quand bien même ses activités paraissent limitées, étant constituées essentiellement de ses tâches ménagères et de quelques loisirs (mots fléchés, musique, télévision, soins aux chats et aux plantes). Elle a également accompagné une amie au Portugal peu de temps avant l'expertise, ce qui démontre une certaine capacité à agir et relativise les conséquences de son atteinte. Enfin, comme relevé précédemment, il ressort de l'expertise que la recourante dispose de ressources sociales, du fait de ses contacts réguliers avec ses enfants et ses amies.

En conclusion, l'analyse des indicateurs ne permet pas de retenir que la fibromyalgie dont souffre la recourante est incapacitante.

16. C'est en conséquence de manière infondée que la recourante a fait valoir dans son recours qu'au vu de ses nombreuses limitations et de ses atteintes à la santé, tant

physiques et que psychiques, l'avis du SMR ne prenait pas en compte sa réelle situation médicale.

17. Il convient encore d'examiner si la décision de l'intimé est bien fondée en tant qu'elle octroyait une rente entière d'invalidité à la recourant du 1^{er} mai 2017 au 1^{er} avril 2018 seulement.
18. a. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a).
 - b. Le droit d'un assuré à une rente débute au plus tôt à la date dès laquelle il 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.
 - c. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).
 - d. 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'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

Dans un arrêt du 27 novembre 2017 (9C_391/2017), l'OAI a considéré, s'agissant d'une femme de ménage sans formation qui avait une capacité de travail à 70% dans une activité adaptée, que bien qu'elle était âgée de 60 ans au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée a été constatée, elle 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. Malgré l'éloignement du marché de l'emploi depuis quatorze ans, l'assurée avait déjà été confrontée à plusieurs reprises au cours de son parcours professionnel à des changements d'activité et démontré à ces occasions des capacités d'adaptation.

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

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

années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abatement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

f. La mise en oeuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c in VSI 2001 p. 155). Il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 2 du septembre 2010).

g. L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recourent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPG, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPG) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

19. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2017 jusqu'au 31 mars 2018 et aucun élément du dossier ne permet d'en douter. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner en détail cette question.

Est en revanche contesté le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2018.

La recourante estime avoir droit à une rente dès cette date, faisant notamment valoir que l'intimé n'avait pas examiné si une telle activité adaptée était exigible pour elle alors qu'elle était âgée de 56 ans, qu'elle était restée sans activité sur le marché de l'emploi pendant de nombreuses années et qu'elle avait des limitations fonctionnelles.

Il résulte de sa décision que l'intimé a considéré qu'une activité dans la vente était exigible de la recourante malgré ses limitations fonctionnelles.

Au vu des jurisprudences précitées, l'on ne peut pas retenir qu'une activité dans la vente n'était pas exigible de la recourante en janvier 2018, dès lors qu'elle était alors âgée de 54 ans, qui est encore éloigné de l'âge de la retraite, quand bien même sa dernière activité professionnelle rémunérée s'est terminée en 2004. Il faut également relever à cet égard qu'elle a eu une activité régulière, bien que non rémunérée, auprès du CSP entre 2010 et 2015, à 50%, qu'elle a appréciée, selon le rapport du Dr J_____ du 7 septembre 2020, ce qui relativise la durée pendant laquelle elle a été éloignée du marché du travail. Les limitations fonctionnelles qui peuvent être retenues, soit seulement celles qui sont en lien avec un diagnostic d'atteintes somatiques (les atteintes orthopédique et urinaire) de la recourante, ne sont pas d'une importance telle qu'elles rendraient illusoire la possibilité pour celle-ci de travailler dans une activité les respectant, ce qui est possible dans le secteur de la vente.

Le fait que les ÉPI aient conclu qu'une réinsertion n'était pas envisageable ne permet pas d'en juger autrement, car ils ont notamment tenu compte des maltraitances subies par la recourante et de ses problèmes de santé psychologique sur la base des déclarations de celle-ci, qui ne sont pas des éléments pertinents, tout comme sa situation financière difficile et sa croyance selon laquelle elle ne pourrait pas trouver d'emploi en raison de ses problèmes de santé. Les ÉPI ont par ailleurs également relevé des éléments favorables pour une réinsertion.

Il convient de retenir en revanche que les limitations fonctionnelles et l'âge de la recourante justifient un abattement du revenu avec invalidité à prendre en compte de 15%.

Les revenus avec et sans invalidité de la recourante doivent être fixés selon la même table statistique en l'espèce, dès lors que la recourante ne travaillait plus depuis quelques années au moment où le calcul du taux d'invalidité doit être fait en l'occurrence, soit en 2018, et du fait qu'elle est considérée comme totalement capable de travailler dans son activité habituelle dans la vente. Il n'y a dès lors pas besoin de chiffrer avec exactitude ces revenus, mais le revenu avec invalidité doit être réduit de l'abattement de 15% retenu. La comparaison des revenus n'ouvre pas à la recourante un droit à une rente d'invalidité même si, par hypothèse, on retenait qu'elle serait totalement incapable de faire ses travaux habituels, ce qui n'est manifestement pas le cas, malgré ses limitations fonctionnelles. En effet, elle reste capable de faire son ménage à teneur de ses déclarations, même si cela lui prend du

temps. Il en résulte que c'est à juste titre que l'intimé n'a pas fait procéder à une enquête ménagère.

Activités	Part en %	Perte économique/ Empêchement en %	Invalidité en %
professionnelle	80%	15%	12%
travaux habituels	20%	100%	20%
Taux d'invalidité			32%

Le taux d'invalidité réel de la recourante est sans doute plus proche de 0%, voire 10%, en tenant compte d'une capacité préservée à s'occuper de son ménage. Dès lors qu'une perte de gain inférieure à 40% n'ouvre pas le droit à des mesures professionnelles ni à une rente d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'allouer une telle rente à la recourante dès le mois d'avril 2018, soit trois mois après le retour à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dans la vente.

20. Bien fondée, la décision querellée doit être confirmée et le recours rejeté.
21. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent être mis à la charge de l'OAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

En l'espèce, une expertise psychiatrique a été ordonnée par la chambre de céans qui a considéré que l'intimé avait insuffisamment instruit le dossier sur ce plan. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise à la charge de celui-ci à hauteur de CHF 4'289.- (CHF 4'125.- pour les prestations de l'expert et CHF 164.- de frais de laboratoire).

22. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de CHF 4'289.-, à la charge de l'intimé.
4. Renonce à percevoir un émolument.
5. 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