RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1265/2021 **ATAS/524/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 juin 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____ à GENÈVE, comparant recourante
avec élection de domicile en l'étude de Maître Audrey FRIZZARIN

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en_____ 1959, exerçait la profession d'auxiliaire remplaçante, auprès de l'employeur B_____.

b. Par formulaire de communication de détection précoce, son cas a été communiqué par _____ à l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qui l'a reçu en date du 18 février 2015. Le trouble de la santé se situait au niveau du canal carpien de la main droite, l'assurée étant par ailleurs suivie par le docteur D_____, chirurgien de la main.

c. L'assurée a eu un entretien de détection précoce avec un employé de l'OAI en date du 14 avril 2015, lors duquel elle a précisé ses troubles de la santé, déclarant qu'elle avait subi une opération en octobre 2013 au canal carpien de la main droite mais qu'il manquait encore de la force, qu'elle souffrait d'une fatigue importante, de vertiges et qu'elle avait fait des chutes qui étaient attribuées à un problème au niveau de l'oreille interne ; elle souffrait également d'une apnée du sommeil importante ainsi que d'une tendinite au niveau de l'épaule droite depuis trois mois. Au niveau du traitement, on lui avait prescrit un CPAP pour ses problèmes d'apnée du sommeil et elle prenait des médicaments, soit des antidouleurs et des anti-inflammatoires.

d. En date du 5 mai 2015, l'assurée a fait parvenir une demande de prestations d'assurance-invalidité à l'OAI, indiquant qu'elle était en incapacité de travail à 100 %, depuis le 27 octobre 2014, et rappelant les troubles de la santé déjà indiqués, soit le canal carpien, l'apnée du sommeil, les problèmes d'oreille interne, ainsi que les douleurs au bras et au dos. Parmi ses médecins traitants, elle citait le docteur E_____, spécialiste ORL, et la doctoresse F_____, rhumatologue.

e. Par avis médical du 5 décembre 2016, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), sous la plume de la doctoresse G_____, a décrit une assurée multi plaintive, décrivant des douleurs au niveau du rachis cervical et lombaire, des épaules, des coudes et des mains. Le docteur H_____, rhumatologue, décrivait de nombreuses évaluations biologiques et radiologiques ne parlant pas en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire ; les médecins évoquaient un caractère de douleurs chroniques et une probable fibromyalgie ainsi qu'un syndrome somatoforme douloureux ; un trouble du sommeil avait été constaté, de même qu'un BMI élevé. Le docteur I_____, psychiatre, écrivait dans son rapport du mois de mars 2016 que pour l'incapacité de travail, il fallait se référer aux médecins traitants, que les limitations fonctionnelles se présentaient sous forme de fatigue et de douleurs, et que le syndrome d'apnée du sommeil était bien contrôlé. La doctoresse J_____, médecin interne, évoquait un problème somatique sous forme de lombalgies, une IRM datant de janvier 2016 montrait un canal lombaire étroit, et le médecin proposait un autre traitement sous forme d'infiltrations. Le nouveau psychiatre de l'assurée, la doctoresse K_____, dans son rapport datant

du mois de mai 2016, écrivait qu'il fallait poursuivre le traitement actuel et qu'une amélioration était envisageable, toutefois sans permettre forcément une amélioration compatible avec la reprise de son activité professionnelle, surtout pas dans son activité habituelle. Le SMR préavisait d'organiser un examen, voire une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique.

f. Le SMR a convoqué l'assurée à deux examens, respectivement du 9 et du 27 avril 2018, en matière rhumatologique et psychiatrique, résumés dans un rapport final du SMR daté du 18 mai 2018.

L'ensemble des rapports médicaux, depuis 2001, ainsi que les documents radiologiques, depuis 1995, ont été examinés par les médecins et résumés dans le rapport.

Sur le plan psychiatrique, la doctoresse L_____ a retenu, à la suite de l'examen de la thymie objective, une humeur légèrement abaissée, surtout à l'évocation d'éléments émotionnels difficiles. Un tableau anxieux n'a pas été objectivé et aucun élément en faveur d'une anxiété épisodique paroxystique ou d'un trouble phobique n'a été retenu. Sur le plan d'un éventuel stress post-traumatique, aucun élément objectif n'a été retenu. En conclusion, l'examen n'a permis d'objectiver aucun élément de nature psychotique, le discours étant parfaitement cohérent, sans éléments délirants.

Sur le plan rhumatologique, le docteur M_____, spécialiste en médecine interne, a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, à titre principal, de polyarthrose (M15.8), et comme diagnostic associé une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne genou droit. Un trouble somatoforme indifférencié ainsi que des douleurs de type fibromyalgie ont été observés mais sans répercussion sur la capacité de travail.

L'appréciation consensuelle des médecins du SMR a conduit à poser des limitations fonctionnelles, sur le plan psychiatrique, soit une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et un ralentissement psychomoteur, avec un isolement social en lien avec la fatigabilité et un manque d'énergie dans tous les domaines. Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles retenues ont été de limiter les marches à 30 minutes, la position debout statique à 15 minutes, la position assise à 1h30 et le port de charges répétitives à un maximum de 5 kg. Il était ajouté que l'alternance des positions assise et debout permettait de prolonger le temps de travail. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle a été fixée à 100 % depuis le 18 décembre 2015 sur le plan rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail. Dans une activité adaptée, les médecins ont considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable et que la capacité de travail exigible était déterminée, sur le plan rhumatologique, par la tolérance aux contraintes mécaniques des articulations dans le cadre de lésions dégénératives multiples, prédominant au niveau lombaire. Le pronostic était que sur le plan psychiatrique,

il n'y avait pas de problème, mais sur le plan rhumatologique, il ne fallait pas s'attendre à une amélioration de l'état de santé car l'arthrose s'aggravait habituellement au cours des années. La capacité de travail exigible a été ainsi fixée par les médecins du SMR à 0 % dans l'activité habituelle, mais à 100 % dans une activité adaptée.

B. **a.** En date du 3 août 2018, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles en se fondant sur l'avis médical final du SMR. La comparaison des gains a retenu un revenu sans invalidité de CHF 63'302.- et un revenu avec invalidité de CHF 48'649.-, conduisant à une perte de gain de CHF 14'652.-, soit 23 %, ce qui était en dessous du taux plancher de 40 % nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'assurance invalidité.

b. L'assurée s'est opposée au projet de décision par entretien téléphonique du 12 septembre 2018 et courrier de son avocate du 13 septembre 2018. Par courrier du 17 septembre 2018, adressé à l'OAI, la doctoresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, a contesté le projet de décision, recommandant que ses capacités résiduelles soient évaluées par un stage, par exemple d'ergothérapie préprofessionnelle, et que des mesures de réinsertion professionnelle lui soient proposées à l'issue de ce stage. Par courrier du 18 septembre 2018 également adressé à l'OAI, la Dresse K_____ s'est étonnée de l'avis médical concernant les aspects psychiatriques, considérant que la dysthymie était en elle-même un trouble de l'humeur invalidant et recommandant un deuxième avis ou un complément d'expertise, ajoutant que des mesures d'accompagnement en vue d'une réinsertion professionnelle apparaissaient comme un minimum adéquat à proposer, tout en soulignant qu'au vu de l'âge et du CV de l'assurée, un poste adapté à sa situation médicale ne serait pas aisé à trouver.

c. Par courrier du 4 février 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il était nécessaire d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, si bien qu'un examen serait effectué par les établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Suite au stage effectué par l'assurée aux EPI, ceux-ci ont rendu un rapport le 27 mai 2019, constatant le non-maintien des positions de travail, 10 minutes en position debout et 20 minutes en position assise, et la recherche constante d'une position antalgique avec interruptions répétées des activités, tonus très faible, lenteur d'exécution avec des rendements trois à quatre fois inférieurs aux attentes et gestuelle peu efficace. À cela s'ajoutait une fragilité psychique qui empêchait l'assurée de se projeter dans l'avenir, sa seule préoccupation étant son état de santé. Sur le plan des capacités d'apprentissage, l'assurée avait montré des aptitudes peu développées, seules des activités simples et pratiques apprises par démonstration étant possibles. L'engagement de l'assurée avait toutefois été mis en évidence par sa persévérance pour accomplir la mesure, malgré les difficultés rencontrées et les échecs constatés dans la réalisation des activités. L'assurée s'était appliquée et avait toujours tenté de répondre aux

attentes de l'équipe d'encadrement. Il était toutefois conclu à l'impossibilité actuelle d'envisager une réadaptation dans le premier marché de l'emploi, même à temps partiel. En accord avec l'OAI, l'assurée avait été retirée du stage en date du 22 avril 2019 ; il appartenait, désormais, à l'OAI de se déterminer sur la suite à donner.

d. Par rapport final du 12 septembre 2019, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'il fallait considérer l'incapacité de travail totale dès le mois d'avril 2019. Il était constaté que le SMR avait confirmé une aggravation de l'état de santé depuis avril 2019, conduisant à une incapacité de travail totale. Pour la période antérieure à cette aggravation, l'exigibilité basée sur des examens du SMR d'avril 2018 restait valable, de même que pour l'évaluation de l'invalidité figurant dans le projet de décision du 3 août 2018. Il était encore indiqué que les motifs énoncés par l'avocate de l'assurée, soit le manque de formation et la difficulté à écrire la langue française, n'étaient pas pertinents pour une augmentation de la réduction supplémentaire lors de l'évaluation de l'invalidité, précisant que l'application de la réduction maximale de 25 % ne permettait pas, de toute façon, d'atteindre un taux d'invalidité ouvrant le droit aux prestations.

e. Par courrier du 16 octobre 2019, l'avocate de l'assurée s'est adressée à l'OAI et a résumé les faits et éléments importants du dossier, avant de conclure que l'assurée présentait une incapacité de travail totale et un degré d'invalidité complet, à tout le moins depuis le 18 décembre 2015 et que compte tenu du délai d'attente d'une année, une rente d'invalidité devait lui être versée, avec effet rétroactif, à compter du 18 décembre 2016.

f. En date du 3 février 2020, l'OAI a mandaté le bureau d'expertises médicales BEM Riviera Sàrl aux fins d'effectuer une expertise médicale bi-disciplinaire ; une copie du mandat d'expertise a été communiquée à l'avocate de l'assurée le même jour, en lui indiquant qu'elle disposait d'un délai de douze jours pour faire valoir des questions complémentaires ou des motifs de récusation à l'égard des experts désignés.

g. Les experts désignés, soit le docteur O_____, rhumatologue, et le Docteur P_____, psychiatre, ont rendu leur rapport en date du 26 mars 2020. L'ensemble des documents médicaux avait été passé en revue depuis l'année 1995. L'évaluation consensuelle des deux médecins avait été, sur le plan somatique, une capacité de travail habituelle d'auxiliaire de crèche à 0 % depuis octobre 2015, avec une capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, possible depuis octobre 2015. Sur le plan psychique, son état de santé s'était prétérité de manière globale en 2015, et son état psychiatrique actuel était toujours préoccupant car il procédait d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, avec syndrome somatique. Le trouble était devenu chronique et résistant à un traitement antidépresseur par Ibupropion.

Sur le plan rhumatologique, l'expert considérait que l'activité habituelle était impossible mais que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de 100 %, soit 8h30 par jour, sans réduction de performance si on respectait les limitations fonctionnelles et avec des perspectives d'évolution favorable.

Sur le plan psychiatrique, l'expert considérait que l'activité habituelle était impossible depuis le mois d'avril 2019 en raison d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, avec syndrome somatique, insuffisamment traité. L'activité adaptée de manière optimale au handicap de l'expertisée ne pouvait être effectuée qu'en milieu protégé, sans exigence de rentabilité ni de fiabilité pour ces raisons, le nombre d'heures par jour et le rendement ne pouvaient pas être évalués. L'expert psychiatrique mentionnait encore que les ressources de l'assurée étaient impactées car : elle ne se déplaçait plus, elle n'avait aucune activité spontanée de loisir, sportive ou artistique ; elle était incapable de donner ou recevoir un soutien affectif significatif et n'avait plus de relations proches ; elle n'évoluait dans aucun groupe, son sens du contact était impacté et elle n'entrait pas facilement en contact avec autrui ; ses capacités à s'affirmer avaient disparu, ses capacités d'endurance étaient réduites par une importante asthénie, sa capacité de jugement et de prise de décision était impactée en raison de la sévérité de l'infléchissement thymique sans qu'il y ait pourtant de phénoménologie psychotique ; elle ne parvenait plus à faire usage de compétences spécifiques, que ce soit dans le domaine de l'enseignement ou un autre, et avait perdu sa capacité d'adaptation, ce dont il résultait qu'elle était devenue tributaire des contextes.

h. Dans son rapport final subséquent du 21 avril 2020, le SMR a résumé la situation, et notamment remarqué qu'il existait une différence entre le statut clinique décrit dans la nouvelle expertise psychiatrique et le statut de l'examen effectué en 2018 car la situation s'était aggravée et était devenue cristallisée. Dès lors, la sévérité de l'état psychique, depuis avril 2019 (fin des mesures) ne faisait aucun doute et ce depuis avril 2019. On pouvait imaginer du point de vue médico-théorique une amélioration dans un délai d'un an si le traitement psychiatrique était optimalisé. La possibilité d'une révision dans l'espace d'une année était laissée à l'appréciation de l'OAI. Le SMR retenait donc les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère, insuffisamment traité depuis avril 2019 sans symptomes psychotiques, status post lombalgie mécanique chronique, tendinopathie des deux épaules et gonarthrose droite. Les médecins fixaient donc une capacité de travail dans l'activité habituelle de 0 %, une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % dès le mois d'octobre 2015, et de 0 % dès le mois d'avril 2019.

i. En se fondant sur le rapport du SMR, l'OAI a rendu une décision d'invalidité, pour maladie de longue durée, avec degré d'invalidité de 100 % dès le 1er avril 2020.

j. Un nouveau projet d'acceptation de rente a été notifié par l'OAI en date du 30 avril 2020. Le statut d'assurée retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Dès le 1er avril 2020, l'assurée avait droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité dans toute activité de 100 %.

k. Par courrier de son mandataire daté du 12 juin 2020, l'assurée s'est opposée au projet de décision en faisant valoir que certains faits avaient été constatés de manière erronée. Le point de départ de l'incapacité était contesté et l'assurée souhaitait obtenir des clarifications de la part du Dr P_____. De plus, l'assurée considérait que même si son état de santé psychique s'était aggravé dès le mois d'avril 2019, il n'en demeurait pas moins qu'elle avait droit une rente entière dès le mois de décembre 2015, et ceci en raison de ses limitations fonctionnelles, qu'elle considérait comme totalement incapacitantes.

l. Après avoir réexaminé la capacité de travail médico-théorique, qui avait été établie à 100 % dans une activité adaptée en 2015, l'OAI a estimé qu'en l'absence de pièces médicales démontrant des éléments médicaux qui pouvaient aller à l'encontre de la position de l'expert, l'avis du service de réadaptation du 31 juillet 2018 restait valable, soit qu'il existait un nombre significatif d'activités simples et légères que l'assurée pouvait exercer dans un marché équilibré du travail et qui étaient accessibles sans formation particulière.

m. En date du 11 mars 2021, l'OAI a rendu une décision valable à partir du 1er avril 2020 d'octroi d'une rente entière ordinaire et d'une rente complémentaire simple pour enfant. La rente complémentaire pour enfant était limitée jusqu'au 30 juin 2020. La motivation était celle déjà mentionnée dans le projet de décision, avec un complément de motivation selon lequel l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle dès le mois de décembre 2015, mais que dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dès cette date. L'incapacité de travail totale dans toute activité était reconnue dès le mois d'avril 2019, qui correspondait au début du délai d'attente d'un an. Par conséquent, le droit à une rente entière était ouvert dès le 1er avril 2020.

C. **a.** Par acte de son mandataire déposé au guichet de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) en date du 13 avril 2021, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 11 mars 2021 et a conclu à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il soit constaté une incapacité de travail totale dans toute activité de l'assurée dès le 18 décembre 2015 et que l'OAI soit condamné à verser une rente d'invalidité entière à compter du 18 décembre 2016, sous suite de frais et dépens. L'assurée a notamment fait valoir que les rapports médicaux de ses médecins traitants, soit le rapport rhumatologique de la Dresse N_____ du 17 septembre 2018, le rapport médical de la Dresse J_____ du 18 septembre 2018 et le rapport psychiatrique de la Dresse K_____ du 18 septembre 2018, concluaient à une incapacité de travail complète dans toute

activité depuis 2015 et contredisaient les conclusions de l'expertise du SMR, qui était jugée lacunaire. Il était également rappelé que le stage observationnel et le bilan d'évaluation des EPI concluaient qu'il n'était pas possible d'envisager une réadaptation dans le premier marché de l'emploi, même à temps partiel. Enfin, l'assurée considérait que le rapport de l'expert psychiatrique n'était pas clair sur la date de début de l'incapacité.

b. Par réponse du 19 mai 2021, l'OAI a produit un avis médical de son SMR daté du 18 mai 2021, selon lequel il n'existait pas de contradictions entre la date fixée par l'expert psychiatre dans son rapport personnel et celle fixée par les deux experts dans leur rapport consensuel. L'incapacité de travail de l'assurée considérée comme nulle depuis le mois de février 2016 n'était rien d'autre que la reprise de l'appréciation du médecin traitant de l'assurée, soit la psychiatre K_____. Dès lors, l'aggravation objective de l'état de santé de l'assurée, qui avait conduit à lui reconnaître une incapacité totale dans toute activité, devait bel et bien être fixée selon l'appréciation retenue par les experts au mois d'avril 2019.

c. Par réplique du 26 mai 2021, l'assurée a, derechef, contesté la date retenue par l'OAI, estimant qu'il fallait se fonder sur l'appréciation retenue par ses propres médecins traitants, soit une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 18 décembre 2015. De surcroît, la recourante considérait qu'en dépit des explications du SMR, il y avait toujours une contradiction dans le rapport d'expertise du mois de mars 2020 quant au point de départ de l'incapacité totale dans toute activité.

d. Par duplique du 19 mai 2021, l'OAI a maintenu sa position tout en suggérant, s'il devait par impossible demeurer un doute sur l'appréciation faite par l'expert P_____, de réinterroger ce dernier plus précisément.

e. Par courrier du 7 octobre 2021, la chambre de céans a interpellé le Dr P_____ et lui a demandé de préciser si l'incapacité de travail complète devait bien être retenue dès le mois d'avril 2019, ou si celle-ci s'était déjà produite au mois de mars 2016. Par complément d'expertise du 20 octobre 2021, l'expert P_____ a confirmé que l'aggravation de la symptomatologie anxieuse et dépressive devait être fixée au mois d'avril 2019 en se fondant notamment sur un courrier de la Dresse K_____ daté du 11 avril 2019.

f. Par courrier du 11 novembre 2021, l'OAI s'est déterminé sur les précisions du Dr P_____ en joignant un avis médical de son SMR daté du 28 octobre 2021, confirmant qu'à la lecture des précisions données par l'expert P_____, les conclusions précédentes retenant comme point de départ de l'incapacité de travail le mois d'avril 2019 restaient valables.

g. Par détermination du 29 octobre 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions en dépit des précisions apportées par le Dr P_____, considérant que ces dernières étaient contraires à l'appréciation de ses propres médecins traitants

fixant le début de l'incapacité totale dans toute activité au mois de décembre 2015.

h. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

i. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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

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

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

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

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision rendue par l'OAI en date du 11 mars 2021 et singulièrement sur la date de départ de l'incapacité de travail de l'assurée, dans toute activité.

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

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

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

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

7.

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

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

7.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en

tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

7.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

7.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

8.

8.1 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement

des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

8.2 Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

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

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication

concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

8.4 Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

9. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

10.

10.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

10.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

10.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.4 Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

10.5 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

10.6 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l’assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

10.7 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).

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

10.9 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).

11.

11.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

11.2 En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

12.

12.1 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 et les références). 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).

12.2 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14. En l'espèce, la recourante conteste le point de départ de l'incapacité totale retenu par l'intimé. Selon elle, il faut se fonder sur les avis de ses médecins traitants, qui considèrent qu'elle était en incapacité de travail totale, dans toute activité, dès le

mois de décembre 2015, ce qui implique qu'elle a droit au versement d'une rente entière dès le mois de décembre 2016.

L'intimé, de son côté, estime que l'on peut se fonder sur le rapport d'expertise du Dr P_____, qui retient le mois d'avril 2019 comme étant le point de départ de l'incapacité de travail totale dans toute activité, ce qui implique que la recourante a droit au versement d'une rente entière à partir du mois d'avril 2020.

14.1 S'agissant du rapport d'expertise du 26 mars 2020, la recourante a eu la possibilité de s'exprimer sur le choix des experts et de faire des remarques sur le mandat d'expertise. Elle a été convoquée à deux reprises, tout d'abord pour un examen clinique d'une heure trente-cinq, et ensuite pour un examen psychiatrique d'une heure.

Le rapport d'expertise présente une synthèse du dossier constitué de l'ensemble des documents médicaux, administratifs et juridiques ; il contient une anamnèse sur le plan familial, social et professionnel, ainsi qu'une anamnèse systématique sur le plan des troubles de la santé somatiques et psychiques.

Le déroulement d'une journée-type est décrit comme suit par l'assurée : elle dit se lever entre 7h30 et 9h, faire sa toilette et prendre son petit-déjeuner, puis rester sur le canapé pour regarder la télévision et lire toute la matinée. Lorsque les enfants rentrent, elle confectionne le repas avec l'aîné puis se repose l'après-midi, qu'elle passe souvent à la maison. Parfois, elle rend visite à une amie ; quand son mari n'est pas à la maison, le repas du soir est pris entre 18h30 et 19h30 puis elle se couche à minuit. Ce sont les enfants qui s'occupent du ménage hormis le tri du linge qu'elle fait elle-même. Elle ne conduit plus de voiture depuis trois ans et est partie pour la dernière fois en vacances en septembre 2019, au Kosovo, en visite familiale. Elle déclare que son entourage est soutenant.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée est au bénéfice d'un traitement antidépresseur, psychostimulants, par Bupropion, 150 mg / jour.

L'assurée a expliqué avoir rencontré sa psychiatre, la Dresse K_____, en 2016 – 2017, et la voir environ tous les dix jours. Elle a été hospitalisée au sein de la clinique genevoise de Montana en 2017 pour un épisode dépressif et un syndrome de somatisation, puis auprès de l'institution Q_____ en 2019. Aucune hospitalisation à R_____ n'est à relater.

L'expert P_____ mentionne que selon la Dresse K_____, l'état psychiatrique de l'assurée apparaît inquiétant dès février 2016. L'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques mais avec syndrome somatique posé par l'expert repose sur la présence d'un effondrement thymique, une absence d'intérêt ou de plaisir, une asthénie, une difficulté à maintenir un focus d'attention, une perte de l'estime de soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir, une perturbation du sommeil et de l'appétit. Le taux sérique de l'antidépresseur Bupropion mesuré le jour de l'examen auprès du CHUV de Lausanne est indétectable, l'expert soulignant que les difficultés de l'assurée sont

issues de la persistance d'un épisode dépressif sévère, en l'absence d'usage des antidépresseurs majeurs requis pour traiter un tel cas.

Selon l'expert, le marqueur temporel objectif permettant de fixer la capacité de travail dans toute activité à 0 % depuis avril 2019 provient des appréciations des Dresses K_____ et S_____.

L'avis de sortie de la Dresse S_____, daté du 24 mai 2019, fait état d'un séjour du 13 au 24 mai 2019 auprès du service de médecine interne de réhabilitation de Q_____ aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en raison d'un déconditionnement global avec comme diagnostic principal : un syndrome douloureux diffus chronique avec fibromyalgie ; parmi les comorbidités figurent un syndrome dépressif et une asthénie chronique. Le traitement prescrit à la sortie comprend notamment l'antidépresseur Bupropion à raison de 150 mg par jour et dans la rubrique « suivi à la sortie », il est recommandé une poursuite du suivi psychothérapeutique et de réévaluer un éventuel traitement d'hypnose.

L'attestation « à qui de droit » rédigée par la Dresse K_____, datée du 11 avril 2019 et intitulée « évolution au printemps 2019 », se réfère au stage débuté en février 2019 auprès des EPI, afin d'évaluer plus complètement les capacités professionnelles de la recourante. Le médecin traitant explique que dès le début du stage, l'état psychique et somatique de l'assurée s'est péjoré avec une aggravation de la symptomatologie anxieuse et dépressive qui a nécessité une intervention de crise, à la suite de quoi un arrêt partiel pendant quelque temps a été décidé. L'assurée a présenté des idées de mort, un épuisement majeur, un sentiment d'inutilité, de dévalorisation, d'incompréhension, un sentiment de culpabilité, une irritabilité accrue et s'est sentie perdue avec d'importantes difficultés de concentration et d'attention. Son état physique a rendu son maintien statique à une place de travail particulièrement épuisant et a contribué à exacerber les douleurs du système locomoteur. Par la suite, volontaire et consciente des enjeux du stage, et avec la collaboration des maîtres de stage et la poursuite du suivi médical intensifié, l'assurée a repris le stage comme cela était prévu mais a toutefois dû arrêter à nouveau pendant près d'une semaine en raison d'une allergie importante qui l'a conduite à l'hôpital. Après sept semaines de stage, l'assurée ne savait pas clairement quelle serait la suite donnée après cette évaluation et un nouvel épisode somatique l'a contrainte à un nouvel arrêt-maladie. La Dresse K_____ se réfère ensuite à un entretien avec le maître de stage, notant que l'assurée est invitée à poursuivre le stage jusqu'à mi-mai bien que la question de l'utilité de ce stage, qui ne contribue pas à améliorer l'état général de la patiente et tend plutôt à lui nuire, soit discutée. Il est également noté que l'assurée a vu son état général diminuer et qu'une forte anxiété, une tendance à la désorientation ainsi que ses douleurs font qu'elle est entièrement dépendante de son entourage pour se rendre au stage.

La chambre de céans considère que le rapport d'expertise du 26 mars 2020 présente une valeur probante ; il comprend une anamnèse détaillée, il est complet et tient compte des plaintes exprimées par la recourante.

Aucune contradiction n'apparaît dans les conclusions du Dr P_____, contrairement à ce qui est soutenu par le mandataire de la recourante. En effet, la référence à l'année 2016 par le Dr P_____ - dont la recourante allègue qu'elle est en contradiction avec la conclusion consistant à fixer le début de l'invalidité au mois d'avril 2019 - est mentionnée par renvoi à l'appréciation de la Dresse K_____ « cette capacité de travail est anéantie depuis au moins février 2016 tel que mentionné par le Dre K_____ » (expertise, ch. 6.5 in fine) ; « l'état psychiatrique apparaît inquiétant dès février 2016 par cette collègue » (expertise, ch. 6.7).

Ce faisant, le Dr P_____ ne fait pas siennes les affirmations de sa consœur, mais cite les appréciations de la Dresse K_____. Il a d'ailleurs eu l'occasion de préciser ce point, sur demande de la chambre de céans, dans son courrier du 15 octobre 2021, soulignant qu'il fixe le début de l'incapacité au mois d'avril 2019 en se fondant sur le courrier de la Dresse K_____ daté du 11 avril 2019.

Dès lors, ce que le mandataire de la recourante présente comme une contradiction n'en est pas une, les conclusions du Dr P_____ sont claires et motivées pour ce qui est de fixer le début de l'incapacité totale au mois d'avril 2019.

Selon la recourante, qui se fonde sur les avis de ses médecins traitants, son incapacité totale dans toute activité daterait du mois de décembre 2015.

Elle mentionne notamment le courrier du 12 décembre 2016 adressé par la Dresse J_____ au médecin-conseil de l'assurance T_____, dans lequel elle fait état des « séquelles de traumatisme de guerre » et d'un état dépressif pour lequel elle est suivie par la Dresse K_____ depuis le mois de juin 2016. Lors d'une des dernières consultations de novembre 2016, l'assurée aurait fait part de son désir de disparaître, de mourir en raison de son incapacité totale à effectuer une quelconque activité, ce qui l'humilie et l'attriste.

Chronologiquement, l'idée de mourir de l'assurée n'est plus mentionnée par la suite, ni dans le courrier de la Dresse K_____ du 19 janvier 2017, ni dans la lettre de sortie de la clinique genevoise de Montana du 23 juin 2017, qui mentionne les angoisses et la thymie de l'assurée. Dans le rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 18 mai 2018, il est fait référence, p. 9, à l'évocation par l'assurée d'idées suicidaires non scénarisées mais celles-ci ne sont pas retenues sous la rubrique des « Plaintes psychiatriques » et le status psychiatrique retenu par le médecin, en p. 13, exclut un éventuel syndrome de stress post-traumatique. L'appréciation consensuelle du cas mentionne l'évocation d'idées suicidaires, parmi d'autres éléments, fait état des difficultés à déterminer le début de l'affection thymique (p. 17) et conclut qu'il n'existe pas d'indice de la récurrence de la dépression, que les ressources disponibles et mobilisables sont conservées, que les limitations fonctionnelles ne sont pas spécifiquement liées à la problématique psychique et que cette dernière n'a pas de caractère incapacitant (p. 18).

Le courrier de la psychiatre K_____ du 18 septembre 2018 insiste sur la nécessité d'envisager des mesures professionnelles, regrettant qu'il n'y ait aucune proposition en vue de la réinsertion de l'assurée. Elle considère que l'état actuel de la patiente est compatible avec un état dépressif dont l'intensité est sévère sans symptômes psychotiques mais ne mentionne aucune idée suicidaire ou envie d'en finir ; la psychiatre conclut que l'assurée reste en incapacité de travail, que ce dernier soit adapté ou non, et suggère un deuxième avis ou un complément d'expertise avant une décision définitive de l'OAI.

Néanmoins, à la lecture de l'attestation du 11 avril 2019 de la Dresse K_____, il apparaît que c'est lors de son stage aux EPI que la prise de conscience est survenue chez la recourante. Elle mentionne que « dès le début [de son stage] son état à la fois psychique et somatique s'est péjoré » ; c'est à ce moment que la recourante « a présenté des idées de mort, un épuisement majeur, un sentiment d'inutilité, de dévalorisation, d'incompréhension, un sentiment de culpabilité, une irritabilité accrue, elle s'est sentie perdue, avec d'importantes difficultés de concentration, d'attention ».

Dans une attestation ultérieure datée du mois d'octobre 2019, et faisant référence à la décision de l'OAI de prendre comme point de départ de l'incapacité totale le mois d'avril 2019, la Dresse K_____ revient sur l'attestation du mois d'avril 2019 en alléguant qu'il y a un « malentendu », car l'état de santé de la recourante est décrit comme déjà précaire avant le début du stage et l'attestation du mois d'avril se présente « dans la continuité de ce qui était déjà présent dès le début du suivi avec cette patiente au mois de février 2016 ». Elle considère que l'incapacité de travail n'était donc pas nouvelle et que son rapport a été mal interprété dans le contexte décrit.

Nonobstant ce que la Dresse K_____ présente, dans son attestation du mois d'octobre 2019, comme un malentendu, il n'en reste pas moins que c'est au moment du stage aux EPI que la crise majeure est survenue, ce qui a entraîné « une intervention de crise » et la mise en place d'un « suivi médical intensifié ».

S'agissant des deux autres médecins traitants, ils précisent tous deux, par courrier du 14 octobre 2019, qu'ils ne partagent pas l'appréciation de l'OAI consistant à prendre le mois d'avril 2019 comme point de départ de l'incapacité.

Le Dresse J_____ expose que « l'état de santé de la recourante était déjà très critique, motivant une incapacité de travail à 100 % bien avant de commencer son stage et ceci depuis plusieurs années (2015) ».

La Dresse N_____ estime que l'incapacité totale est antérieure à l'année 2019, en se référant à l'essai de reprise professionnelle de 2015, ainsi qu'aux attestations d'incapacité de travail délivrées depuis lors.

Il faut toutefois considérer que ces attestations des médecins traitants ne font qu'interpréter différemment la même situation médicale, sur la base des mêmes documents que ceux fournis à l'expert, étant encore précisé que le rapport

d'expertise datant de mars 2020 a pris en compte les appréciations des Dresses K_____, J_____ et N_____ rédigées au mois d'octobre 2019 et qui sont dûment citées et résumées dans la synthèse du rapport d'expertise.

S'il est exact que l'assurée présentait, en tout cas depuis l'année 2016, un état dépressif et des difficultés de concentration, elle n'a mentionné des idées de mort qu'auprès de la Dresse J_____ en novembre 2016. Il sied de constater qu'entre 2017 et 2018, aucun courrier de la Dresse K_____ ne mentionne d'idées suicidaires de sa patiente et, bien que le rapport du SMR de mai 2018 fasse à nouveau mention des idées suicidaires non scénarisées de la recourante, les deux médecins du SMR concluent, de manière consensuelle, à une capacité de travail entière sur le plan psychique.

Ainsi, aucun élément objectif ne permet de soutenir que l'incapacité de travail totale dans toute activité était déjà présente au mois de décembre 2015 comme le soutient la recourante ; au contraire, il convient d'admettre que les troubles psychiques de la recourante se sont nettement aggravés lors de son stage aux EPI, lorsqu'elle a été confrontée à ses limitations fonctionnelles, objectivées par l'absence de rendement et par la qualité du travail rendu.

Dès lors, les appréciations des médecins traitants ne sauraient remettre en question l'expertise du Dr P_____, qui aboutit à des résultats convaincants et que la chambre de céans ne saurer écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. C'est le lieu 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).

De tels éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cas de l'expertise n'apparaissent pas ; il s'agit donc uniquement d'une question d'appréciation différente, fondée sur les mêmes éléments médicaux.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans estime que la recourante n'est pas parvenue à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le point de départ de son incapacité totale dans toute activité daterait de l'année 2016. Il convient dès lors de se fonder sur le rapport d'expertise, dont la valeur probante est reconnue par la chambre de céans et qui conduit à fixer le point de départ de ladite incapacité totale au mois d'avril 2019, comme cela été retenu par l'intimé.

14.2 Le mandataire de la recourante invoque encore une violation du principe de la bonne foi au motif que le service de réadaptation de l'OAI lui aurait indiqué à plusieurs reprises qu'il lui incombait de fournir des comptes rendus médicaux expliquant l'évolution de son état de santé au cours du stage, raison pour laquelle la recourante a requis lesdits comptes rendus auprès de ses médecins traitants. La recourante allègue que ces certificats médicaux n'auraient pas été préparés s'ils n'avaient pas été demandés par l'autorité et estime que cette dernière en a fait une utilisation choquante, soit créer « de toutes pièces » la survenue d'une aggravation donnant lieu à une nouvelle incapacité de travail.

L'art. 5 al. 3 Cst. prescrit que les organes de l'État et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 136 I 254 consid. 5.3 p. 261 et les arrêts cités). De ce principe général découle notamment le droit fondamental du particulier à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'État, consacré à l'art. 9 in fine Cst. (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 et les arrêts cités).

Le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 128 II 112 consid. 10b/aa ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les références citées).

La recourante cite l'ATF V 67 consid. 2b pour alléguer qu'il existe un lien de causalité entre le renseignement obtenu du service de réadaptation de l'OAI et les dispositions prises par elle. Or, la situation est différente en ce sens que ce n'est pas en se fondant sur un renseignement erroné donné par l'autorité que la recourante a pris des dispositions dommageables, mais c'est en donnant suite aux demandes de l'OAI, fondées sur le devoir de collaboration de l'assurée, que cette dernière a requis des certificats médicaux complémentaires auprès de ses médecins traitants.

Admettre l'argumentation de la recourante conduirait à remettre en doute le contenu même de l'attestation de la Dresse K_____ décrivant les effets que le stage auprès des EPI a produit sur elle. On ne saurait douter de l'appréciation médicale de la Dresse K_____ du mois d'avril 2019, sauf à considérer qu'elle était inexacte et n'aurait été faite que pour les besoins de la cause, à savoir fournir une appréciation médicale erronée à l'OAI allant dans le sens des intérêts de la recourante. Rien ne permet de retenir cette hypothèse et la recourante doit accepter que la prise en compte, par l'intimé, des informations et documents qu'elle a fournis, notamment l'attestation de la Dresse K_____, puisse conduire à une conclusion qu'elle ne partage pas.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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