RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1352/2020 **ATAS/517/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GRAND-LANCY recourante

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

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, a déposé, en date du 11 septembre 2018, une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant comme trouble à la santé, une fibromyalgie, avec des symptômes depuis environ deux ans. Comme médecin traitant, elle indiquait le docteur B_____, spécialiste en médecine générale FMH, et le docteur C_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie.

2. À la demande de l'OAI, le Dr B_____ a répondu en date du 26 septembre 2018, précisant que le début de la longue maladie était situé en 2016 ; s'agissant de la capacité de travail exigible, elle n'était pas spécifiée, mais le médecin avait apposé la remarque « en demande d'emploi ». Les limitations fonctionnelles étaient des « douleurs musculaires et articulaires » et le début de l'aptitude à la réadaptation était estimé « de suite ». Le médecin traitant confirmait qu'il suivait l'assurée depuis 2016, que la date du dernier contrôle était fixée au 3 septembre 2018, que des contrôles avaient été effectués également auprès de son confrère le Dr C_____, rhumatologue, et qu'il voyait la patiente à raison d'une fois tous les six à neuf mois. S'agissant de la capacité de travail, il indiquait « difficile à juger, plutôt limitation fonctionnelle à l'effort » ; sous situation et symptômes, il indiquait fibromyalgie avec douleurs musculaires et articulaires fluctuantes et multiples ; son diagnostic était celui de fibromyalgie et son pronostic sur la capacité de travail de l'assurée était limité. S'agissant des limitations fonctionnelles, il indiquait « douleurs selon position et activité ».

3. À la demande de l'OAI, le Dr C_____ a répondu en date du 5 octobre 2018, précisant que depuis plusieurs mois la patiente souffrait de douleurs généralisées de l'appareil locomoteur, prédominantes au niveau du dos, accompagnées d'une raideur matinale, d'un sommeil perturbé et d'une asthénie. La patiente décrivait en outre une sécheresse buccale à prédominance nocturne. À l'examen clinique, la trouvaille la plus caractéristique était la présence d'enthésopathies multiples sur l'ensemble de l'appareil locomoteur, l'examen rhumatologique et de médecine interne étant par ailleurs normal. S'agissant d'un éventuel rhumatisme, le médecin traitant disait n'avoir pas observé de restrictions fonctionnelles spécifiques dans le cas de cette patiente ; il ne pensait pas que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail comme opératrice de saisie soit limitée. Il joignait, en annexe, un rapport d'IRM cervical et du bassin du 17 avril 2018, ainsi que des analyses de sang. Le rapport rédigé par le docteur D_____, radiologue, suite à l'IRM cervicale et du bassin en date du 17 avril 2018, ne faisait pas apparaître d'anomalies pour la colonne cervicale, ni de lésions ou de signal inflammatoire pour le bassin. En conclusion, il n'y avait pas d'arguments pour une spondylarthropathie ; on observait un bombement discal circonférentiel en C4-C5 sans rétrécissement foraminal ou canalaire significatif.

4. Selon une note téléphonique rédigée par un gestionnaire de l'OAI, un entretien téléphonique avait eu lieu, le 19 octobre 2018, pour demander à l'assurée des informations complémentaires ; il en résultait qu'elle avait stoppé toute activité professionnelle depuis 2016, date à laquelle elle se considérait comme femme au foyer, son droit au chômage étant échu depuis la fin du mois de mars 2016, et son mari étant désormais l'unique revenu du foyer. S'agissant de son traitement, elle voyait un physiothérapeute avec qui elle avait eu un rendez-vous la semaine passée et devait reprendre rendez-vous avec son médecin traitant, le Dr B_____, pour contrôle et demande de renouvellement du bon pour une physiothérapie.

5. En date du 28 février 2019, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'après avoir examiné la possibilité de mettre en place des mesures d'intervention précoce, il avait été décidé qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible et que, par conséquent, l'OAI allait examiner l'éventuel droit à une rente, lequel donnerait lieu à une décision séparée. L'assurée n'a pas réagi.

6. À la demande de l'OAI, l'assurée lui a fait parvenir un courrier du 30 avril 2019 rédigé par le Dr C_____ à l'attention du Dr B_____, dont il ressortait que le médecin traitant C_____ avait vu, pour la première fois, l'assurée en avril 2018 et qu'il avait retenu le diagnostic d'un rhumatisme des parties molles. Après avoir réexaminé l'assurée, en raison d'une recrudescence des douleurs et de l'asthénie, il constatait que les antidouleurs ne soulageaient que peu la symptomatologie douloureuse, par contre la physiothérapie apportait momentanément un soulagement. Le Dr C_____ rappelait qu'à l'examen clinique, on retrouvait de nombreuses enthésopathies très douloureuses à la palpation sur l'ensemble de l'appareil locomoteur, par contre, il n'y avait pas d'arthrite des articulations périphériques ; la mobilité des différents segments du rachis était conservée dans tous les plans et le status de médecine interne ne révélait pas d'adénopathie ou d'organomégalie suspecte. Il n'y avait pas non plus d'argument clinique ni biologique pertinent en faveur d'une maladie auto-immune chez la patiente, ce qui conduisait le rhumatologue à maintenir un diagnostic de rhumatisme des parties molles, qui, dans ce cas, était assez difficile à soulager ; il recommandait toutefois des méthodes pharmacologiques, comme la Duolexine, les sports d'endurance, soit la course ou la natation et l'aquagym, suivie d'un exercice régulier de la natation.

7. Par courrier du 22 mai 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Il concluait que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées et que la demande était rejetée. À l'issue de l'instruction médicale, l'office considérait que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante, que sa capacité de travail était pleinement exigible au plan strictement médical, dans toute activité confondue et ce depuis toujours.

8. Par courrier du 18 juin 2019, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 22 mai 2019, requérant que sa demande soit reconsidérée en prenant en compte les

analyses médicales indiquant clairement le pronostic de la maladie dont elle était atteinte et notamment la fibromyalgie qui était pleinement reconnue.

9. Par courrier du 2 juillet 2019, le Dr C_____ s'est adressée à l'OAI pour rappeler que l'assurée était suivie à sa consultation d'immunologie-rhumatologie depuis le mois d'avril 2018, suite à un consilium avec son médecin traitant, le Dr B_____. Selon le Dr C_____, l'assurée souffrait depuis 2017 de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur accompagnées de raideurs matinales, d'une perturbation du sommeil et d'une importante asthénie. Il ajoutait qu'en raison de ses symptômes, la patiente n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle dans le domaine du secrétariat, activité qui l'occupait à plein temps jusqu'en 2015, date de son licenciement pour raison économique. Il répétait les diagnostics déjà mentionnés dans son courrier du 30 avril 2019 et concluait qu'en raison de la présence d'enthésopathies multiples, il existait, indéniablement, un syndrome fibromyalgique, qui expliquait les douleurs de l'appareil locomoteur, la perturbation du sommeil, la raideur matinale et la fatigue. Selon lui, en tenant compte de ces symptômes, une activité professionnelle à plein temps paraissait difficile et il suggérait un examen complémentaire par l'un des médecins-conseils de l'OAI.

10. En date du 27 juillet 2019, le docteur E_____du service médical régional AI (SMR) a rendu un avis médical à l'issue duquel il suggérait de demander une expertise rhumatologique, en raison des enthésopathies multiples décrites par le Dr C_____ dans son courrier du 2 juillet 2019.

11. L'assurée a été convoquée pour une expertise auprès du docteur F_____, rhumatologue FMH, en date du 5 novembre 2019.

12. Le Dr F_____ a rendu un rapport d'examen clinique rhumatologique en date du 19 novembre 2019. Le médecin-conseil résumait les différentes consultations et rapports des médecins traitants de l'assurée, puis établissait une anamnèse familiale, scolaire et professionnelle. Les plaintes ostéoarticulaires étaient décrites comme suit : l'assurée était gênée dans son quotidien par des douleurs et de la fatigue, elle avait des douleurs diffuses « un peu partout » et spontanément annonçait des douleurs de la nuque, entre les omoplates, au genou, au coude et au thorax. Les douleurs étaient quotidiennes et leur localisation fluctuait ; l'assurée était fatiguée en permanence, mais davantage en fin de journée. Les symptômes étaient apparus il y avait trois ans, progressivement selon l'assurée ; l'opération à cœur ouvert de son fils cadet, en 2015, avait généré un stress important, bien que par la suite, l'évolution eut été favorable. Elle annonçait avoir la bouche sèche le matin et la journée, mais son dentiste considérait qu'elle avait beaucoup de salive, ce qui entraînait des dépôts de tartre important. L'assurée ne travaillait pas et fractionnait les tâches ménagères ; le fait de faire le ménage augmentait la fatigue, notamment le passage de l'aspirateur et le nettoyage du sol qui étaient particulièrement difficiles. Son mari l'aidait pour les courses importantes qu'elle évitait de porter ; elle avait également des difficultés dans le ménage et avait

tendance à lâcher les choses lourdes. Comme activité physique, elle annonçait qu'elle faisait de la marche une à deux fois par semaine, à plat, 15 à 20 minutes d'affilée et n'avait pas d'autres activités sportives. Elle ressentait des douleurs au dos lorsqu'elle conduisait ou lorsqu'elle était transportée en voiture. Elle indiquait se lever entre 7h00 et 8h00 et tout son corps restait rigide pendant 5 à 10 minutes ; elle allait dormir le soir à 22h00, mais dormait très mal à cause des douleurs qui la forçaient à changer de position ; elle estimait qu'elle ne dormait pas plus de trois ou quatre heures par nuit. Elle consultait son rhumatologue, le Dr C_____ tous les six mois et voyait son médecin traitant, le Dr B_____, tous les deux à trois mois. À l'égard de l'OAI, l'assurée disait que si elle arrivait à dormir un peu plus, elle se verrait reprendre une activité similaire à celle d'opératrice de saisie, mais pas à 100%, car, dans l'état actuel, alors qu'elle ne dormait que trois ou quatre heures par nuit, elle ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle. Ses habitudes étaient décrites, notamment par rapport au tabac, à l'alcool et aux médicaments, ainsi que sa vie quotidienne et le contexte psychosocial. Le status général était décrit comme celui d'une assurée de 42 ans, en bon état de santé général, qui tolérait la station assise sans difficulté pendant les 37 minutes de l'entretien et utilisait normalement ses mains, mouvements automatiques de la nuque normaux, transfert couché-assis effectué normalement ; il n'y avait pas de perte d'élan vital, pas d'asthénie constatée ; l'assurée avait les larmes aux yeux pendant l'examen clinique et répondait qu'elle se faisait du souci. Elle pesait 50 kg pour 151 cm, ce qui était une proportion normale. Le status neurologique ne faisait pas apparaître de problèmes particuliers et le status ostéoarticulaire faisait apparaître une douleur des épaules et des trapèzes, ainsi qu'une douleur de la fesse à la mobilisation. La recherche d'une fibromyalgie selon les critères de 1990 était négative avec 6/18 points de Smythe positif pour un seuil à 11/18 pour qu'il soit positif. La recherche d'une fibromyalgie selon les critères en cours, de 2016 de Wolfe et collaborateurs, aboutissait à un score SS1 de 6 points, score SS2 de 2 points, WPI de 13/19 points. Le score total était de 21 points, ce qui remplissait les critères pour une fibromyalgie. Pour le dossier radiologique, l'IRM cervicale du 17 avril 2018 ne permettait pas de visualiser d'enthésopathies. Il apparaissait toutefois des troubles dégénératifs débutants cervicaux, sans signe de compression radiculaire ; en ce qui concernait le bassin, les clichés étaient normaux ; sur le plan ostéoarticulaire, il n'y avait pas d'enthésopathies visibles au niveau de la musculature fessière. Les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail étaient les suivants : diagnostic principal, aucun sur le plan ostéoarticulaire, code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 00 ; aucun diagnostic associé. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était une fibromyalgie, ainsi qu'une cervicalgie dans un contexte de production circonférentielle C4-C5. Le médecin-conseil faisait ensuite une longue appréciation du cas, tenant compte des douleurs décrites par l'assurée et des constatations lors de l'examen clinique et concluait qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle durable d'ordre ostéoarticulaire. À la lecture des éléments du dossier, des investigations complémentaires réalisées, des

éléments cliniques objectivables décrits dans le présent examen SMR, rien ne permettait de retenir une incapacité de travail de 20% au moins sur le plan ostéoarticulaire. S'agissant des enthésopathies multiples décrites par le Dr C_____, le médecin-conseil du SMR ne pouvait pas les confirmer, car une enthésopathie était une inflammation et n'avait pas pu être prouvée dans le cadre de l'examen de l'assurée, notamment du fait que l'IRM du bassin ne montrait pas d'inflammation de la musculature fessière et aucun examen complémentaire ne confirmait une inflammation diffuse aux insertions tendineuses. Le Dr F_____ concluait que, d'un point de vue rhumatologique ostéoarticulaire, la fibromyalgie ne justifiait pas de limitation fonctionnelle durable, ni d'incapacité de travail prolongé. La capacité de travail restait complète, dans toute activité professionnelle exigible d'une femme de 42 ans, sans formation particulière. Aucune incapacité de travail n'apparaissait en l'absence de troubles dégénératifs ostéoarticulaires ou de rhumatisme inflammatoire. Le pronostic était bon sur le plan ostéoarticulaire avec les éléments à disposition, mais moyen quant à la reprise d'une activité professionnelle, en raison du fait que l'assurée n'avait plus travaillé depuis 2015 ; il était conseillé d'introduire un traitement de fond de prégabaline afin d'améliorer le seuil de tolérance à la douleur et d'encourager l'assurée à faire des activités d'endurance douce et des exercices de mobilisation globale, de type yoga ou Pilates. Il était encore observé que l'assurée présentait des douleurs apparentées à un trouble somatoforme douloureux et il y avait lieu de procéder à une instruction psychiatrique complémentaire ; enfin, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% et dans une activité adaptée de 100% également.

13. Suite à l'expertise effectuée par le Dr F_____, le Dr E_____a recommandé une expertise psychiatrique.

14. L'OAI a informé l'assurée, en date du 19 décembre 2019, qu'une évaluation médicale psychiatrique serait effectuée par le docteur G_____, psychiatre, en date du 24 janvier 2020.

15. En date du 2 mars 2020, le Dr G_____ a rendu une expertise médicale psychiatrique. Il a résumé les faits médicaux, les sources utilisées, et a procédé à une synthèse du dossier en citant les différents rapports médicaux des médecins traitants, du médecin du SMR et du Dr F_____. Dans la partie entretien, il a relevé que l'expertisée se plaignait spontanément essentiellement de douleurs diffuses, en augmentation depuis 2017, ainsi que de troubles du sommeil, qui avaient une répercussion sur la fatigue, et d'une tristesse modérée, ainsi que d'une faible estime de soi, des idées noires passives sans désir de passage à l'acte, d'une diminution de l'appétit sans perte pondérale, d'une diminution de la vie sociale, sans changement depuis 2018 jusqu'à présent ; il n'y avait pas de plainte psychotique et pas de plainte obsessionnelle compulsive. L'expert se livrait ensuite à une anamnèse complète de l'assurée, récapitulant sa formation scolaire, ses activités professionnelles, son anamnèse sociale, son anamnèse familiale, ainsi que les traitements médicamenteux qu'elle suivait. Au niveau des constatations, l'expert

relatait un comportement normal, sans ralentissement et sans compulsivité. Au niveau des constats psychiatriques, l'expert constatait une tristesse modérée, des idées noires passives sans désir de passage à l'acte et aucun symptôme psychotique. L'examen psychométrique des matrices de Raven 1938 faisait apparaître des capacités intellectuelles et de concentration légèrement en dessous de la moyenne, l'expertisée ayant obtenu un score de 27/60, ce qui en faisait une personne d'intelligence moyenne. Le questionnaire DETA ne faisait pas apparaître de problèmes éthyliques, aucun symptôme psychotique n'était constaté, l'échelle d'évaluation des symptômes psychotiques de PANSS faisait apparaître une cotation de 31, soit une absence de symptômes psychotiques. S'agissant des critères de la dépression selon la CIM 10, la tristesse était présente une partie de la journée, mais pas toute la journée, il n'y avait pas de diminution de l'intérêt et des plaisirs, il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur significatif faisant penser une perte d'énergie, et l'intéressée décrivait une estime de soi abaissée. Elle n'avait pas de sentiment de culpabilité, sa concentration était cliniquement conservée, il n'y avait pas de désir de mort, ni de tentative de suicide et on n'observait pas de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation au moment de l'expertise. Le sommeil était perturbé par des difficultés d'endormissement, mais on ne retenait pas de répercussions significatives sur ses activités de la vie quotidienne, en l'absence d'une somnolence diurne au moment de l'expertise. L'appétit était conservé. Sur l'échelle de dépression de Hamilton, le score observé était de 18, soit le score inférieur d'une dépression modérée qui allait de 18 à 24. Sur l'échelle d'estimation de la sévérité de la manie Young, le score observé était de 9, soit l'absence ou le manque de probabilité d'une manie. L'échelle d'anxiété de Hamilton faisait apparaître une anxiété mineure, avec un score observé de 14 sur une fourchette de 6 à 14. L'expert concluait à un trouble dépressif récurrent moyen, parfois léger et des traits de la personnalité anxieuse et dépendante, ce qui n'entraînait pas de limitation fonctionnelle significative psychiatrique de ses activités possibles durant une journée type. Les critères diagnostiques de la CIM 10 étaient remplis pour un trouble dépressif récurrent moyen, syndrome somatique depuis janvier 2018 jusqu'à présent. Selon l'expert, l'assurée gardait de bonnes capacités de ressources personnelles, car elle arrivait à garder des bonnes relations avec les membres de sa famille et quelques amis ; il n'y avait donc pas d'isolement social. La cohérence observée était moyenne entre certaines plaintes subjectives et les constats objectifs ; il existait un décalage entre la fatigue subjective et le constat objectif ou des plaintes de la concentration purement subjectives s'inscrivant dans un contexte de traits de la personnalité anxieuse et dépendante avec des bénéfices primaires plus importants que les bénéfices secondaires, qui existaient également. En conclusion, après examen des indices jurisprudentiels de gravité, l'éventuel trouble douloureux somatoforme persistant n'était pas avéré, depuis janvier 2018 jusqu'à présent, pas plus qu'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique. Il était conclu à la présence d'un trouble douloureux somatoforme persistant, sans indice de gravité jurisprudentiels remplis actuellement, diagnostic retenu en tenant compte

de l'expertise rhumatologique, F45.4. À l'issue de l'examen de la personnalité, l'expert concluait à des traits de la personnalité dépendante et anxieuse, actuellement non décompensée Z73.1. En résumé, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient inexistants. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique F33.11, parfois légers F33.0, depuis janvier 2018 jusqu'à présent ; un trouble douloureux somatoforme persistant sans indice de gravités jurisprudentiels remplis F45.4, et des traits de la personnalité anxieuse et dépendante Z73.1, étant précisé que ce trouble n'avait pas empêché la gestion adéquate du quotidien, ni un travail sans limitation objectivable dans le passé. S'ensuivait une évaluation médicale et médico-assuranciel à l'issue de laquelle, pour répondre aux questions, le psychiatre concluait à une capacité de travail de 100%, sans diminution du rendement, depuis janvier 2018 jusqu'à présent, en tenant compte de la jurisprudence de 2015 et de novembre 2017. Il n'était pas noté de limitation fonctionnelle significative actuellement, mais le pronostic pour une reprise professionnelle était réservé « chez une assurée peu motivée, avec des douleurs à l'avant-plan ». Le dernier emploi occupé était adapté d'un point de vue psychiatrique et l'assurée pouvait travailler dans cette activité à 100%. S'agissant des éventuelles mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail, l'expert préconisait la mise en place d'un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin pour diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif sévère et recommandait également un suivi psychiatrique hebdomadaire, ciblant les traits de la personnalité anxieuse et dépendante.

16. Par avis médical du 12 mars 2020, le docteur H_____, du SMR, a confirmé qu'à la lecture de l'expertise rhumatologique du Dr F_____, une fibromyalgie et des cervicalgies sans conséquences sur la capacité de travail étaient retenues, avec la précision que le rhumatologue considérait qu'une expertise psychiatrique devait également être effectuée. Après que celle-ci ait été ordonnée, le médecin-conseil considérait qu'à la lecture du rapport d'expertise psychiatrique, l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé sévère et durable sur le plan psychiatrique. L'examen du rapport d'expertise montrait une cohérence entre l'anamnèse, le statut psychiatrique et les diagnostics retenus ; l'expert avait examiné les indicateurs de sévérité et au vu de ce qui précédait les conclusions du rapport SMR du 15 mai 2019 restaient valables.

17. En se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu, en date du 31 mars 2020, une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. L'OAI se fondait notamment sur l'appréciation de son service médical, ainsi que sur le rapport d'expertise rhumatologique et le rapport d'expertise psychiatrique.

18. Par courrier reçu le 24 avril 2020, par l'office cantonal des assurances sociales, l'assurée a fait opposition (recte : recours) contre la décision du 31 mars 2020, précisant qu'elle allait fournir des documents prouvant son incapacité de travail dès

que possible. L'OAI a transmis les écritures de recours à la chambre de céans, comme objet de sa compétence.

19. Dans sa réponse du 6 août 2020, l'OAI a indiqué qu'il s'était fondé sur le fait qu'à la suite de la demande de prestations de l'assurée, en septembre 2018 pour fibromyalgie, le propre médecin traitant de l'assurée, le Dr C_____, avait indiqué dans son rapport du 5 octobre 2018 « je ne pense pas que d'un point de vue rhumatologique la capacité de travail comme opératrice de saisies soit limitée ». Dans son apport subséquent du 30 avril 2019, adressé au Dr B_____, le Dr C_____ décrivait une absence d'atteinte rhumatologique avec un examen clinique rassurant, hormis les plaintes algiques de l'assurée. Le projet de refus de prestations adressé à la recourante avait été contesté par cette dernière qui avait transmis le rapport du Dr C_____ du 2 juillet 2019, dans lequel le médecin traitant expliquait que l'assurée souffrait d'un syndrome fibromyalgique et que compte tenu des symptômes, une activité à plein temps lui paraissait difficile. Suite à l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr F_____, en date du 5 novembre 2019, l'expert ne retenait aucune atteinte incapacitante rhumatologique, mais indiquait la nécessité d'une expertise psychiatrique. Suite à l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr G_____, en date du 2 mars 2020, ce dernier ne retenait aucune incapacité de travail, ni de limitation fonctionnelle significative, étant précisé que les ressources de la recourante étaient bonnes, mais que le pronostic pour une reprise professionnelle était réservé chez une assurée peu motivée avec des douleurs à l'avant-plan. En se fondant sur ces avis médicaux, l'OAI persistait dans la décision querellée.

20. Par réplique du 7 septembre 2020, la recourante a transmis des pièces médicales, soit les courriers du Dr C_____ du 30 avril 2019 et du 2 juillet 2019, ainsi qu'un rapport de SOS médecin, du 7 novembre 2016, adressé au Dr B_____ et qui faisait état d'une oppression thoracique qui, aux dires du médecin, aurait disparu au bout de 10 minutes. Étaient également joints, trois certificats du Centre médical de Plainpalais, tous trois adressés au médecin traitant B_____, l'un du 6 janvier 2017, l'autre du 9 janvier 2017 et le dernier du 29 septembre 2017, mais qui n'apportaient pas plus d'éléments sur le plan médical.

21. Par duplique du 29 septembre 2020, l'OAI a confirmé avoir pris connaissance des éléments médicaux transmis par le recourante, tout en précisant qu'il était déjà en possession de la plupart de ces documents et que les autres pièces n'amenaient aucun nouvel élément médical objectif ; dès lors, l'OAI persistait dans ses conclusions.

22. 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. 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 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 31 mars 2020, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

5. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 56 et 60 LPGA; cf. également l'art. 63 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).

   Selon l'art. 1 de l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19) du 20 mars 2020 (ci-après l'ordonnance sur la suspension) lorsque, en vertu du droit fédéral ou cantonal de procédure applicable, les délais légaux ou les délais fixés par les autorités ou par les tribunaux ne courent pas pendant les jours qui précèdent et qui suivent Pâques, leur suspension commence dès l'entrée en vigueur de la présente ordonnance et dure jusqu'au 19 avril 2020 inclus (al. 1). Les effets de la suspension sont régis par le droit de procédure applicable (al. 2).

   La suspension s'applique aussi aux délais fixés par les autorités ou par les tribunaux avec comme échéance une date précise entre l'entrée en vigueur de la présente ordonnance et le 19 avril 2020 (al. 3).

   Selon l'art. 2 de l'ordonnance précitée, celle-ci entre en vigueur le 21 mars 2020 à 0h00 et a effet jusqu'au 19 avril 2020.

6. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais jusqu'au 19 avril 2020, le recours est recevable.

7. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 31 mars 2020 refusant toute prestation d'invalidité à la recourante.

8. 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).

9. a. 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 émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

   b. 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).

c. 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).

d. 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).

10. 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).

    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).

    Ces indicateurs sont classés comme suit :

    I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

    Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

    A. Axe « atteinte à la santé »

    1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

    Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

    L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

    2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

    Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué.

Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se

manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

11. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en

effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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).

12. 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).

13. Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

14. 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).

15. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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).

    b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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.

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

    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).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. 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 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. 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 RAI; 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).

h. 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).

i. 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. 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).

j. 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).

16. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

17. a. 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).

    b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre

l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de

preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

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).

18. 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).

19. 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 (RS 101 - Cst; 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).

20. 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).

21. En l'espèce, la recourante appuie sa demande sur les certificats médicaux de ses deux médecins traitants, le Dr B_____, généraliste, et le Dr C_____, rhumatologue. Il ne ressort pas des certificats produits par lesdits médecins que ces derniers reconnaîtraient une incapacité de travail du fait des troubles de la santé de la recourante. En particulier, le questionnaire rempli par le Dr B_____, en date du 26 septembre 2018, pose le diagnostic de fibromyalgie et reconnaît des limitations fonctionnelles, à savoir des douleurs musculaires et articulaires, mais ne fixe pas de pourcentage pour la capacité de travail exigible. S'agissant des certificats médicaux remis par le Dr C_____, ils concluent également à un diagnostic de fibromyalgie ; toutefois, le médecin traitant ne fixe pas non plus de pourcentage quant à la capacité de travail, se contentant de relever dans son courrier du 2 juillet 2019 que « compte tenu des symptômes susmentionnés, une activité professionnelle à plein temps paraît difficile ».

22. S'agissant des expertises rhumatologiques et psychiatriques ordonnées par l'intimé, elles sont complètes, précises et bien motivées, reprenant notamment les indicateurs jurisprudentiels, et ne comportent pas de contradictions. Les deux experts concluent que la capacité de travail de la recourante reste entière. Il en résulte que les conclusions des médecins traitants - sous réserve de la nuance apportée par le Dr C_____ quant aux difficultés de la recourante pour exercer une activité à plein temps - rejoignent les conclusions des experts mandatés par l'intimé.

23. Au vu de la concordance des conclusions médicales sur la capacité de travail de la recourante et du dossier médical, la chambre de céans considère, au degré de la

vraisemblance prépondérante que la capacité de travail de la recourante est de 100%.

24. Partant, le recours sera rejeté.

25. Compte tenu de ce qui précède, 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

Nathalie LOCHER — 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