RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1445/2020 **ATAS/268/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS DONZE	recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Suite à un accident survenu en octobre 1989 et qui a causé des troubles de la santé au genou et à la cheville droite, Madame A_____, (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, célibataire, qui jusqu'alors exerçait la profession d'aide-soignante, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, depuis le 1er octobre 1990. Cette rente a été remplacée par une demi-rente, versée depuis le 1er août 1994, suite à une procédure de révision d'office, menée par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

2. En date du 24 avril 2017, l'OAI a reçu une nouvelle demande de prestations d'invalidité de l'assurée qui précisait n'avoir plus d'activité lucrative depuis 1991, et qui, sous la rubrique atteinte à la santé, indiquait « instabilité cheville droite (3 opérations) suite à un accident ; hernie discale cervicale, lombalgie chronique, et dépression ». Elle communiquait le nom de son médecin traitant, à savoir la doctoresse B_____, généraliste, pour ses problèmes somatiques, ainsi que de son psychologue, Monsieur C_____.

3. Par retour de courrier, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui appartenait de transmettre tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, depuis la date de la dernière décision.

4. L'assurée a transmis à l'OAI :

   - un certificat médical de la Dresse B_____, daté du 4 mai 2017, certifiant que l'état de santé de la patiente s'était aggravé depuis septembre 2015, avec apparition d'importantes cervicalgies sur hernie discale étagée C5-C6 et C6-C7 ne répondant pas à différents traitements conservateurs ; ceci en plus des problèmes préexistants ayant motivé une rente d'invalidité à 50% depuis 1991 ;

   - un certificat concernant une infiltration cervicale du 8 mai 2017, signé par le docteur D_____, radiologue, faisant état d'une infiltration péri- radiculaire et para-musculaire en C6-C7 à droite, avec un bon résultat technique ;

   - un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 8 mai 2017, signé par le Dr D_____, faisant apparaître dans les conclusions, en C6-C7 une herniation circonférentielle centrale, para-centrale et foraminale plus importante à droite qu'à gauche, entrant en conflit avec le nerf C6 à droite ; en C5-C6 bombement circonférentiel sans conflit disco-radiculaire.

5. Par avis médical du service médical régional AI (SMR), daté du 21 septembre 2017, la doctoresse E_____s'est prononcée sur le rapport médical de la Dresse B_____ et a considéré que l'assurée souffrait de cervicalgies sur hernie discale étagée C5-C6 et C6-C7. Dès lors que cette nouvelle atteinte cervicale rendait l'aggravation plausible, il était nécessaire de reprendre l'instruction et demander à l'assurée si elle avait vu un rhumatologue ou neurochirurgien afin d'obtenir un rapport médical.

6. La Dresse B_____ a rempli un rapport médical à destination de l'OAI, en date du 20 octobre 2017. Elle a fixé le début de la longue maladie à 2013 et a considéré la capacité de travail exigible à 0% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ; sous la rubrique cause de l'incapacité de travail, elle a indiqué : maladie avec un état dépressif depuis 2013, une discopathie et hernie discale cervicale C6-C7 depuis 2015, une neuronite vestibulaire depuis 2017, des douleurs articulaires diffuses et des céphalées. Sur les diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a ajouté l'obésité avec BMI de 47, des diverticules en 2015 et 2016, une rosacée oculaire depuis 2014, ainsi que des apnées du sommeil. Sous anamnèse, elle a indiqué un état dépressif, des douleurs articulaires diffuses et cervicalgies, patiente à l'assurance-invalidité à 50% depuis 1991. Son pronostic était réservé. Sur la nature et l'importance du traitement actuel, elle a indiqué : suivi psychologique de longue date auprès de M. C_____, un suivi rhumatologique auprès de la doctoresse F_____, rhumatologue, des physiothérapies et infiltrations péridurales. S'agissant de la médication, elle a indiqué des antalgiques, soit du Dafalgan. Pour l'incapacité de travail, elle a rappelé que sa patiente percevait une rente d'invalidité à 50%, depuis 1991, et n'avait pas d'autres activités professionnelles ; selon le médecin traitant, on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, il n'y avait pas de mesures de réadaptation professionnelle possible et une péjoration de l'état de santé était observée depuis 2017.

7. La Dresse F_____ a rempli un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 12 janvier 2018. La cause de l'incapacité de travail était une maladie, à savoir des polyarthralgies et rachialgies diffuses sur hyperlaxité et troubles dégénératifs. Elle avait été consultée les 5 et 19 septembre 2017. Sous anamnèse, la doctoresse indiquait des douleurs dans les lombaires, dans le genou, la cheville et le talon droit et au coccyx. Elle ajoutait comme constat médical, une obésité, une nuque limitée et douloureuse, une mobilité complète à droite, mais limitée à gauche, et concluait à un pronostic réservé. Sur le traitement, elle indiquait des antalgiques et de la physiothérapie et sous la rubrique incapacité de travail, elle renvoyait l'OAI à consulter le médecin traitant.

8. Par courrier du 22 février 2018, le docteur G_____, neurologue, a répondu à la demande de renseignements de la Dresse B_____. Pour l'examen neurologique, le médecin a constaté une limitation des rotations dans la nuque et pour l'examen ENMG des membres supérieurs, une neurographie motrice normale. En conclusion, l'examen neurologique montrait la présence d'un signe de Hoffmann, ainsi qu'un Phalen et un Tylen positifs des deux côtés, avec une douleur à la palpation de l'épicondyle à droite. Au vu d'un canal cervical étroit connu, le neurologue proposait de réaliser une IRM cervicale de contrôle, afin de déterminer s'il existait une aggravation, en particulier au niveau C5-C6 et C6-C7 qui pourrait être responsable d'une myélopathie cervicale débutante.

9. Suite à l'IRM de la colonne cervicale du 2 mars 2018, le radiologue D_____ a envoyé un rapport à la Dresse B_____, dont les conclusions étaient une

discopathie en C5-C6 et C6-C7 prédominant en C6-C7, où l'on notait un contact avec la moelle épinière sans myélopathie ; une sténose foraminale bilatérale en C5-C6 conflictuelle avec la racine C6. Il n'y avait pas de changement significatif par rapport au comparatif du 8 mai 2017.

10. Par avis médical du SMR, daté du 21 août 2018, la Dresse E_____a rappelé qu'il s'agissait de la cinquième révision et que lors des révisions successives effectuées en 2007, 2010 et 2013, la demi-rente avait été maintenue. Les rapports médicaux de la Dresse B_____ et de la Dresse F_____ étaient résumés, et le médecin-conseil de l'OAI considérait que l'aggravation avait été rendue plausible depuis 2017, mais indiquait qu'il était nécessaire de poursuivre l'instruction en demandant un rapport médical à celui qui était présenté comme son psychiatre, le « Dr » C_____, en demandant également un rapport médical au praticien O.R.L. qui suivait l'assurée, en envoyant une lettre SMR au médecin traitant et enfin en déterminant le statut de l'assurée, après quoi le SMR verrait quelles suites il devait donner à ce dossier.

11. Dans une note de travail de l'OAI, datant du 23 août 2018, un gestionnaire de l'OAI a demandé s'il fallait vraiment envoyer un rapport initial à M. C_____, car celui-ci n'était pas psychiatre, mais psychothérapeute-psychologue. En réponse à sa question, il lui était indiqué que la demande « avait été prise en considération et introduite dans le tableau ».

12. Par note de statut du même jour, un gestionnaire de l'OAI a indiqué que l'assurée aurait probablement travaillé à 100% si elle n'avait pas eu d'atteinte à sa santé. Il ne convenait donc pas de remettre en question le statut d'actif retenu par le passé.

13. En date du 7 septembre 2018, le docteur H_____, ophtalmologue, a répondu à l'OAI quant au statut ophtalmologique de l'assurée. Il était indiqué que cette dernière était myope et astigmate et avait besoin de lunettes ou de lentilles de contact ; sur le plan ophtalmologique, sa capacité de travail était estimée à 100% que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Hormis la myopie, il n'y avait pas de problème ophtalmologique.

14. En date du 12 septembre 2018, le docteur I_____, spécialiste O.R.L., a répondu à l'OAI quant au statut O.R.L. de l'assurée. Il était indiqué, en septembre 2017, un déficit vestibulaire périphérique à droite et un VPPB du canal semi-circulaire postérieur du même côté. Cette affection double rendait compte des vertiges positionnels et des symptômes quasi continus avec instabilité. Il s'agissait probablement des manifestations d'une neuronite vestibulaire mal compensée qui pouvait expliquer l'état persistant de fatigue de l'assurée, particulièrement manifeste en fin de journée, en raison des efforts importants à fournir et de l'énergie à consacrer à la compensation centrale. La capacité de travail était estimée à 100% du point de vue O.R.L. que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

15. En date du 25 octobre 2018, le docteur J_____, généraliste, a répondu à l'OAI quant au statut de l'assurée. Il indiquait avoir pris la suite de la Dresse B_____

depuis le 15 novembre 2017 avec un dernier contrôle effectué le 5 octobre 2018. Il voyait la patiente tous les 15 jours et considérait que son incapacité de travail était de 100% depuis la première consultation jusqu'à ce jour. S'agissant des autres médecins qui avaient pu intervenir, le Dr J_____ mentionnait un psychiatre, le Dr K_____, la Dresse F_____ et le docteur L_____, rhumatologue. Sous la rubrique situation et symptômes médicaux actuels, il écrivait douleur généralisée et mentionnait plusieurs antalgiques ; s'agissant du diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, il mentionnait des lombalgies et des talalgies, et indiquait « voir psy ». L'obésité était également mentionnée et le pronostic était réservé. Sous la rubrique prochaines mesures envisagées, il indiquait physio, régime, psy ; sous la rubrique potentiel de réadaptation, il estimait que la patiente pouvait travailler une heure par jour et que son pronostic de réadaptation était faible en raison de ses algies, de problème d'adaptabilité et de problèmes émotionnels. S'agissant de l'accomplissement des tâches ménagères, les limitations étaient les algies, l'obésité et les talalgies.

16. En date du 1er novembre 2018, le docteur K_____, psychiatre et psychothérapeute, a répondu à l'OAI en indiquant qu'il avait rencontré l'assurée en novembre 2017 suite à une psychothérapie déléguée, suivie auprès de M. C_____, dans un contexte d'épisode dépressif réactionnel. Il était indiqué que l'assurée avait stoppé son suivi psychothérapeutique en février 2018, car elle est n'en voyait plus l'utilité. Sa journée-type commençait au lever, vers 7 heures, suivi du petit-déjeuner, puis d'une promenade avec les chiens, un déjeuner frugal vers 13 heures, des courses à la Migros ou des rendez-vous médicaux, un dîner le soir vers 19h30, puis Internet ou de la lecture jusqu'à minuit. Elle assumait son ménage et son administration et disait avoir une amie qu'elle voyait régulièrement chez elle. Sur le plan psychiatrique, le médecin constatait des limitations fonctionnelles, telles que le découragement, un sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, une démotivation, une procrastination et indécision, mais que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'incidence sur une journée-type.

17. Suite à la réception des rapports médicaux des différents médecins, le SMR a rendu un avis médical en date du 12 février 2019. La Dresse E_____ résumait les différents rapports sur le plan psychique, sur le plan O.R.L., sur le plan généraliste, ainsi que l'ENMG, et concluait qu'il existait une aggravation sur le plan rhumatologique depuis novembre 2017, l'assurée souffrant d'un syndrome douloureux. Le médecin-conseil suggérait une expertise rhumatologique afin de déterminer l'ensemble des atteintes incapacitantes et la capacité de travail dans une activité adaptée, tout en laissant le soin à l'expert de préciser si l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme.

18. Suite à cet avis médical, l'OAI a décidé de soumettre l'assurée à un examen effectué par un expert médical certifié SIM, travaillant pour le SMR, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.

19. Ce dernier a rendu, en date du 10 avril 2019, un rapport intitulé « Examen clinique rhumatologique » mentionnant, en exergue, que l'atteinte à la santé était purement rhumatologique et que ce rapport pouvait donc faire office de rapport final du SMR.

20. Le rapport résumait l'anamnèse médicale de l'assurée, notamment le fait qu'il s'agissait d'une cinquième révision de rente du 24 avril 2017, pour aggravation. Le rapport médical de la Dresse B_____ du 4 mai 2017 était résumé, ainsi que celui de la Dresse F_____. Était mentionné, le rapport médical du Dr K_____, qui n'avait vu l'assurée que deux fois en novembre 2017 ; il était précisé qu'aucun diagnostic psychiatrique n'était posé et que le descriptif d'une journée-type ne montrait pas de signe de gravité, l'assurée s'occupant seule de son ménage et de son administratif. Il était considéré que le découragement, la démotivation, la procrastination étaient des signes subjectifs, sans incidence sur l'activité quotidienne. S'ensuivait le rapport médical du 6 octobre 2017 du Dr I_____, puis le rapport médical rhumatologique du Dr J_____, ainsi que la consultation du neurologue, en date du 22 février 2018. Enfin, il était précisé que le médecin SMR responsable du dossier de l'assurée - la Dresse E_____- avait demandé d'examiner s'il existait une aggravation sur le plan rhumatologique depuis novembre 2017, ainsi que d'établir le présent examen clinique afin de déterminer s'il existait un syndrome douloureux somatoforme. Les documents du dossier étaient résumés, soit les différents rapports, depuis le rapport du Dr N_____, du 1er octobre 1991, jusqu'au rapport du Dr H_____, du 7 septembre 2019. Une anamnèse était faite, mentionnant le contexte familial, scolaire et professionnelle, les antécédents personnels, les plaintes ostéo-articulaires, les attentes vis-à-vis de l'OAI, l'anamnèse par système, les habitudes, les médicaments, la vie quotidienne et le contexte psychosocial. Sur le plan psychiatrique, il était mentionné que l'assurée avait été suivi par M. C_____, psychologue, sous la supervision du Dr K_____, psychiatre, qui aurait dit à l'assurée qu'il n'y avait pas de problème psychiatrique, ce qui avait entraîné la fin de la prise en charge chez M. C_____, en septembre-octobre 2018. Après l'anamnèse, le statut général et le statut neurologique étaient effectués, ainsi qu'un statut ostéoarticulaire. Il était mentionné un dépistage des signes comportementaux, les lombalgies, ainsi qu'un dépistage des signes d'une fibromyalgie dont il ressortait, selon les critères ACR 2010, révisés en 2016 par WOLFE et collaborateur (ci-après : ACR 2016), un *widespread pain index* de 13/19, un nombre de zones douloureuses de 5/5, un score de la sévérité des symptômes au cours des sept derniers jours de 6/9, un score de la sévérité des symptômes aux considérés dérangeants et présents au cours des six derniers mois de 3/3, un score total de la sévérité des symptômes de 9/12. La conclusion en était que l'assurée présentait une fibromyalgie selon les nouveaux critères ACR 2010 révisés en 2016, mais pas selon les anciens critères ACR 1990. Le dossier radiologique était résumé, soit les différentes radiologies, échographies et IRMs depuis le RX de la cheville droite, du 24 mai 2007, jusqu'à l'échographie des deux avant-pieds du 11 avril 2018. Les diagnostics retenus avec répercussion durable sur la capacité de travail étaient les suivants ; comme diagnostic principal : des troubles

dégénératifs de la cheville droite, dans le cadre d'une instabilité après trois opérations de plastie ligamentaire, M19.0 et comme diagnostics associés : des rachialgies diffuses sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec hernies discales C5-C6 et surtout C6-C7, M54 ; une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec tendinopathie calcifiante du sus-épineux droit minime, une tendinopathie chronique des tendons sus et sous-épineux gauche, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire gauche ; un syndrome rotulien droite dans le cadre d'un status après opération du ménisque interne droit, M22.2 ; une bursite inter-capito-métatarsienne du deuxième rayon droit et hallux valgus gauche. Comme diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, il était indiqué : une fibromyalgie probablement secondaire, M79.0 ; un névrome post-traumatique de la branche dorsale sensitive du nerf ulnaire droit, au dos du poignet ; une obésité morbide avec BMI à 44 ; un discret statut variqueux bilatéral à prédominance gauche. Une appréciation du cas était ensuite décrite, avec, en conclusion, les limitations fonctionnelles suivantes : pour le rachis, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Pour les MI, pas de génuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de franchissement régulier d'escalier, privilégier une activité en position assise, pas de position debout de plus de 30 minutes, pas de marche de plus de 20 minutes. Pour les MS, pas d'élévation ou d'abduction des deux épaules à plus de 70°, pas de levée de charges avec chaque MS de plus de 5 kg, l'assurée étant gauchère. À la question : depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, il était répondu qu'il y avait une incapacité de travail complète depuis le 30 octobre 1989, selon le rapport du Dr N_____ du 1er décembre 1989, à destination de l'assurance-accidents La Bâloise. À la question : comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors, il était répondu qu'il n'y avait pas de capacité de travail dans l'activité d'aide-hospitalière depuis le 30 octobre 1989, par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était de 50% dès le 9 octobre 1992, soit depuis la date de l'expertise du Dr O_____, qui retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Concernant la capacité de travail exigible, elle était déterminée sur le plan rhumatologique par les troubles dégénératifs de la cheville droite, sur instabilité de cette dernière et accessoirement par les autres pathologies rhumatologiques. La fibromyalgie, qui était considérée comme probablement secondaire aux autres pathologies rhumatologiques, n'était pas considérée comme incapacitante, les ressources et l'intégration sociale étant bien préservées. La date du début de l'aptitude à suivre ou à s'investir dans une mesure de réadaptation était fixée au 9 octobre 1992. Quant au pronostic, il était mentionné que les troubles dégénératifs du rachis et de la cheville droite risquaient de s'aggraver à long terme. Enfin, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'aide-hospitalière,

était de 0%, et dans une activité adaptée était fixé à 50% depuis le 9 octobre 1992 ; à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

21. En date du 9 juillet 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, considérant qu'à l'issue de l'instruction, la situation médicale était superposable à celle existante en mai 1992, les éléments du dossier n'ayant pas permis de mettre en évidence une aggravation de l'état de santé. Par conséquent, le droit à une demi-rente uniquement était maintenu.

22. L'assurée s'est opposée au projet de décision en date du 6 août 2019. Un délai de 30 jours lui a été fixé pour transmettre de nouveaux documents médicaux susceptibles de modifier la décision. Après prolongation du délai, l'assurée a communiqué à l'OAI un courrier du docteur P_____, rhumatologue, daté du 9 décembre 2019, dans lequel le médecin constatait que l'assurée présentait des douleurs de la cheville droite dans un contexte de plastie ligamentaire, des lombalgies chroniques, des douleurs articulaires diffuses, une marche douloureuse, une diminution de la mobilité du rachis lombaire, et concluait que sa patiente lui rapportait ne plus pouvoir exercer une activité professionnelle en raison de ses douleurs, les difficultés qu'elle présentait à gérer son activité de la vie quotidienne, l'impossibilité de faire son ménage et d'importantes difficultés lorsqu'elle faisait ses courses. L'assurée a également communiqué à l'OAI une attestation du 10 décembre 2019 du Dr J_____, lequel rappelait que la patiente était en traitement depuis 2017 pour des nombreuses algies diverses, plus particulièrement des cervicalgies, dorsalgies, lombalgies et gonalgies bilatérales et que, depuis cette date, les traitements symptomatiques mis en place s'étaient soldés par des échecs, la patiente ayant consulté différents spécialistes sans résultat. Le médecin traitant ajoutait que ces derniers 12 mois, il avait constaté l'apparition d'une fibromyalgie assortie d'un état dépressif réactionnel, s'aggravant et lui faisant demander un avis psychiatrique. Selon lui, la situation somatique semblait actuellement s'aggraver, se doublant d'une fatigabilité exacerbée empêchant toute activité, et justifiait une demande de prise en charge d'invalidité à 100% en accord avec le rhumatologue et le psychiatre qui suivaient la patiente. Il concluait que la situation vécue par l'assurée ne pourrait vraisemblablement pas s'améliorer suffisamment dans les années qui venaient, pour envisager une quelconque reprise d'activité. Un troisième certificat médical, daté du 5 décembre 2019, et signé par le docteur Q_____, psychiatre et psychothérapeute, attestait que l'assurée était suivie à sa consultation depuis le 15 octobre 2019 et qu'il était nécessaire d'apporter des précisions quant aux comorbidités psychiatriques qui n'avaient pas été prises en considération, en raison du rapport médical de son précédent psychiatre, le Dr K_____, qui n'avait vu l'assurée qu'à deux reprises et qui retenait le seul diagnostic d'un épisode dépressif réactionnel. Le Dr Q_____ indiquait avoir vu l'assurée à six reprises et qui lui apparaissait déjà clairement que sa symptomatologie dépressive n'était pas réactionnelle, mais rentrait dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent F 33.1, présent depuis de très nombreuses années (il renvoyait aux rapports de son médecin

traitant). L'intensité de ses symptômes dépressifs fluctuaient entre légère et modérée selon les périodes ; il était difficile d'affirmer des périodes de rémission totale entre ces épisodes, il n'y avait pas d'intensité sévère et la patiente arrivait à se mobiliser quand cela était nécessaire, quand elle y trouvait du plaisir, comme pour la promenade de ses chiens. Les symptômes psychiques étaient en intense relation avec les problèmes rhumatologiques et la symptomatologie douloureuse ; il était nécessaire d'évaluer sa capacité de travail dans une vision globale de ses troubles. Le médecin avait, dans ce sens, récemment changé la médication anti-dépressive en faveur de la Duoléxine, augmentée à 60 mg par jour la semaine dernière, pour un meilleur effet sur la symptomatologie douloureuse. Sur le plan strictement psychiatrique, il notait une diminution de l'envie et du plaisir, une thymie triste, une importante émotivité, des difficultés de sommeil, une perte d'énergie et de motivation, l'assurée ne voyant son existence que comme une somme de déceptions, de pertes et d'incapacité. En dehors des éléments dépressifs, le psychiatre retenait également un trouble de la personnalité, l'assurée étant en difficulté dans ses relations sociales et dans son rapport avec elle-même et ses émotions au long cours, indépendamment des épisodes dépressifs, car elle était très isolée socialement et ses différentes relations amicales étaient instables. Elle présentait une histoire familiale infantile marquée par un vécu de rejet, d'humiliation et d'abus, et avait cherché pendant de nombreuses années à obtenir de l'affection à travers un assujettissement aux autres, notamment auprès de sa famille, puis dans le cadre professionnel, en travaillant en tant qu'aide-soignante. Elle avait développé une obésité pour se créer une sorte de barrière physique contre ses émotions, pour se mettre à distance d'elle-même. L'accumulation de ces différents problèmes physiques l'avait amenée progressivement à une crise durable de son fonctionnement relationnel émotionnel ; elle était sensible au moindre signe de rejet, constamment déçue et se sentant trahie dans ses relations ; elle n'avait plus de moyens d'obtenir de l'affection et ses difficultés à gérer ses émotions et à les exprimer l'avaient amenée aussi à développer une composante psychosomatique, qui venait s'ajouter à ses troubles physiques avérés ; son corps devenait ainsi un moyen, pour elle, d'exprimer sa souffrance. Un trouble de personnalité sans précision F60.9 était retenu, car l'assurée ne présentait pas suffisamment de critères pour un trouble borderline au sens strict, bien qu'il en ait certaines caractéristiques. En conclusion, le médecin considérait que les troubles psychiques de l'assurée aggravaient son pronostic, en termes de capacité de travail, car les symptômes dépressifs fluctuants étaient présents au long cours et contribuaient à son manque d'énergie et de motivation ; les éléments de personnalité entraînaient des difficultés interpersonnelles manifestes qui étaient difficilement compatibles avec un travail en équipe ; elle ne possédait pas de capacité d'adaptation ni de résistance au stress suffisante. En ajoutant à cela ses limitations fonctionnelles physiques, empêchant notamment les trop longues périodes en station debout ou assise, il ne voyait aucune activité professionnelle qui serait raisonnablement exigible et considérait que l'assurée était dans une incapacité totale, autant dans sa précédente activité

professionnelle que dans les éventuelles alternatives. Par conséquent, à la lumière de ces éléments il demandait à l'OAI de réévaluer sa décision de ne pas accorder une rente entière qui, à son sens, était irréaliste.

23. Par avis médical du 24 mars 2020, le docteur M. R_____, du SMR, a commenté les pièces médicales qui avaient été communiquées par l'assurée à l'OAI, après son opposition. Selon le médecin du SMR, le trouble dépressif chronique était connu de longue date et avait été pris en compte dans les différentes instructions, l'existence d'une humeur dépressive chronique n'étant pas niée par le SMR, bien au contraire, l'examinateur ayant tenu compte des plaintes de l'assurée dans ses déclarations lors de l'examen de mars 2019. Le Dr R_____ citait un passage du courrier du 26 octobre 2018 du Dr K_____, décrivant une journée-type, selon lequel il y avait du découragement un sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, de la démotivation, de la procrastination et de l'indécision, mais que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'incidence sur une journée-type. En conclusion, le médecin du SMR considérait que les éléments psychiques évoqués par le Dr Q_____ étaient donc connus de longue date et avaient été pris en compte dans l'instruction qui s'était close par le projet de décision du 9 juillet 2019 ; le SMR maintenait donc sa position.

24. Par décision du 20 avril 2020, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité, se fondant sur la motivation déjà exposée dans le projet de décision et ajoutant que les pièces médicales versées au dossier, après l'opposition, ne modifiaient pas la précédente appréciation du SMR.

25. En date du 22 mai 2020, le conseil de l'assurée a interjeté recours, demandant préalablement l'exonération de toute avance de frais, sûreté et frais judiciaires, dans la mesure où la recourante bénéficierait de l'assistance juridique, ainsi que l'audition de l'assurée et l'ordonnance de toutes mesures probatoires, notamment une possible expertise judiciaire. Principalement, il était demandé d'annuler la décision querellée, de constater que la recourante avait droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er octobre 2017 et de renvoyer le dossier à l'OAI avec suite de dépens. Selon la recourante, l'aggravation sur le plan rhumatologique, depuis novembre 2017, avait été admise par la Dresse E_____du SMR, mais l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr M_____ du SMR comportait de nombreuses erreurs, en ce qui concernait le quotidien de la recourante. De plus, les éléments psychiatriques avaient été sous-estimés et une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire. Le diagnostic de fibromyalgie qui avait été posé n'avait pas débouché sur un examen psychique et l'examen rhumatologique se fondait sur de nombreux éléments erronés et des descriptions d'activités quotidiennes que la recourante n'était nullement en capacité d'exercer, contrairement à ce qui était mentionné dans le rapport ; en conclusion, l'instruction était incomplète et erronée et l'aggravation de l'état de santé de la recourante n'avait pas fait l'objet d'une analyse correcte, qui aurait dû aboutir à l'octroi d'une rente entière. Un rapport du docteur S_____, radiologue, concernant une nouvelle

IRM de la cheville droite datant du 11 mai 2020, était joint au recours, dont les conclusions étaient des troubles dégénératifs prédominant en tibio-talien malléolaire interne et antérieur où l'on observait de multiples foyers de chondropathie profonde, un status poste plastie du ligament halo fibulaire antérieur et probablement à hauteur du sinus du tarse, sans signe de complications aiguës, une lame d'épanchement articulaire au niveau tibio-talien, associé une infiltration des tissus mous prédominant en malléolaire externe, une aponévropathie plantaire superficielle sur son faisceau central, associé à une épine calcanéenne centimétrique, à corréler aux status clinique.

26. En date du 30 juin 2020, le conseil de l'assurée a complété son recours en citant les passages de différents rapports médicaux qui, selon la recourante tendaient à montrer clairement l'aggravation de son état de santé. L'examen clinique rhumatologique du 15 mars 2019 était critiqué, notamment le déroulement d'une journée-type qui contenait de nombreux éléments erronés, l'absence d'environnement social ayant été mal pris en compte et le renvoi à l'expertise de 1992 n'ayant pas de sens, l'accident de voiture de 1994 n'étant pas pris en compte, et ne mentionnant ni les cervicalgies et lombalgies diagnostiquées par la suite, ni même le diagnostic de fibromyalgie qui ne pouvait pas être posée en 1992. Les éléments psychiques n'avaient pas été suffisamment évalués et la conclusion selon laquelle l'état de santé actuelle était superposable à celui existant en 1992 était totalement erronée.

27. Par chargé complémentaire du 1er juillet 2020, la recourante a communiqué à la chambre de céans un certificat médical du Dr H_____ du 20 mai 2020 décrivant une rosacée oculaire associée à une blépharite très marquée et précisant que cette pathologie induisait une mauvaise qualité de larmes avec une sécheresse importante, voire invalidante, malgré un traitement bien conduit et des complications comme des chalazions à répétitions et autres complications palpébrales ainsi qu'une conjonctivite chronique. Un second certificat médical de la Dresse B_____, datant du 26 juin 2020, était également communiqué, par lequel le médecin traitant constatait depuis plusieurs mois une aggravation des douleurs, non soulagées par différentes mesures thérapeutiques, précisant que la patiente était suivie par son rhumatologue, le Dr P_____ ; concernant son état dépressif, il était mentionné que le traitement antidépresseur avait été intensifié, sans amélioration notable ; la doctoresse rappelait que la recourante bénéficiait d'un appareillage par Cpap en raison d'une apnée de sommeil sévère et rappelait la péjoration de ses troubles oculaires, tel que cela ressortait du certificat du Dr H_____. En conclusion, le médecin considérait que la recourante était en incapacité totale de travail et ne comprenait pas comment le SMR avait pu conclure qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis 1992.

28. Par réponse du 20 juillet 2020, l'OAI a considéré que le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 10 avril 2019 devait se voir accorder une pleine valeur probante, malgré les critiques de la recourante. Selon l'OAI, il n'existait pas de

nouvel élément objectif dans les documents examinés qui permettaient de modifier l'appréciation du cas ; le rapport d'examen critiqué s'était fondé sur une étude attentive et détaillée de toutes les pièces du dossier et avait pris en compte la situation médicale de la recourante dans son ensemble. La fibromyalgie avait été prise en compte comme diagnostic secondaire n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail. Les rapports des médecins traitants postérieurs à l'examen du SMR avaient une valeur probante réduite, car provenant de médecins traitants généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leurs patients. Était joint à la réponse un avis médical du SMR du 16 juillet 2020, rédigé par la doctoresse T_____, selon lequel le rapport médical du 26 juin 2020 du médecin traitant de la recourante n'amenait pas de nouveau diagnostic rhumatologique, ni d'élément clinique nouveau, mais parlait uniquement d'aggravation subjective des douleurs. Sur le plan psychiatrique, il était rappelé que l'assurée avait été suivie en psychothérapie déléguée entre novembre 2017 et février 2018 et que, selon le Dr J_____, la symptomatologie psychiatrique n'avait pas d'effet sur le quotidien de l'assurée. Les éléments rapportés par l'ophtalmologue, dans son certificat du 20 mai 2020, étaient déjà connus du SMR et le syndrome des apnées du sommeil n'était pas incapacitant sur le mode à long terme, s'il y avait un traitement adéquat. En conclusion, les documents médicaux transmis en juillet 2020 n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas.

29. Par réplique du 10 août 2020, la recourante a persisté à critiquer l'expertise et à lui nier toute valeur probante, tout en ajoutant que les nouvelles pièces médicales montraient que la situation n'évoluait pas favorablement et notamment que le traitement antidépresseur avait été intensifié ; par ailleurs, les éléments médicaux décrits par le psychiatre Q_____ n'avaient pas été évalués par l'OAI. Dès lors, la recourante demandait son audition et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

30. Par duplique du 31 août 2020, l'OAI a contesté le fait que les éléments psychiques évoqués par le Dr Q_____ n'avaient pas été pris en compte, renvoyant à l'avis du SMR du 24 mars 2020 dans lequel ces éléments étaient mentionnés. S'agissant de l'anamnèse, elle était considérée comme complète et exacte ; dès lors l'OAI persistait dans ses conclusions visant au rejet du recours.

31. 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.

   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, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 20 avril 2020, refusant à la recourante une rente entière d'invalidité.

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'assurée 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).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assurée 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'assurée 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. 28a al. 1 LAI).

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

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

8. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

   Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

   b. Selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est retenu en présence de « symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur ». Le clinicien se trouve en présence d'« arguments

déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) ». Ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (Pierre-André FAUCHÈRE, Douleur somatoforme, 2007, p. 141 s.).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral applicable jusqu'en 2018, les assurances sociales ne couvraient pas les conséquences de la névrose de revendication (ou de compensation) classée sous chiffre F68.0 de la CIM-10 (ATF 104 V 31 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 189/01 du 11 septembre 2001 consid. 4b ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances C-2768/2008 du 13 octobre 2009 consid. 8.1). Pour le Tribunal fédéral, l'assuré atteint de ce type de névrose ne parvenait pas à sortir du rôle d'invalide, qu'il justifiait par une infirmité inexistante ou dont il exagérait les effets. Ses mobiles - inconscients - pouvaient être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejetait, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se faisait une juste représentation de la réalité, il en était venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agissait donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne pouvait, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (ATF 104 V 31 consid. 2b).

c/aa. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n’a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3).

c/bb Enfin, en cas de syndrome douloureux somatoforme persistant ou trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5 CIM-10), la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins.

c/cc. En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

d. 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).

Par ailleurs, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

9. a. Les troubles d’ordre psychosomatique ou syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tels que la fibromyalgie ou le

trouble somatoforme douloureux, sont difficilement objectivables et il n'est pas évident d'identifier ce qui est raisonnablement exigible de l'assuré et s'il a les ressources nécessaires pour fournir l'effort requis.

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

10. a. 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).

    - 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).

    b. 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).

En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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).

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.

b. 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. 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).

g. 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).

12. 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).

13. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

    Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail

disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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

Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR

2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

14. 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).

15. 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).

16. En l'espèce, le SMR a admis, dès le début, que l'aggravation de l'état de santé de la recourante, avait été rendue plausible, comme cela ressort du rapport du 21 août 2018, de la Dresse E_____.

    Pour rendre sa décision, l'OAI s'est fondé, au terme de l'instruction médicale, sur le rapport du 10 avril 2019 de son médecin conseil, le Dr M_____, rhumatologue.

    D'emblée, ledit rapport indique qu'il se limite aux aspects rhumatologiques, laissant de côté les aspects psychiques, alors même que plusieurs éléments soulevés dans différents rapports, notamment ceux du médecin traitant de l'assurée, la Dresse B_____, font état des problèmes psychiques de la recourante. Le fait que cette dernière soit suivie par M. C_____, psychologue, sous la supervision du Dr K_____, psychiatre, aurait dû amener le SMR à s'interroger sur l'opportunité d'évaluer également le volet psychiatrique de la recourante, ce d'autant plus qu'un diagnostic – bien que qualifié de secondaire – de fibromyalgie est retenu. Or, la combinaison des éléments rhumatologiques et psychiques dans un diagnostic de fibromyalgie, devait logiquement conduire l'intimé à s'interroger sur les interactions entre les éléments somatiques et psychiques afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante. Étant ici rappelé que, selon le Tribunal fédéral, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence

décisive sur le développement de la fibromyalgie. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

La conclusion de l'OAI, telle qu'exprimée dans son projet de décision du 6 août 2019, selon laquelle la situation actuelle était superposable à celle existante en mai 1992, est contraire aux avis de son propre service SMR qui retient, notamment, un diagnostic de fibromyalgie qui devait désormais être admis en fonction des nouveaux critères ACR révisés en 2016, alors qu'il ne figurait pas dans les diagnostics effectués en 1992.

Enfin, les troubles de la santé psychique décrits par le psychiatre Q_____, dans son certificat du 5 décembre 2019, communiqué à l'OAI avant sa prise de décision, ont été rapidement écartés par le SMR, au motif qu'ils étaient connus de longue date, alors que leur intensité, telle que cela ressort du certificat du Dr Q_____, apparaissait s'être aggravée, ce qui aurait dû amener l'OAI à compléter l'instruction sur le volet psychiatrique des troubles de la recourante, ce d'autant plus que le SMR se fonde principalement sur l'avis du Dr K_____, qui reconnait n'avoir été consulté qu'à deux reprises par l'assurée, alors même que le Dr Q_____ avait reçu l'assurée à six reprises au moment où il a rédigé son certificat médical du 5 décembre 2019.

Compte tenu de ce qui précède, le rapport du SMR du 10 avril 2019 comporte des irrégularités patentes, qui ne permettent pas de lui reconnaitre une pleine valeur probante. Vu le caractère lacunaire du rapport, la mention d'une aggravation antérieurement à la décision (cf. notamment, le certificat médical de la Dresse B_____ du 4 mai 2017 et l'avis médical du SMR du 12 février 2019) et compte tenu du fait que le volet psychiatrique n'a pas fait l'objet d'une instruction rigoureuse, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé, afin de garantir le respect du principe du double degré de juridiction. L'intimé devra compléter l'instruction et mettre en place une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Les experts mandatés par l'intimé devront se prononcer sur la gravité et l'impact d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux avec une évaluation consensuelle permettant d'intégrer les éléments psychiques et somatiques et devront se prononcer sur la capacité de travail globale, eu égard aux critères énoncés par la jurisprudence. Par ailleurs, ils devront également s'interroger sur celui de majoration des symptômes physiques pour des motifs psychiques, ainsi que sur tout autre diagnostic qui pourrait entrer en considération.

17. Le recours sera admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et mise en place d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique au vu des considérants.

18. La recourante ayant été assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, recevra une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, aux frais de l'intimé.

19. Vu le sort du recours, l'OAI sera condamné 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. L'admet.
3. Annule la décision du 20 avril 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, au sens des considérants.
5. Accorde à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, aux frais de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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
Diana ZIERI	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