RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1686/2021 **ATAS/1028/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourante

représentée par ASSUAS Association suisse des assurés,
mandataire

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____1965, a déposé une demande de prestations invalidité en date du 22 novembre 2017 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué qu'elle souffrait d'un canal rachidien compressé au niveau L3 et S1 et d'une cervico-discarthrose étagée de C4 à C7.

b. Elle a joint à sa demande plusieurs documents, notamment :

- un rapport médical du docteur B_____, spécialiste en médecine interne, daté du 14 décembre 2017 mentionnant une lombosciatique S1 gauche depuis une année, qui causait une incapacité à bien fonctionner à cause de la fatigue, de la douleur et de la dépression. Il était mentionné une capacité de travail exigible de 0% dans toute activité depuis le 1er mars 2017 tout en précisant qu'une intervention neurochirurgicale était prévue au début de l'année 2018 ;
- un courrier du docteur C_____, médecin interne et rhumatologue FMH, adressé au docteur D_____, médecin du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), daté du 2 octobre 2017, mentionnant notamment qu'il s'agissait d'une lombosciatique S1 gauche liée à un canal lombaire étroit très serré en L4 - L5 qui résistait au traitement conservateur. L'opportunité d'une chirurgie de décompression L4 - L5 se posait.

c. Par rapport médical du 12 avril 2018, adressé à l'OAI, la docteure E_____, psychiatre, a confirmé les troubles somatiques, tout en indiquant qu'ils étaient déterminant pour évaluer la capacité de travail de l'assurée. Elle mentionnait un trouble dépressif récurrent de nature sévère en 2017, et considérait que l'assurée disposait d'une capacité de travail nulle.

d. Dans son compte rendu opératoire du 25 avril 2018, le Dr D_____ a décrit l'opération du même jour, soit une spondylodèse par TLIF L4 - L5 par la gauche, avec brainlab.

e. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 29 août 2018, le Dr B_____ a confirmé qu'il n'y avait pas d'amélioration des douleurs mais qu'une proposition d'essai de reprise de travail à un taux de 30% était envisagée pour autant que l'assurée obtienne un siège et un bureau ergonomique.

f. Par avis médical du 28 septembre 2018, le Dr D_____ s'est livré à une consultation postopératoire de l'assurée, à l'issue de laquelle il estimait que l'évolution postopératoire était stagnante chez une patiente connue pour ses douleurs chroniques. Il a complété ce rapport par rapport intermédiaire du 17 octobre 2018, adressé au Dr B_____, dans lequel il a relaté avoir reçu le résultat de l'IRM lombaire qui montrait des stigmates post décompression canalaire L4 - L5 et persistance d'un canal lombaire étroit modéré L3 - L4 sans pour autant avoir des conflits radiculaires. Il ne préconisait pas de nouvelle prise

en charge chirurgicale et conseillait à l'assurée de poursuivre ses séances de physiothérapie avec des exercices en piscine d'eau chaude et un traitement médicamenteux.

g. Par avis médical du 5 mars 2019, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, sous la plume du docteur M. G_____, a résumé l'évolution médicale et mentionné que la Dresse E_____ attestait d'une légère amélioration sur le plan psychique, considérant que l'état était stabilisé. L'assurée avait repris progressivement son activité à 30%, depuis septembre 2018, et à 40% depuis janvier 2019. Elle semblait avoir des difficultés à augmenter cette capacité de travail selon les rapports d'entretien du réadaptateur avec l'employeur. Le SMR considérait cependant que le rapport du Dr D_____ ne montrait pas d'aggravation sévère postopératoire et qu'il semblait que l'assurée avait développé un trouble dépressif, dont l'intensité restait à préciser et qui était secondaire aux problèmes somatiques.

h. Après consultation des médecins traitants, l'OAI a décidé de soumettre l'assurée à un examen rhumatologique et psychiatrique, qui a été effectué par les docteurs H_____, psychiatre et psychothérapeute, et I_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, tous deux experts médical certifiés SIM. Ces derniers ont fait part de leur appréciation dans un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 6 décembre 2019.

À l'issue de leurs conclusions, les deux experts, dans leur appréciation consensuelle, considéraient :

- sur le plan rhumatologique, l'existence de limitations fonctionnelles, soit 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, pas de mouvements répétés de flexion extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ;
- sur le plan psychiatrique, l'inexistence de limitations fonctionnelles en l'absence d'un diagnostic incapacitant.

La capacité de travail exigible était déterminée, sur le plan rhumatologique, par les lombosciatalgies gauches, accessoirement par les rachialgies cervico-dorsales, surtout cervicales, les problèmes de l'épaule et du coude droit.

S'agissant de l'incapacité de travail et du rendement, l'expert rhumatologue considérait qu'il existait une incapacité de travail de 20% au moins, depuis le 1er mars 2017, selon le rapport médical du Dr B_____ du 14 décembre 2017. Plus précisément, la capacité de travail était restée totale du 1er mars au 20 avril 2017, puis était passée à 50% du 24 avril au 31 octobre 2017. La capacité de travail était ensuite passée à 100% dès le 1er novembre 2017 jusqu'au 30 septembre 2018, puis avait diminué à 70% depuis le 1er octobre 2018 et, selon

les documents du dossier, elle avait encore diminué à 60% depuis le mois de janvier 2019. Cependant, un an après l'opération, l'expert rhumatologue estimait qu'on pouvait exiger de l'assurée une capacité de travail de 70% car le status après spondylodèse était satisfaisant et l'assurée ne présentait pas de troubles sensitivomoteur, ni de troubles réflexes, ni de syndrome radiculaire des membres inférieurs. Il ajoutait que dans une activité adaptée comme celle de commise administrative, on pouvait s'attendre à ce qu'après une spondylodèse lombaire, une personne puisse normalement reprendre son activité professionnelle à 100%, entre six mois et une année après l'opération. Il était encore mentionné comme pronostic que sur le plan rhumatologique, les troubles dégénératifs du rachis risquaient de s'aggraver à long terme.

i. Dans son rapport final du 7 avril 2020, l'OAI a retenu un statut mixte d'activité professionnelle à 75% et d'activité habituelle à 25% qui n'a pas été contesté. La capacité de travail était fixée pour toute activité à 30% dès le 1er octobre 2018 et à 70% dès le 18 janvier 2019. La perte de gain de 30% a entrainé un degré d'invalidité de 22.5% et la perte de gain de 70% a entrainé un degré d'invalidité de 52.5%.

j. En complément, l'OAI a demandé une enquête économique sur le ménage qui a abouti à un rapport du 2 juillet 2020 prenant en compte une exigibilité totale retenue de 13.5% et concluant à un empêchement pondéré avec exigibilité de 0%.

k. Après évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'OAI est parvenu à un taux de 49% selon l'ancien calcul, et de 56% selon le nouveau calcul. Il a ainsi retenu un degré d'invalidité de 56% dès le 1er mars 2018 et de 53% dès le 1er octobre 2018.

B. **a.** Par projet d'acceptation de rente du 27 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée que du 1er mai 2018 au 31 janvier 2019, cette dernière avait le droit une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 56%, puis de 53%, sous réserve des indemnités journalières déjà versées. Au-delà du 31 janvier 2019, la rente était supprimée car le taux d'invalidité retenu était de 23% en raison d'une exigibilité de 70% retenue depuis le 18 janvier 2019.

b. Par courrier du 24 août 2020, le mandataire de l'assurée a demandé la communication de l'intégralité du dossier. Par courrier du 14 septembre 2020, le mandataire de l'assurée s'est opposé au projet de décision, en considérant que l'expertise sur laquelle le projet de décision s'appuyait contrevenait aux principes jurisprudentiels car elle retenait une capacité médico-théorique alors même que la capacité réelle de travail était inférieure. Selon l'assurée, les experts s'étaient fondés sur des hypothèses et des appréciations incomplètes qui ne tenaient pas compte de ses plaintes. Le rapport d'expertise ne prenait pas en considération les plaintes exprimées, la description des interférences médicales n'était pas claire et enfin, les conclusions des experts étaient incohérentes.

c. Par décision du 8 avril 2021, l'OAI a confirmé, en substance, le projet de décision du 27 juillet 2020.

C. **a.** Par acte de son mandataire posté le 11 mai 2021, l'assurée a recouru contre la décision du 8 avril 2021 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) en reprenant en substance les critiques déjà énoncées à l'encontre du projet de décision. Selon l'assurée, les conclusions des experts se rapportaient aux conclusions de ses propres médecins traitants ; il était donc nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale indépendante afin de déterminer sa réelle capacité de travail. À titre principal, l'assurée concluait à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente au-delà du 31 janvier 2019.

b. Par réponse du 9 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours en considérant que le rapport médical du SMR devait être qualifié de probant.

c. Par réplique de son mandataire du 10 août 2021, l'assurée a allégué qu'il fallait retenir un diagnostic de fibromyalgie comme l'avait pressenti le Dr B_____ dans un rapport joint du 28 juillet 2021. Selon l'assurée, un tel diagnostic avait été confirmé par le docteur J_____, rhumatologue, en date du 13 juin 2019.

d. Par duplique du 24 août 2021, se fondant sur l'avis de son service SMR du même jour, l'OAI a considéré que le rapport du Dr B_____ du 28 juillet 2021 n'amenait aucun élément nouveau et que le diagnostic de fibromyalgie avait bien été pris en compte par les examinateurs au SMR, en 2019. Cependant, la fibromyalgie n'avait pas été retenue comme incapacitante.

e. Par observations du 22 septembre 2021, le mandataire de l'assurée a décrit une journée-type à l'issue de laquelle il considérait que le quotidien et la santé restaient médiocres et que les ressources de l'assurée étaient altérées, dépendantes et diminuées par ses douleurs et sa maladie.

f. Les parties ont été entendues par la chambre de céans en comparution personnelle, lors de l'audience du 15 septembre 2022. La recourante a décrit son travail au bureau, les médicaments qu'elle prenait, son quotidien et le fait qu'elle avait ressenti que le Dr I_____, médecin rhumatologue du SMR qui l'avait examinée, avait semblé ne pas la croire lorsqu'elle décrivait ses douleurs. La recourante a demandé qu'une expertise bi-disciplinaire soit ordonnée, ce à quoi l'intimé s'est opposé, considérant une telle expertise comme superflue.

g. Par courrier du 11 octobre 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise bi-disciplinaire aux médecins J_____, rhumatologue, et K_____, psychiatre et psychothérapeute.

h. Les parties n'ont pas fait valoir de motif de récusation à l'encontre des deux médecins pressentis. L'intimé a toutefois précisé qu'il s'opposait à cette mesure, considérant qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire.

i. Un projet de mandat d'expertise a été communiqué aux parties, par courrier du 31 janvier 2023. Dans le délai imparti, les parties ont informé la chambre de céans

qu'elles n'avaient pas de remarques à faire valoir sur le projet de mandat d'expertise.

j. Le Dr K_____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique en date du 13 novembre 2023 ; il a retenu comme diagnostic un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00) ayant une répercussion sur la capacité de travail et qui serait apparu dans le courant de l'année 2017, ce qui entraînait, au niveau des limitations fonctionnelles, essentiellement une réduction de la capacité d'endurance et de la capacité à prendre des décisions, d'intensité modérée, en lien avec le trouble dépressif. Par ailleurs, les plaintes de l'assurée étaient objectivées et le tableau clinique était cohérent, sur le plan psychiatrique, avec le diagnostic posé. L'incapacité de travail qui en résultait était au maximum de 20%, depuis août 2017 et ne s'additionnait pas à l'incapacité de travail pour cause rhumatologique. La baisse de rendement était comprise dans le 20% d'incapacité de travail et l'activité actuelle était considérée comme adaptée. L'expert psychiatre considérait que la capacité de travail était restée globalement stable sur le plan psychiatrique, depuis l'année 2017 et dès lors que l'expertisée avait déjà une activité lucrative, le pronostic quant au fait de pouvoir la préserver était favorable sur le plan psychiatrique.

k. Le second expert, le Dr J_____, a rendu son rapport d'expertise rhumatologique le 17 novembre 2023 ; il a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : des lombalgies avec deux opérations lombaires et anomalie de transition lombo-sacrée ; un status après une première chirurgie de la colonne lombaire pour une lombosciatique gauche chronique sur un retrait canal rachidien de L3 à S1 ; un status après une deuxième opération en 2022 de décompression du canal rachidien, par laminectomie L3-L4 gauche en neurochirurgie aux HUG ; une cervico-discarthrose avec probable cervicobrachialgie irritatives ; des douleurs diffuses des membres inférieurs dans le cadre d'une atteinte axonale sensitive sévère au membre inférieur. Il n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie. L'expert a considéré qu'il existait un substrat organique objectivable en ce qui concernait les lombalgies, ainsi que les douleurs au membre inférieur. Quant aux douleurs diffuses mal systématisées, elles pouvaient s'expliquer par un mécanisme de sensibilisation centrale. Le tableau clinique était cohérent car l'expertisée présentait malheureusement un cumul de plusieurs pathologies qui interagissaient entre elles et perturbaient le processus de guérison et de convalescence après ces opérations. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pour les pathologies lombaires, qui étaient devenues incapacitantes en 2017, il était nécessaire de pouvoir alterner, deux fois par heure, la position assise et la position debout, pas de soulèvement ni de port régulier de charges excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux, ni de position statique prolongée du tronc, pas d'exposition à des vibrations. La cervicarthrose objectivée dès juillet 2017 produisait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion ou extension de la nuque ; quant à la sédentarité

de plus de six ans, suite à la persistance de symptômes douloureux chroniques, elle empêchait l'assurée d'effectuer un taux horaire de plus de six heures par jour. Le traitement d'antalgiques de palier III et de benzodiazépines et les douleurs chroniques produisaient une baisse de rendement qui pouvait être estimée à 30% ; le taux global exigible était donc d'environ 50%, par la combinaison des atteintes ostéoarticulaires, de leurs conséquences en termes de conditionnement global et des médicaments qui avaient un effet dépresseur sur les fonctions cognitives. S'agissant de la capacité de travail, l'expert estimait, que sur le plan uniquement rhumatologique, le taux global de la personne expertisée n'avait pas dépassé 50% depuis le début de l'atteinte, avec des périodes d'incapacité de travail totale, en lien avec les deux opérations lombaires. L'assurée était capable d'exercer son activité lucrative habituelle partiellement, pour les raisons indiquées, avec une capacité de travail globale d'environ 50%.

L'appréciation consensuelle du cas avec l'expert psychiatre permettait d'aboutir aux conclusions suivantes, d'un point de vue consensuel rhumatologique et psychiatrique quant à l'incapacité de travail médico-théorique globale : une incapacité de 100%, du 1er mars au 20 avril 2017, puis de 50%, du 24 avril au 31 octobre 2017, une incapacité de travail de 75 à 100%, dès le 1er novembre 2017 jusqu'à l'opération lombaire du 25 avril 2018, qui provoquait ensuite une période d'incapacité de travail totale suivie d'une récupération de la capacité de travail à hauteur de 30%, depuis septembre 2018 ; une capacité de travail de 50% depuis janvier 2019, à laquelle il fallait ajouter une période d'incapacité de travail totale du 21 décembre 2022 jusqu'au 19 mai 2023 ; dès le 20 mai 2023, l'assurée récupérait donc sa capacité de 50% globale.

l. La chambre de céans a transmis les rapports d'expertise aux parties, qui se sont déterminées.

m. L'OAI, par courrier du 12 décembre 2023, a considéré, en se fondant sur le rapport de son SMR du 11 décembre 2023, que l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique s'était aggravé postérieurement à l'expertise de 2019 et plus probablement postérieurement à la décision du 8 avril 2023 (*recte* : 8 avril 2021). Dès lors que cette aggravation était postérieure à la décision, le SMR considérait qu'on ne pouvait reconnaître qu'une incapacité de travail de 50%, évoluant depuis janvier 2019, pour des raisons rhumatologiques. S'agissant de l'expertise psychiatrique, le SMR considérait que l'état psychique était globalement stable depuis courant 2016 et qu'il n'y avait pas de trouble anxieux, ni de troubles du comportement alimentaire, ni de troubles somatoformes douloureux. De surcroît, l'activité habituelle était adaptée. La baisse de la capacité de travail de 20% retenue par l'expert psychiatre, de manière globale, depuis 2017, n'était pas partagée par le SMR, qui considérait que l'assurée pouvait fonctionner parfaitement dans sa vie socioprofessionnelle. Les autres conclusions de l'OAI restaient valables, quant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

n. La recourante, quant à elle, a observé dans son courrier du 14 décembre 2023, que les experts concluaient conjointement à une capacité de travail de 50%, contrairement aux conclusions du médecin SMR, qui estimait la capacité de travail à 70% ; pour le surplus, la recourante a maintenu ses conclusions.

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

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

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82*a* LPGA *a contrario*).

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

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

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

5. 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, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 8 avril 2021, singulièrement sur un droit à la rente, après le 1er janvier 2019.

7. 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).

8.

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

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

8.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un

catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

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

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

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

9. 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). Étant 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).

10. 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. À 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).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

11. 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).

12. 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).

13. 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).

14.

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

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

ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

14.3 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

14.4 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une

expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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

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

14.6 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).

14.7 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).

15. 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*).

16.

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

16.2 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).

16.3 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).

17. 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).

18. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999

(Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

19. À titre préalable, il est rappelé que l'expertise judiciaire bi-disciplinaire a été ordonnée par la chambre de céans en raison du fait que les appréciations médicales des médecins traitants allaient à l'encontre des conclusions prises par les médecins du SMR et que l'appréciation de l'OAI, selon laquelle le diagnostic de fibromyalgie n'était pas incapacitant, n'était pas convaincante.

Après communication des rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique, la recourante a conclu que sa capacité de travail ne dépassait pas 50%, et ceci au-delà du mois de janvier 2019.

L'OAI quant à lui, se fondant sur l'appréciation de son SMR, maintient sa décision et considère que les rapports d'expertise judiciaire n'ont pas de valeur probante.

19.1 Le rapport d'expertise psychiatrique correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un entretien avec l'assurée, totalisant 1h40 en tout, complété par un entretien téléphonique avec la Dre E_____, d'une durée de 20 minutes, le 7 novembre 2023.

L'ensemble des pièces médicales est passé en revue, après quoi l'expert se livre à une anamnèse personnelle et professionnelle complète. S'agissant d'une journée-type, l'expert consigne que l'assurée vit dans un appartement de cinq pièces avec ses deux fils, respectivement âgés de 26 et de 31 ans ; elle précise passer beaucoup de temps chez son compagnon, qu'elle connaît depuis onze ans et qui vit seul de son côté. Elle se charge officieusement de la facturation de l'imprimerie de son compagnon. Les horaires sont réguliers mais l'assurée ne s'alimente pas très sainement, notamment en raison du fait que son budget est serré, et après son travail, fait du tricot et de la broderie et s'assoupit souvent pendant l'après-midi. Elle est active sur les réseaux sociaux et communique avec des amis qu'elle voit peu, à cause de ses douleurs. Elle sort plusieurs fois par jour de l'appartement avec sa chienne et participe aux travaux ménagers, mais uniquement pour les tâches qui ne sollicitent pas beaucoup sa résistance physique ; par exemple, elle s'occupe du linge dans la machine à laver, mais se fait aider pour le pliage et le rangement. Sa belle-fille passe l'aspirateur et fait le ménage de manière plus approfondie, l'assurée se fait véhiculer par son compagnon, qui souvent la dépose, puis elle rentre seule avec les transports publics. Les plaintes de l'assurée ont été mentionnées, notamment sa peur de l'eau, son agoraphobie et une tristesse bien présente, mais plutôt modérée.

L'expert psychiatre ne relève pas de discordance dans les déclarations de l'assurée ; il mentionne qu'il ne retient pas de diagnostic additionnel de troubles du comportement alimentaire, ni de troubles somatoformes douloureux car les diagnostics retenus sont suffisants pour expliquer l'ensemble des symptômes, d'un

point de vue psychiatrique. L'expert retient des traits pathologiques de la personnalité, qui correspondent à des troubles mixtes de la personnalité, avec des crises de panique, de l'agoraphobie, des prises alimentaires anarchiques tout en notant que ces traits de personnalité étaient déjà présents avant 2017. L'incapacité de travail pour cause psychiatrique est en lien avec le trouble dépressif qui est apparu au mois d'août 2017, mais ne dépasse pas 20% d'incapacité. S'agissant des appréciations du SMR, l'expert psychiatre s'en écarte indiquant que contrairement à ce dernier, il retient une incapacité de travail de 20% tout en mentionnant qu'elle n'est pas significative, car l'incapacité de travail pour raisons somatiques est prépondérante pour déterminer la capacité de travail globale. D'autre part, il est d'accord avec les avis de la Dre E_____ du 22 avril 2018 et du 21 février 2019, laquelle estime que les limitations fonctionnelles sont liées, de façon prépondérante, aux problèmes rhumatologiques, et il partage l'avis du Dr B_____ du 23 mai 2019.

19.2 Le rapport d'expertise rhumatologique correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un entretien avec l'assurée, totalisant 2h15 en tout, ainsi qu'un entretien téléphonique avec le Dr B_____, en date du 2 novembre 2023 et avec l'ergothérapeute de Rachis Clinic, le 25 octobre 2023.

Le rapport rhumatologique contient, en outre, une anamnèse détaillée, avec la description du déroulement d'une journée-type, lors de laquelle l'assurée expose se réveiller tous les matins à 7h30 puis travailler jusqu'à 12 heures – 13 heures, étant précisé qu'elle travaille trois matinées chez elle, en télétravail et une autre matinée au bureau. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et leurs dates d'apparition sont décrits en détail. Le médecin note que l'état de santé de l'assurée permettait une capacité de travail globale de 25% en décembre 2017, puis de 40% en décembre 2019 suite à la première opération de chirurgie lombaire. Le médecin constate une diminution objectivable de la mobilité lombaire, en lien avec ces deux opérations et le trouble dégénératif lombaire. Les gonalgies sont expliquées par l'hyperlaxité des genoux et le mauvais tonus musculaire, qui est difficile à traiter en raison des autres diagnostics. Les douleurs des membres inférieurs sont explicables par l'atteinte axonale sensitive objectivée à l'ENMG d'avril 2023 et les douleurs des membres supérieurs sont probablement causées par une atteinte radiculaire irritative, selon le rapport d'ENMG du Dr L_____ de 2019. L'expert ajoute qu'une partie des douleurs causées par les diagnostics objectivables ci-dessus est probablement majorée par une sensibilisation centrale, mécanisme qui ne peut pas être démontré par des examens objectifs (rapport, p. 77). Le tableau clinique est cohérent et tous les diagnostics évoqués sous ch. 4 représentent tous une atteinte à la santé significative. Selon l'expert rhumatologique, l'assurée présente malheureusement un cumul de plusieurs pathologies qui interagissent entre elles et perturbent le processus de guérison et de convalescence après ces opérations, étant précisé que ces interactions expliquent l'évolution défavorable dans son cas, par

rapport à d'autres cas qui présentent une atteinte similaire, mais sans comorbidités. L'expert considère que l'assurée est capable d'exercer son activité lucrative habituelle partiellement, avec un rendement diminué d'environ 30%, et juge sa capacité de travail globale à environ 50% depuis le début de l'atteinte du rachis lombaire en 2017. Il note que son activité, à un taux d'environ 50%, reste exigible. Actuellement, la prise en charge en rééducation du rachis pluridisciplinaire pourrait améliorer sa capacité de travail de 10 à 30%, dans un délai de neuf à dix-huit mois, l'expert mentionnant que le résultat reste incertain et variable d'une personne à l'autre. Ce dernier ne partage pas l'appréciation des médecins du SMR du 13 février 2020, s'écartant du diagnostic de fibromyalgie tout en mentionnant qu'il y a probablement un abaissement du seuil de déclenchement de la douleur diffus, probablement par un mécanisme de sensibilisation centrale, ce qui représente une pathologie produisant des symptômes similaires à la fibromyalgie, à la différence qu'elle ne s'observe pas en l'absence de pathologie organique objectivable, contrairement à la fibromyalgie ; il insiste sur le fait que la trajectoire médicale de l'assurée s'écarte de manière défavorable de ce qui est généralement observé après une chirurgie lombaire. Il considère que l'avis du Dr C_____ du 20 décembre 2017 est cohérent et considère justifiée la capacité de travail qu'il a fixée à 40%, tout en précisant qu'elle est plus probablement de 75%, avec une baisse du rendement de 30%, ce qui aboutit à un taux global de 50% en mai 2019.

La chambre de céans considère que les deux rapports d'expertise présentent une pleine valeur probante, ils sont complets, avec des observations cliniques détaillées et des diagnostics soigneusement motivés. Les experts ont, de surcroît, expliqué les limitations fonctionnelles liées aux troubles somatiques et psychiques ; ils ont aussi expliqué les raisons pour lesquelles ils partagent les avis des autres médecins ou, au contraire, s'en éloignent.

L'appréciation consensuelle des experts aboutit à un taux d'incapacité de travail médico-théorique de :

- 100%, du 1er mars au 20 avril 2017 ;
- 50%, du 24 avril au 31 octobre 2017 ;
- 75 à 100%, dès le 1er novembre 2017 ;
- 100%, depuis l'opération lombaire du 25 avril 2018 suivie d'une récupération ;
- 70% depuis septembre 2018 ;
- 50% depuis janvier 2019 ;
- 100% du 21 décembre 2022, date de la deuxième opération lombaire, jusqu'au 19 mai 2023, date à laquelle le neurochirurgien juge l'évolution postopératoire favorable ;
- 50% global dès le 20 mai 2023.

Les critiques du SMR figurant dans l'appréciation du 11 décembre 2023 ne démontrent pas l'existence de contradictions internes aux rapports d'expertise et ne constituent donc que des appréciations différentes, qui ne permettent pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre fera siennes les appréciations et conclusions des experts, aussi bien sur les taux d'incapacité de travail, que sur les périodes d'incapacité de travail.

19.3 Partant, il y a lieu de reprendre le tableau des incapacités de travail dans toute activité, figurant dans la motivation (p. 1) de la décision attaquée, et de le modifier, conformément aux conclusions des experts auxquelles la chambre de céans se rallie, soit :

Incapacité de travail (IT) en %	Date de début de l'IT selon experts
100	01.03.2017
50	24.04.2017
75-100	01.11.2017
100	25.04.2018 (rente dès 01.05.2018)
70	01.09.2018
50	01.01.2019

19.4 Comme relevé par l'intimé, dès lors que la demande de prestations a été déposée en date du 23 novembre 2017, la rente ne peut être versée qu'à compter du mois de mai 2018 (demande tardive, art. 29 al.1 LAI).

19.5 S'agissant des variations du taux d'invalidité, telles qu'elles résultent du tableau *supra*, il convient de rappeler que l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif - comme c'est le cas en l'espèce -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI.

Suivant cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

19.6 En ce qui concerne le statut de l'assurée, la répartition de 75% pour les activités professionnelles et de 25% pour les travaux habituels n'est pas remise en

question, pas plus que l'empêchement de 13.5% dans les travaux habituels, ramené à 0% en raison de l'exigibilité retenue pour les membres de la famille. Au vu du dossier, ces éléments peuvent être confirmés.

19.7 Il y a lieu d'appliquer le tableau suivant, en fonction des taux d'incapacité de travail retenus *supra* par les experts, pour aboutir au taux d'invalidité :

Activités	Part en %	Incapacité travail Empêchement %	Taux d'invalidité
Professionnelles Travaux habituels	75 25	100 0	75%
Professionnelles Travaux habituels	75 25	75-100 (87.5) 0	65.6 = 66% (arr.)
Professionnelles Travaux habituels	75 25	70 0	52.5 = 53% (arr.)
Professionnelles Travaux habituels	75 25	50 0	37.5 = 38% (arr.)

20. Entre le 1er janvier 2019 et le 8 avril 2021, date à laquelle la décision querellée a été rendue, l'incapacité de travail de la recourante était de 50%, dans son activité professionnelle à 75%, ce qui aboutit à un taux d'invalidité de 38% (37.5% arrondi à 38%), qui ne donne pas droit à une rente.

Le recours n'est donc que partiellement admis, en ce sens que le taux d'invalidité retenu par l'OAI, pour certaines périodes couvertes par la décision querellée, est erroné et doit être augmenté, mais la conclusion de la recourante visant à ce que la rente continue d'être versée au-delà du 31 janvier 2019 doit être rejetée, dès lors qu'à partir de cette date, son taux d'invalidité est inférieur à 40%.

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 8 avril 2021 sera annulée et la cause renvoyée à l'OAI, pour nouvelle décision, au sens des considérants.

21. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative

n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

En l'occurrence, l'OAI a fait procéder à une expertise administrative dont les conclusions ont été reprises par son SMR. Les appréciations de ce service sont différentes de celles retenues par les experts désignés par la chambre de céans, mais on ne saurait en déduire que l'instruction de l'OAI a souffert de lacunes. Ainsi, les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

22. La recourante, obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'000.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 8 avril 2021.
3. Renvoie la cause à l'intimé, pour nouvelle décision au sens des considérants.
4. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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