

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1978/2024

ATAS/499/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourante

représentée par l'APAS-Association pour la permanence de défense
des patients et 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.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1980, a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date du 23 mars 2023.
- b.** Elle a exposé souffrir de troubles psychiques, depuis le mois de mai 2000 et être suivie par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, et la docteure C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour dépression.
- c.** Par courrier du 12 juin 2023, le Dr B_____ a informé l'OAI que l'assurée présentait d'importantes réactions allergiques à tous types de produits de nettoyage et que pour cette raison, elle n'était plus en mesure d'exercer une activité professionnelle dans le domaine du nettoyage. Ces allergies se manifestaient par une irritation oculaire, larmoiements incessants, rhinite et réactions eczémateuses au niveau des mains. Le médecin ajoutait encore que ces troubles survenaient dans un contexte psychologique complexe, dont la psychiatre parlerait dans son rapport.
- d.** La Dre C_____ a complété un rapport médical de l'OAI en date du 27 juillet 2023, dans lequel elle exposait, en substance, qu'elle suivait l'assurée depuis le mois de novembre 2011, dans un contexte de décompensation dépressive et anxieuse grave, d'allure mélancolique. Elle souffrait, en association de sa problématique émotionnelle, d'un cortège de symptômes physiques tels que : fatigabilité, épuisement physique, maux de tête importants, douleurs ostéoarticulaires diverses. Depuis plusieurs mois, elle s'était mise à pratiquer des activités sportives, avait perdu du poids et se mobilisait avec beaucoup plus de force et de puissance. Elle avait davantage confiance en ses capacités corporelles mais restait néanmoins timidement fragile et très dépendante de son entourage familial. La psychiatre posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et phobies spécifiques (espace clos, avions, bus et trains) (F40.2). Une consultation avait lieu toutes les deux ou trois semaines et l'assurée suivait un traitement antidépresseur de Cipralex, à raison de 20 mg par jour et de Temesta à visée anxiolytique, à raison de 0,5 mg par jour. Elle avait suivi un traitement cognitivo-comportemental (EMDR) à visée de travail sur la dimension post-traumatique de certains événements de vie. L'état de santé psychique de l'assurée était stationnaire depuis plusieurs années, sous traitement médicamenteux et le pronostic était bon, dans la mesure d'un maintien dans la durée de son traitement psychiatrique et pharmacologique. En conclusion, la psychiatre considérait que l'assurée pouvait assumer une activité à temps partiel de 50% dans un environnement adapté.
- e.** Par note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité du 2 août 2023, l'OAI a noté que l'assurée s'était inscrite au chômage à un taux

d'occupation de 100% en février 2023 et a considéré qu'elle avait un statut d'actif à 100%.

f. Par avis médical du 31 août 2023, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a résumé les troubles de la santé de l'assurée, tout en considérant que la sévérité de l'atteinte à la santé n'était pas claire. Il préavisait la réalisation d'une expertise psychiatrique afin d'évaluer les atteintes psychiatriques fondées sur des indicateurs standards et orientés sur les ressources, afin de se prononcer sur l'influence desdites atteintes sur la capacité de travail de l'assurée.

g. Suite à une mesure décidée par l'OAI, les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) ont rendu, en date du 1^{er} septembre 2023, un rapport de fin de stage, d'une durée de quatre semaines, qui avait débuté le 7 août 2023. Il était mentionné que l'assurée était éloignée du marché de l'emploi et n'était plus en mesure de réintégrer le marché du travail. Elle avait débuté son stage à 100% mais avait dû s'arrêter les après-midi, dès son premier jour, et les examinateurs avaient noté que le matin, elle était rapidement fatiguée, avec une perte de concentration qui l'amenait à se tromper, même pour effectuer des choses simples. Il était relevé que l'assurée était persévérante, car elle tenait à tout prix à arriver à accomplir ses tâches, mais ne pouvait pas tenir plus qu'un 50% et encore, avec peine, car la fatigue et la déconcentration étaient visibles en fin de matinée. Elle était considérée comme ponctuelle, consciente de ses limites et avait une attitude impeccable en tous points. En conclusion, l'assurée était éloignée du marché de l'emploi car, au vu de sa fragilité émotionnelle, il était encore difficile de gérer une activité dans un environnement exigeant. Elle pouvait cependant mener une activité, mais dans un environnement adapté, avec idéalement une collaboration de l'OAI à ce projet. L'assurée pouvait travailler en équipe et être en contact avec la clientèle, en s'occupant d'une activité à temps partiel, davantage les matins que les après-midi, idéalement dans des activités de création ou encore dans le conditionnement.

h. Un mandat d'expertise a été confié par l'OAI au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ; ce dernier a échangé avec la Dre C_____, qui a précisé ses appréciations par courrier du 28 décembre 2023. L'expert D_____ a rendu son rapport d'expertise en date du 21 février 2024 ; il a présenté l'assurée comme une personne très dépendante de son environnement familial, ayant un tempérament anxieux et dont la prise de conscience était relativement faible. Il a diagnostiqué un épisode dépressif récurrent subclinique (F33.0) ainsi qu'une phobie simple (claustrophobie), non incapacitante (F40.2) et des traits dépendants et anxieux (Z 73.1). Selon l'expert, ces diagnostics n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail. L'expert a considéré que l'assurée pouvait bénéficier, par l'OAI, d'une éventuelle aide au placement et que sa performance dans une activité professionnelle adaptée à sa motivation et ses compétences n'était pas diminuée. Elle bénéficiait d'une capacité de travail de 70%.

- i.** Dans son rapport du 5 mars 2024, le SMR a examiné le rapport d'expertise et a relevé que ce dernier attestait d'une capacité de travail de 70% alors même que l'expert n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant, pas plus qu'il ne décrivait de limitations fonctionnelles significatives. Au vu de ces éléments, le SMR a retenu l'absence de diagnostic incapacitant et l'absence de limitations fonctionnelles et a conclu à une pleine capacité de travail, aussi bien dans l'activité habituelle de femme de chambre, que dans une activité adaptée.
- B.**
- a.** Par projet de décision du 13 mars 2024, l'OAI a refusé toute prestation invalidité à l'assurée, en se fondant sur un degré d'invalidité de 0%.
- b.** Par courrier du 19 mars 2024, l'assurée a demandé qu'une copie de l'intégralité de son dossier soit transmise à ses médecins traitants, ce qui a été fait par courrier du 22 mars 2024, adressé à la psychiatre C_____.
- c.** Dans le délai de 30 jours octroyé à l'assurée pour présenter d'éventuelles objections, cette dernière n'a pas réagi.
- d.** Par décision du 7 mai 2024, l'OAI a confirmé la teneur du projet du 13 mars 2024, soit le refus de toute prestation invalidité.
- C.**
- a.** Par acte posté par son mandataire, en date du 10 juin 2024, l'assurée a recouru contre la décision du 7 mai 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Les résultats de l'expertise étaient contestés, cette dernière étant considérée comme décousue, superficielle, pour ne pas dire totalement incompréhensible. Il était noté que l'expert n'avait manifestement pas compris qu'il devait déterminer la capacité de travail de la recourante et non pas ce qu'elle était capable de faire dans le cadre de ses travaux habituels. L'assurée relevait notamment un passage de l'expertise dans lequel le Dr D_____ mentionnait « en tant que ménagère sa capacité de travail est entière sur la base d'un plein temps ». L'assurée estimait que l'expertise n'avait pas de valeur probante et concluait à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'une demi-rente lui soit octroyée, dès le 1^{er} octobre 2023, conformément à l'appréciation de sa psychiatre, selon laquelle elle disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.
- b.** Par réponse du 15 août 2024, l'OAI a considéré, en se fondant sur l'analyse de son SMR, que les conclusions de l'expert ne pouvaient pas être suivies car ce dernier retenait une capacité de travail de 70%, sans mentionner de diagnostic incapacitant, ni de limitations fonctionnelles significatives. Par conséquent, c'était à juste titre que le SMR s'était écarté des conclusions de l'expert, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. Il était notamment relevé que l'assurée était décrite comme très active dans la gestion des activités quotidiennes, ce qui était incompatible avec une atteinte psychiatrique sévère au point de l'invalider. Les conclusions de la psychiatre traitante étaient également critiquées, dès lors que ses conclusions apparaissaient comme fondées

essentiellement sur les déclarations de l'assurée. L'OAI a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 9 septembre 2024, l'assurée a confirmé qu'on ne pouvait se fier aux appréciations du Dr D _____ et a considéré que les conclusions du SMR, selon lesquelles sa capacité de travail était totale, ne se fondaient sur aucun élément probant et étaient en contradiction manifeste avec les rapports étayés de sa psychiatre traitante, qui la suivait depuis 2012, de même qu'avec le rapport des EPI du 1^{er} septembre 2023, dont la conclusion était que l'assurée était très éloignée du marché de l'emploi et ne pouvait gérer une activité professionnelle au-delà de 50%.

d. Par courrier du 20 septembre 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier un mandat d'expertise au docteur E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et a fixé un délai au 7 octobre 2024 pour que les parties se prononcent sur une éventuelle récusation de l'expert.

e. Dans le délai octroyé, les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation, l'OAI mentionnant qu'il considérait qu'une telle expertise ne se justifiait nullement.

f. Par courrier du 10 octobre 2024, la chambre de céans a communiqué aux parties un projet de mandat d'expertise contre lequel ces dernières n'ont fait valoir aucune objection dans le délai qui leur avait été accordé.

g. Par ordonnance d'expertise du 6 janvier 2025, le mandat d'expertise psychiatrique a été confié au Dr E _____.

h. Celui-ci a rendu son rapport d'expertise en date du 29 mars 2025. Il a retenu les diagnostics suivants avec le degré de gravité des répercussions fonctionnelles durables sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent en rémission (F 33.4), sans répercussion actuelle, mais constituant un facteur de risque permanent ; dysthymie (F 34.1), répercussions fonctionnelles modérées ; anxiété généralisée (F 41.1), répercussions fonctionnelles modérées à moyennes et trouble mixte de la personnalité (F 61.0), répercussions fonctionnelles modérées à moyennes. S'agissant des limitations fonctionnelles : le trouble dépressif récurrent qui était actuellement en rémission représentait un facteur de risque important avec un risque significatif d'altération grave de l'humeur en cas d'exposition à des facteurs dépassant les capacités adaptatives de l'expertisée, ce qui s'était déjà produit plusieurs fois en 2000, 2008 et 2011 ; la dysthymie minait l'énergie disponible, l'estime de soi ainsi que la motivation et la capacité d'entreprendre, la limitation était modérée mais son impact provenait du caractère durable de l'atteinte et de l'interaction avec les comorbidités ; l'anxiété généralisée contribuait aussi à diminuer l'énergie, l'estime de soi ainsi que la capacité d'entreprendre, associée à des comorbidités, elle pouvait atteindre un seuil incapacitant, par le caractère mutualisé des atteintes ; enfin, les troubles mixtes de la personnalité n'empêchaient pas non plus, en soi, l'assurée qui en

souffrait de travailler mais diminuait sa capacité d'adaptation et celle de gérer les émotions négatives, qu'elles soient d'ordre dépressif, anxieux ou agressif, ce qui compliquait sérieusement sa vie relationnelle, y compris au travail, et par conséquent, son insertion professionnelle. Associés à des comorbidités psychiques, les troubles de la personnalité favorisaient l'émergence de ceux-ci et aggravaient leur intensité.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert la considérait comme limitée à 50%, dans toute activité adaptée à ses compétences. Son début se situait en juillet 2023, lorsqu'elle était documentée par le rapport du 27 juillet 2023 de la Dre C_____. Les activités habituelles de vendeuse et de nettoyeuse/femme de chambre pouvaient être exercées, ainsi que toute activité correspondant aux compétences de l'assurée.

i. À réception du rapport d'expertise, la recourante, par courrier du 28 avril 2025, a considéré que l'expertise pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante et que les diagnostics ainsi que la répercussion sur la capacité de travail retenus rejoignaient d'ailleurs presque entièrement les constatations de la psychiatre traitante de l'assurée ainsi que celles des EPI. Elle concluait à ce qu'on reconnaisse une incapacité de travail de 50% dans toute activité, ce qui correspondait à une incapacité de gain de 50% et ceci dès le 1^{er} août 2023.

j. Par courrier du 8 mai 2025, l'intimé s'est fondé sur l'avis médical de son SMR du même jour pour considérer que le rapport d'expertise était clair et étayé et que les conclusions sur l'évaluation de la capacité de travail étaient convaincantes. Dès lors, l'OAI considérait que seule une capacité de travail de 50% pouvait être retenue depuis le mois de juillet 2023.

Néanmoins, compte tenu du délai de carence d'une année qui arrivait à échéance en juillet 2024, l'OAI estimait que la décision de refus de prestations rendue le 7 mai 2024 était matériellement conforme.

k. La chambre de céans a appointé une audience de comparution personnelle en date du 19 juin 2025, lors de laquelle elle a attiré l'attention des parties sur le fait que toutes deux étaient d'accord avec les appréciations de l'expert concluant à une incapacité de travail de 50%, dans toute activité, dès le 1^{er} août 2023.

Cependant, le délai de carence d'une année n'était pas arrivé à échéance lorsque la décision avait été rendue et une incapacité de travail de 50% ne se traduisait pas automatiquement par une incapacité de gain de 50%.

Après discussion, les parties, d'accord entre elles, ont conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour calcul du taux d'invalidité et de la rente et nouvelle décision. Les parties se sont accordées sur des dépens réduits d'un montant de CHF 1'000.-.

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

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le délai de recours est de 30 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.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations invalidité de l'OAI du 7 mai 2024.

3.

3.1 Le 1^{er} 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 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée se fonde sur un complexe de fait antérieur au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3.2 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 1^{er} 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).

4.

4.1 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 malade, 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4.2 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 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

4.3 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).

4.4 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).

- 5.** 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 asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

6. 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).

7. 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).
8. 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).
- 9.

9.1 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).

9.2 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

9.3 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 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

9.4 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).

9.5 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

9.6 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 ; 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).

9.7 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).

10.

10.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

10.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

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

SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 11.** En l'espèce, comme cela ressort de l'ordonnance d'expertise du 6 janvier 2025, la chambre de céans a considéré que les appréciations de l'expert mandaté par l'OAI n'étaient pas probantes, notamment du fait que la capacité de travail de 50% estimée par la psychiatre traitante de l'assurée était confirmée par le rapport de stage des EPI, ce qui s'opposait à la capacité de travail de 70% retenue par l'expert D_____ et celle de 100% retenue par l'OAI.

11.1 Le rapport d'expertise du Dr E_____ du 29 mars 2025 confirme cette appréciation, dès lors que l'expert conclut à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée.

La chambre de céans constate que l'expert a pris connaissance du dossier complet de la recourante, étudié et discuté soigneusement les rapports pertinents y figurant, présenté une anamnèse détaillée et fouillée, et retranscrit précisément les informations livrées par la recourante, s'agissant particulièrement de ses plaintes et habitudes.

Comme l'ont souligné les parties, le rapport d'expertise est clair, étayé et décrit de manière détaillée les divers diagnostics posés ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlent, de même que les conséquences sur la capacité de travail de la recourante. L'anamnèse, le statut psychiatrique et les diagnostics retenus sont cohérents et les conclusions sont convaincantes.

Le rapport d'expertise doit ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante et la chambre de céans fait siennes les conclusions du Dr E_____ selon lesquelles, à partir du mois de juillet 2023, la capacité de travail de l'assurée s'est retrouvée réduite, de manière durable, à un taux de 50%.

11.2 L'intimé fait valoir qu'au vu des conclusions de l'expertise, l'incapacité de travail durable a débuté en juillet 2023, ce dont il découle qu'au moment où la décision querellée a été rendue, au mois de mai 2024, le délai de carence n'était pas encore échu et l'assurée n'avait pas droit à une rente.

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.

Dès lors que le début de l'incapacité de travail de 50% a été fixé par l'expert au mois de juillet 2023, ce n'est qu'à l'issue du délai d'une année, soit au mois de juillet 2024 que le droit prend naissance.

Après discussion entre les parties et par économie de procédure, les parties se sont mises d'accord lors de l'audience du 19 juin 2025 pour une annulation de la décision et un renvoi de la cause à l'intimé, pour calcul du taux d'invalidité et de la rente, avec des dépens réduits à CHF 1'000.-.

La chambre de céans considère que l'accord intervenu correspond aux pièces du dossier et est conforme au droit et au principe d'économie de procédure.

12.

12.1 La décision du 7 mai 2024 sera donc annulée et, d'accord entre les parties, la cause renvoyée à l'OAI, pour détermination du taux d'invalidité et calcul de la rente, avec des dépens réduits de CHF 1'000.- en faveur de la recourante et à la charge de l'intimé.

12.2 L'OAI ayant mandaté un expert en matière psychiatrique, quand bien même les appréciations de ce dernier divergent de celles de l'expert judiciaire désigné par la chambre de céans, l'instruction n'est pas lacunaire. Les frais d'expertise seront donc laissés à la charge de l'État.

12.3 Au vu de l'accord intervenu entre les parties, conforme au principe d'économie de procédure, la chambre de céans renonce à percevoir un émolument.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

D'accord entre les parties :

2. Annule la décision de l'intimé du 7 mai 2024 et renvoie la cause à l'intimé, pour décision sur le taux d'invalidité et sur le montant de la rente.
3. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, des dépens réduits de CHF 1'000.- à titre de participation aux frais de procédure.

Au fond :

4. Dit que la capacité de travail de la recourante est de 50%, dans toute activité, dès le mois de juillet 2023.
5. Renonce à percevoir un émolument.
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