



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2/2019

ATAS/1195/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNÖPFEL , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. En date du 17 mars 2016, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1961, mariée, suisse d'origine nicaraguayenne, qui était arrivée en Suisse en février 2002, mère de trois enfants aujourd'hui tous majeurs, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). L'atteinte à la santé relevait de la maladie, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, soit : trouble anxieux et d'adaptation, attaques de panique, état dépressif ; prise de poids progressive, HTA, syndrome métabolique ; douleurs musculosquelettiques, douleurs ceintures scapulaire et lombaire, céphalées de tension. Du 5 janvier au 1^{er} novembre 2015 elle avait été en incapacité de travail (ci-après : IT), à 60 %, du 2 novembre 2015 au 12 février 2016 à 100 %, et du 13 février 2016, en cours, à 50 %. Elle était actuellement au chômage, ayant perçu des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail (PCM) pour la période d'incapacité susmentionnée de novembre 2015 à février 2016. S'agissant de ses derniers emplois, du 1^{er} avril au 31 octobre 2015, elle avait travaillé en qualité d'aide à domicile à 40 % chez un particulier ; elle avait travaillé précédemment, du 9 juillet 2013 au 28 février 2015, dans le nettoyage, à 25 % auprès de B_____ à Genève. Pour le surplus, pendant les périodes non travaillées, elle était femme au foyer. Elle était suivie par la Dresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, depuis 2002, et par le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dès octobre 2012.
2. Selon la communication de l'office cantonal de l'emploi à l'OAI du 31 mars 2016, l'assurée avait formulé une demande de prestations de l'assurance-chômage le 13 mars 2016, et les délais-cadres d'indemnisation des quatre dernières années s'étendaient du 1^{er} mars 2015 au 28 février 2017. Le taux d'activité recherchée était de 100 %.
3. Selon une note de travail CII/CII+ du 4 mai 2016, l'OCE allait mettre en place une mesure ASAFI via l'OSEO (mesure d'intégration et d'insertion) dès que l'assurée serait au bénéfice d'un certificat médical de reprise à 100 %. Dans cette attente, des cours de français à l'UOG avaient été mis en place du 12 mai au 7 juillet 2016, de sorte qu'au vu des propositions de l'OCE, l'intervention précoce ne semblait pas apporter de plus-value. Pas de prise en charge CII.
4. Le Dr D_____, psychiatre traitant, a établi un rapport médical à l'intention de l'OAI, reçu le 10 mai 2016, sur un questionnaire ad hoc, complété par un rapport médical écrit et détaillé, du 9 mai 2016. Le début de la longue maladie remontait au 11 octobre 2012, la capacité de travail (ci-après : CT) exigible était de 50 % dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, dès le 2 mai 2016 en ce qui concerne cette dernière. Aucune limitation fonctionnelle ; il mentionne toutefois (question 1.7, énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes) : troubles de l'adaptation, fatigabilité, difficultés d'attention et concentration, labilité émotionnelle, se manifestant par des pleurs, du découragement et le sentiment d'être dépassée face aux tâches. L'activité adaptée

était possible, depuis mai 2016, en évitant les tâches multiples. Le rapport détaillé annexé comportait une anamnèse personnelle, un status clinique, le médecin reprenant les diagnostics suivants : état dépressif et anxieux sévère avec troubles importants de l'adaptation à l'environnement ; deuil difficile de son pays d'origine ; personnalité limite à traits immatures, obésité moyenne à sévère, céphalées de tension récidivante. Traitement médicamenteux : Efexor, Stilnox et Xanax. Dans la discussion, le psychiatre traitant indique que la patiente est devenue au fil du temps moins labile sur le plan émotionnel, mais se sentant parfois dans des situations qui la dépassent, elle est un peu perdue face à la vie quotidienne. Il continuait à constituer, avec le médecin traitant, des repères de travaux médicaux et psychothérapeutiques importants pour la rassurer dans son vécu, à la limite de l'adaptation. Elle avait pu veut faire venir sa sœur dernièrement, du pays, après s'y être rendue elle-même. Comme par le passé, pourtant déchirée entre sa culture d'origine de la culture d'accueil, elle continuait de se rendre à l'évidence qu'un retour définitif au Nicaragua serait une utopie : elle ne pouvait ni quitter ses filles qui resteraient à Genève, ni un mari malade, ni résoudre un conflit complexe avec sa mère. L'évolution sociale et politique du pays semble l'avoir déçue ; par contre l'état de nostalgie douloureuse est patent et contribue à un sentiment de perte irrémédiable expliquant à la fois sa difficile adaptation sur place que le fond dépressif prolongé qui l'habite. En conclusion la patiente se sent en mesure d'occuper malgré toute une activité à temps partiel (50 %) dans un environnement stable et rassurant, sans qualification particulière. Elle demeure fatigable et trop fragile pour qu'on puisse imaginer un taux d'activité, pour l'heure limité.

5. La Dresse C_____, généraliste traitante, a adressé à l'OAI un rapport en date du 3 juin 2016. Elle retient comme diagnostics avec effet sur la CT : état dépressif et anxieux sévère, troubles de l'adaptation (existant depuis décembre 2002), céphalées de tension, douleurs musculosquelettiques diffuses, trouble somatoforme, obésité et hypothyroïdie. Sans effet sur la CT : HTA, hypercholestérolémie, diabète. Elle suivait la patiente depuis début 2002 (depuis son arrivée en Suisse). Sur le plan anamnestique elle relevait que depuis de nombreuses années, la patiente se plaint de douleurs aux ceintures, lombalgies, talalgies, céphalées de tension ; ses douleurs limitent sur le plan physique sa capacité professionnelle. De plus l'obésité s'aggravant probablement en étant accentuée par un processus de compensation dans un contexte d'anxiété ; HTA difficile à contrôler. Le pronostic était mauvais, en raison de beaucoup de difficultés d'adaptation et de modifications nécessaires à son état de santé. Le traitement actuel consistait en un suivi régulier, traitement de psychothérapie, et traitement médicamenteux important pour HTA, cholestérol, diabète, hypothyroïdie. Elle a rappelé les périodes et taux d'IT (relevés précédemment pour la période de 2015 et 2016), précisant que les restrictions physiques et psychiques étaient : fatigue, douleurs, difficultés de concentration, lenteur à exécuter les tâches, labilité émotionnelle. Elles se manifestaient par des difficultés à accomplir les tâches et le rythme de travail exigé dans certaines entreprises. L'activité exercée est encore exigible, à 50 %, dans un environnement

calme tant sur le plan relationnel que du travail ; s'agissant des caractéristiques à respecter dans le cadre d'une activité adaptée, le médecin traitant a rempli le questionnaire spécifique.

6. Le 8 juillet 2016, le gestionnaire OAI a soumis le dossier au service médical régional (ci-après : SMR).

Le 28 octobre 2016, le SMR (Dresses E_____ et F_____) a établi un avis : rappelant les renseignements anamnestiques réunis au dossier ainsi que l'avis du psychiatre traitant sur le plan psychiatrique, et de la généraliste traitante sur le plan somatique, le SMR observe qu'au final, la présence de facteurs extérieurs, non médicaux, dont des difficultés d'adaptation dans le cadre de l'immigration semblent prégnants dans ce dossier, et ceci dès le début de l'arrivée en Suisse. Sur le plan psychiatrique, les informations cliniques transmises ne permettent pas de retrouver les critères pour une atteinte sévère. Une personnalité immature est plausible, toutefois elle n'a pas empêché l'assurée de travailler comme femme de ménage auparavant. Au vu de la problématique de type somatoforme évoqué, il est nécessaire d'analyser les indicateurs standards. Enfin il existe une discordance entre les périodes d'arrêt de travail rapportées par le médecin traitant à partir de mai 2015, et le fait qu'aucune absence ne soit mentionnée par l'employeur pendant cette période. Le SMR proposait en conclusion d'évaluer les atteintes et l'exigibilité, par la mise en place d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique.

7. Selon communication interne du 28 février 2018, le SMR se référant à son avis du 28 octobre 2016, indique que le mandat d'expertise bidisciplinaire rhumato / psychiatrique doit être adressé au SMEX SA Swiss Medical Expertise (ci-après : SMEX) ; l'expertise serait réalisée par la Dresse G_____, psychiatre FMH, et le Dr H_____, rhumatologue FMH.
8. Par courrier du 2 mars 2018, l'OAI a informé la patiente de la mise en place d'une expertise bidisciplinaire, en lui communiquant les noms des deux experts pressentis, ainsi que la copie de la mission d'expertise envisagée, lui impartissant un délai de douze jours à réception de ce courrier pour proposer d'éventuelles questions complémentaires, ainsi que pour faire valoir d'éventuels motifs pertinents de récusation à l'encontre des experts désignés.
9. L'examen psychiatrique a eu lieu le 24 mai 2018, et l'examen rhumatologique le 22 juin 2018. Le rapport d'expertise bidisciplinaire a été adressé à l'OAI par le SMEX par courrier du 12 septembre 2018.

Le rapport d'expertise se compose de quatre parties, soit : I. Présentation du mandat ; II. Synthèse et réponses interdisciplinaires aux questions (consensus entre les experts) ; III. Expertise psychiatrique ; IV. Expertise rhumatologique. Le rapport lui-même comporte en plus cinq annexes : résumé du dossier de la personne assurée, questionnaire médical SMEX SA, documents médicaux supplémentaires, et rapport d'examen complémentaires.

Le rapport de synthèse décrit la problématique de l'assurée, avec ses caractéristiques personnelles générales ; contexte social et l'anamnèse : cette synthèse renvoie aux rapports d'expertises spécialisées, pour le détail. Elle décrit de façon détaillée le quotidien et l'environnement de l'expertisée ; les plaintes de l'assurée (douleurs cervicales, nuque, des épaules et lombaires depuis 2002) sont relevées. L'expertisée indique avoir été très peu préparée à l'immigration, et avoir eu des difficultés d'adaptation lors de son arrivée où elle décrit un choc culturel assez important. De ces éléments découleront des difficultés à trouver un travail, à s'adapter aux exigences. Elle dit avoir complètement perdu confiance en elle et en ses capacités. Elle paniquerait à l'idée de sortir. Elle souffre également de troubles du sommeil et d'une irritabilité avec un impact négatif sur l'ensemble de sa famille. Elle parle aussi de problèmes de concentration et de mémorisation. Elle décrit également ses problèmes somatiques actuels (HTA, diabète non insulino-dépendant stabilisé, hypercholestérolémie et hypothyroïdie. Elle parle beaucoup plus de son problème d'adaptation et de ses attaques de panique que son problème rhumatologique et de ses douleurs.

Selon l'expert somaticien, l'examen rhumatologique est tout à fait satisfaisant. Il existe manifestement des incohérences entre les plaintes de l'assurée et l'examen rhumatologique du jour qui ne retrouve rien sur le plan rhumatologique ni aucune LF. Il ne retient aucun diagnostic avec incidence sur la CT, mais en revanche divers diagnostics sans incidence sur la capacité de travail : hypercholestérolémie ; diabète non insulino-dépendant ; hypertension artérielle (HTA) ; hypothyroïdie.

Lors de l'évaluation psychiatrique il n'est pas noté de symptomatologie dépressive. La personne assurée est suivie depuis plus de quatre ans ; elle est bien soutenue par son psychiatre actuel qui la voit à raison d'une fois par semaine. Selon l'assurée, le traitement semble surchargé. Au jour de l'examen, seuls des diagnostics non incapacitants ont été retenus sur le plan psychiatrique avec un trouble anxieux généralisé, stabilisé depuis plus de douze ans. L'assurée présente des préoccupations anxieuses persistantes, sans symptômes anxieux patents au jour de l'expertise. Elle semble bien stabilisée actuellement. Ses symptômes douloureux la fatiguent et l'épuisent. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu devant les plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation. Le rapport consigne ensuite l'analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et son évolution. Il énumère ensuite les ressources de la personne expertisée : cette dernière se montre plutôt dynamique ; dans son pays d'origine elle a toujours été dynamique et disponible ; selon elle, ses problèmes actuels sont récents mais elle sait qu'elle va réussir à les surmonter.

Diagnostics selon consensus : aucun diagnostic incapacitant ; quant aux diagnostics sans incidence sur la CT, les experts retiennent l'anxiété généralisée stabilisée actuellement, depuis plus de douze ans (F 41.1) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (TSD, F. 45.4) ; hypercholestérolémie ; diabète non

insulino-dépendant ; HTA ; hyperthyroïdie. Interaction des diagnostics ; l'assurée dit que ses symptômes douloureux sont exacerbés par sa problématique psychologique. De plus ils sont en lien avec une préoccupation flottante par rapport à tout ce qui se passe dans son pays d'origine. Au niveau du traitement et de la réadaptation, les experts retiennent que l'expertisée est bien suivie, depuis de nombreuses années par sa généraliste, et par son psychiatre depuis quatre ans. Cohérence : le jour de l'entretien il n'est pas noté d'incohérence particulière. L'assurée se montre inquiète par rapport aux problématiques de sécurité importantes dans son pays d'origine. Elle a peur pour ses enfants restés là-bas ; elle présente quelques difficultés à se concentrer ; elle n'a jamais conduit de voiture, ressource dont elle n'a d'ailleurs pas eu besoin dans ses activités professionnelles. Elle se projette tout à fait dans une activité de personne aidante pour les personnes âgées ; elle pourrait les accompagner, les mobiliser et les amener à leurs rendez-vous, mais pas s'occuper du nettoyage car elle dit être fatiguée et endolorie par ses problèmes de santé actuels. Les divergences entre les expertises psychiatrique et rhumatologique sont nombreuses dans le relevé d'informations au niveau du récit de la personne assurée, de sa biographie et de ses formations et ses fonctions (quelques exemples sont donnés, notamment le fait qu'elle indique au rhumatologue qu'elle ne sort pas beaucoup au vu de ses symptômes anxieux, mais affirme aimer sortir régulièrement et prendre les transports en commun sans difficulté). Dans ce contexte, les experts indiquent avoir tenté d'atteindre en vain le psychiatre traitant, pour faire le point avec lui sur lesdites divergences d'informations. Ils y ont toutefois renoncé, compte tenu du fait que le psychiatre traitant relève également, dans ses rapports médicaux très complets, des difficultés de la patiente à se concentrer. Les experts considèrent que cela ne remet pas en question les conclusions de l'expertise et corrobore les constatations cliniques. LF: aucune limitation sur le plan interdisciplinaire ; par sécurité, éviter les échafaudages ou les échelles. CT : sur le plan interdisciplinaire la CT a toujours été de 100 %, sauf durant un ou deux mois dès mai 2016 (rapport du médecin traitant de mai 2016). Actuellement la CT est de 100 %, et devrait le rester. Cette pleine capacité de travail est valable pour l'activité déployée jusqu'ici, comme pour une activité adaptée. En tant que de besoin le détail du contenu des expertises spécialisées sera repris dans les considérants qui suivront.

10. Il ressort d'une note statut du 28 septembre 2018 de l'OAI, que selon les informations en possession de l'office, l'assurée s'est inscrite au chômage à 100 % en mars 2015, après avoir quitté son dernier emploi auprès d'un particulier, vraisemblablement exercé à hauteur de 90 heures/mois, soit 22h30 par semaine, ce qui correspond à un taux de 56 %. L'activité précédente auprès de B_____ entre 2013 et 2015 en tant que personnel d'entretien a été exercée à hauteur de 10 heures/semaine (horaire normal de 43 heures/semaine), ce qui correspond à un taux de 23 %. On peut lire également que l'assurée se dit préoccupée par sa situation financière (soutien du SPC) et qu'elle souhaite pouvoir reprendre une activité professionnelle. Son médecin aurait contre-indiqué l'exercice d'une activité

professionnelle à temps plein. Compte tenu des pièces au dossier il n'était pas possible de se positionner avec certitude par rapport au statut. Toutefois on pouvait admettre que, sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité professionnelle en tout cas à 56 %.

11. En date du 28 septembre 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de rejet de la demande, respectivement de refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Après consultation de l'ensemble des éléments médicaux recueillis et suite à l'expertise bidisciplinaire des 24 mai et 22 juin 2018, l'office ne pouvait retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). Au plan strictement médical, sa capacité de travail était pleinement exigible dans toutes activités confondues, et ce depuis toujours.
12. Par courrier du 11 octobre 2018, l'assurée a invité respectivement autorisé l'OAI à communiquer dans les meilleurs délais les rapports d'expertise bidisciplinaire susmentionnés, à son médecin traitant, la Dresse C_____.
13. L'OAI y a donné suite en adressant le CD-ROM du dossier au médecin traitant par courrier du 16 octobre 2018.
14. Par courrier du 15 octobre 2018, l'assurée a sollicité (pour elle-même) le CD-ROM de son dossier.
15. Il ressort d'une note manuscrite sur formule « personne reçue à la réception » du 2 novembre 2018 : « veuillez me faire parvenir mon dossier médical pour ma demande d'AI et m'accorder un délai prolongé faute d'avoir pu le consulter avant, alors que j'ai jusqu'au 6 novembre pour donner mon avis sur votre projet de décision. »
16. Par courrier du 6 novembre, l'OAI a adressé le CD-ROM du dossier de l'assurée au psychiatre traitant.
17. Par courrier du 7 novembre 2018, la Dresse C_____ s'est adressée à l'OAI : se référant au rapport d'expertise psychiatrique et rhumatologique de sa patiente, elle constate que des difficultés sont reconnues à sa patiente, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique ; cependant, elle estime que les conclusions des deux experts quant à une capacité totale à exercer une activité professionnelle n'est pas en adéquation avec ses constatations au cours des années écoulées. Sa patiente, comme reconnu, présente un syndrome de douleurs chroniques qui entravent sa capacité à maintenir une activité pendant 8 heures au quotidien. Elle s'est retrouvée dans cette situation il y a quelques années, dans une entreprise de nettoyage, pour une période limitée, et a perdu son emploi, ne pouvant assumer le rythme de travail demandé. Elle n'a jamais pu assumer, depuis qu'elle est en traitement auprès d'elle, et jusqu'à ce jour, une charge de travail à 100 %. Les troubles de l'adaptation et les troubles anxieux dont elle souffre se sont certainement améliorés, mais ils sont également une source de difficultés dans la confrontation au quotidien des exigences d'un travail à plein temps. La mise sous pression par des exigences induit

des situations de stress intense qui l'ont conduite à se replier sur elle-même et à éviter toute exposition, à plus d'une reprise. Dans la situation même de son suivi médical, le médecin traitant avait pu constater à quel point il était difficile de mettre en place un suivi et une continuité dans la prise en charge de sa santé, cette dernière se sentant débordée et anxieuse dès qu'un programme tente d'être mis en place, ne serait-ce que, par exemple, une physiothérapie active. L'objectivation de ces constatations apparaît tant à l'examen clinique que dans les examens paracliniques. Dans cette mesure, elle soutient le recours formulé par sa patiente contre la décision lui reconnaissant une CT totale.

18. Par courriel du 8 novembre 2018, l'OAI a confirmé à l'assurée la réception de son envoi (mail) du 7 novembre 2018, que le dossier avait bien été transmis à son psychiatre, et que le délai d'audition avait bien été prolongé au 30 novembre 2018 au plus tard.
19. Par courrier du 19 novembre 2018, reçu le 23 novembre 2018, l'assurée a complété sa contestation du projet de décision. Elle ne pouvait se prononcer sur les considérations médicales des experts, sauf à constater qu'elles amènent l'OAI à «créer un fait nouveau insolite et clairement accablant pour moi comme pour les deux médecins qui me traitent» : en clair l'OAI considérait que sa CT était pleinement exigible au plan strictement médical, « et ce, depuis toujours » ; ainsi elle n'aurait jamais eu de raison d'être limitée à 50 %, alors que son médecin traitant avait d'abord considéré qu'elle était incapable de travailler, à concurrence de 60 %, avant de réduire l'IT à 50 %, parce qu'elle (l'opposante) insistait auprès d'elle, convaincue, à tort, qu'elle trouverait plus facilement un emploi à mi-temps qu'à 40 %. L'OAI lui refusait tant des mesures d'ordre professionnel qu'une rente d'invalidité partielle à 50 %. S'agissant des mesures professionnelles, elle n'avait pas attendu l'OAI pour suivre avec succès en 2017 un cours de formation professionnelle d'auxiliaire de vie avec des notes de « très satisfaisant » dans tous les champs sauf le français, langue qu'elle continuait d'ailleurs à étudier afin d'obtenir le niveau B exigé pour le cours d'aide-soignante de la Croix-Rouge, dont le diplôme restait clairement la clé pour trouver du travail dans les établissements de santé, comme à domicile. Elle n'avait pas peur du travail, même si elle ne pouvait en fournir autant qu'elle le souhaite. Cette décision invalide, sur la base d'une unique consultation de la part des experts, les évaluations et diagnostics de ses médecins traitants. Cette décision l'accablait, lui causant certes un tort moral, mais également le risque d'en générer un sur le plan économique, car en communiquant copie de cette décision au SPC, ce dernier pourrait reconsidérer la question de la prise en compte de gains potentiels, et une demande de restitution de sommes qu'elle n'avait jamais gagnées ni pu gagner malgré ses constantes recherches d'emploi. En conclusion elle « suppliait l'OAI de supprimer, dans sa décision finale, les mots « depuis toujours » du projet de décision et de reconsidérer avec plus d'attention les évaluations nuancées de ses médecins traitants.

20. Le 27 novembre 2018, le SMR s'est prononcé à la fois sur les conclusions de l'expertise - apparemment pour la première fois -, et sur les objections de l'assurée par rapport au projet de décision du 28 septembre 2018, par courrier du 7 novembre 2018 du médecin traitant, et par courrier de l'assurée du 19 novembre 2018. Il observe d'une part que l'expertise retient une CT entière, une absence de limitations fonctionnelles, et aucun diagnostic incapacitant, et que d'autre part le médecin traitant mentionne des douleurs chroniques, des troubles anxieux et de l'adaptation qui ne permettent pas à sa patiente de travailler à 100 %, mais n'apporte aucun élément nouveau permettant de modifier les conclusions de l'expertise du 12 septembre 2018. Les explications données par l'assurée, dans son courrier du 19 novembre 2018, où elle indique notamment avoir suivi avec succès en 2017 un cours de formation professionnelle d'auxiliaire de vie, et continuer à étudier le français afin d'obtenir le niveau B exigé pour pouvoir suivre le cours d'aide-soignante de la Croix-Rouge dans le but d'en obtenir le diplôme et trouver un travail, montrent la présence de bonnes ressources personnelles. Le SMR concluait que les conclusions de l'expertise du 12 septembre 2018 demeuraient valables.
21. En date du 28 novembre 2018, l'OAI a notifié une décision - conforme au projet du 28 septembre 2018 -, rejetant ainsi sa demande de prestations. Dans le cadre de l'audition, l'assurée avait essentiellement contesté les conclusions de l'expertise médicale bidisciplinaire susmentionnée, qui retient une CT entière et une absence de limitations fonctionnelles, motivant sa contestation essentiellement en renvoyant aux conclusions médicales de ses médecins et à leurs constatations, ainsi qu'au certificat médical du 7 novembre 2018 de son médecin traitant. Le SMR, à qui ce certificat médical a été soumis, a conclu que ce document n'apportait pas de nouvel élément objectif permettant de modifier les conclusions de l'expertise bidisciplinaire, qui demeuraient donc valables.
22. Par courrier daté du 27 décembre 2018, reçu au guichet de la juridiction le 2 janvier 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise. La demande qu'elle avait déposée auprès de l'OAI tendait au premier chef à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, le cas échéant à une rente d'invalidité partielle. Dans le cadre de l'audition, elle avait contesté le projet de décision qui lui avait été soumis, expliquant que ce refus ne pouvait pas être fondé sur une annulation rétrospective et non médicale mais administrative de son état de santé général, tel que présenté par ses médecins, y compris des arrêts de travail continus à 60, puis à 50 %. Elle avait en conclusion indiqué qu'elle serait satisfaite avec le retrait des mots : « et ce depuis toujours ». Sans attendre l'échéance du délai prolongé accordé par l'OAI pour la fin du mois de novembre, cet office, par décision datée du 28 novembre 2018, mais finalement notifiée par courrier du 5 décembre 2018, avait rendu sa décision finale. Elle opposait l'avis de ses médecins traitants, qui la connaissent et la suivent régulièrement, son médecin traitant depuis plus de seize ans, et son psychiatre depuis plus de trois ans à raison

d'une fois par semaine, à celle des experts - dont elle n'avait pas pu prendre connaissance des conclusions - qui ne l'avaient vue qu'approximativement une heure chacun. Elle ne comprenait pas les raisons pour lesquelles l'OAI, même si, à sa demande, il avait communiqué le rapport d'expertise à ses médecins, lui refusait néanmoins l'accès à son dossier. Elle se sentait offensée et déstabilisée par cette décision, dans la mesure où l'OAI se permettait d'affirmer que sa CT était pleinement exigible « depuis toujours » : en plus de peiner à s'intégrer dans son nouveau pays, de rencontrer des difficultés dans son apprentissage du français, de ne pas obtenir de travail sur un marché plus de 90 % des offres d'emploi sont au noir, dans les 2 secteurs d'activité ou peut encore prétendre trouver un emploi, soit dans le ménage et dans les soins aux personnes. Malgré ses recherches d'emploi continues et ses efforts de formation pour un travail qu'elle pourrait exercer à mi-temps, selon son médecin traitant, malgré l'aide que lui apporte son mari retraité et dans tous les aspects administratifs la concernant, on estime néanmoins qu'elle peut travailler à 100 %, en lui cachant les motifs qui contredisent ses médecins. Depuis septembre 2018, elle n'est plus au chômage complet : elle a trouvé un travail de ménage de 4 heures, un jour par semaine, dans le canton de Vaud, moyennant 1h30 de voyage dans chaque sens, en train, bus et à pied ou en voiture avec son mari. Elle n'était pas encore désespérée, sinon elle ne ferait pas recours, mais si elle n'avait plus cet espoir, elle craignait le pire...

23. Par courrier, anticipé par fax, du 30 janvier 2019, la recourante, intervenant désormais par son conseil, consulté la veille, sollicitait d'emblée un délai de deux mois pour répliquer au préavis de l'OAI qui disposait d'un délai échéant au jour de ce courrier pour se déterminer. Il devait en effet disposer de temps afin d'obtenir la confirmation de couverture de l'assistance juridique, de recevoir le dossier de l'intimé, avant de rédiger son écriture.
24. Parallèlement, par courrier du 30 janvier 2019, la recourante s'est encore personnellement adressée spontanément à la chambre de céans, insistant sur le grief de violation du droit d'être entendu et sur le fond, de considérer que sa capacité de travail serait entière, alors que sa santé n'était pas suffisamment bonne pour exiger d'elle un tel taux d'activité.
25. Par courrier du 30 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. En substance, la recourante avait fait l'objet d'un examen médical approfondi par les experts du SMEX de Neuchâtel (rapport du 12 septembre 2018), les experts ayant conclu que la CT de la recourante était considérée comme entière dans toute activité correspondant à ses aptitudes personnelles. Rappelant la jurisprudence topique en la matière, et observant que le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente de celle des experts n'est pas déterminant, selon la jurisprudence, l'office estime que les éléments apportés par la recourante ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.
26. Par courrier du 1^{er} février 2019, la chambre de céans a communiqué la détermination de l'intimée au mandataire de la recourante, en lui octroyant, au vu

des motifs invoqués dans son courrier du 30 janvier 2019 un délai au 15 mars 2019 pour sa réplique.

27. Par mémoire du 15 mars 2019, la recourante, représentée par son mandataire, a déposé un complément au recours et réplique. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision ; subsidiairement à ce qu'il soit dit qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, notamment à une rente ; le tout avec suite de frais et dépens. Au moment du dépôt de sa demande, elle souffrait d'un état dépressif, anxieux et de troubles de l'adaptation, de diabète, de céphalées de tension, de douleurs musculosquelettiques, d'obésité et d'hypothyroïdie, sa capacité de travail étant, selon son médecin traitant (rapport de la Dresse C_____ du 3 juin 2016), de 50 % depuis le 13 février 2016. Auparavant la CT avait évolué de la manière suivante : 60 % du 1^{er} mai au 31 octobre 2015 et de 100 % du 22 novembre 2015 au 12 février 2016. De son côté, le 9 mai 2016, le psychiatre traitant avait attesté que sa patiente souffrait d'un état dépressif anxieux et sévère avec troubles importants de l'adaptation à l'environnement, d'un deuil du pays et culturel compliqué, d'une personnalité limite à traits immatures, d'obésité moyenne à sévère, ainsi que de céphalées de tension récidivantes. La patiente se sentait en mesure d'occuper malgré toute une activité à temps partiel (50 %) dans un environnement stable et rassurant, mais le psychiatre était d'avis que sa patiente demeurait « fatigable et trop fragile pour qu'on puisse imaginer un taux d'activité pour l'heure limité ». S'agissant du rapport d'expertise bidisciplinaire du 12 septembre 2018, l'assurée souffrait notamment d'un TSD et d'autres atteintes comme l'anxiété, mais qui n'influençaient pas la CT. Comparant les diagnostics posés par les médecins traitants et les experts, la recourante estime que le rapport d'expertise confirme en grande partie les diagnostics de ses médecins traitants. Elle fait valoir dès lors qu'il découle de l'instruction médicale du dossier, du cours ordinaire des choses et de l'expérience générale de la vie que des affections de la nature et de l'ampleur de celles dont souffre la recourante sont propres à causer des limitations importantes tant sur le plan personnel que professionnel. Alors que les médecins traitants considèrent que la CT de l'assurée n'est que de 50 % maximum, et encore, à la condition que cela se situe dans un environnement stable et rassurant en raison de la dépression et des limitations d'adaptation, les experts, bien qu'ayant retenu des diagnostics convergents, arrivent cependant à la conclusion « a priori surprenante » que la recourante disposait de sa pleine capacité de gain, et ce depuis toujours, à l'exception d'un ou deux mois en 2016, ce qui paraît assez contradictoire (p. 21 du rapport d'expertise) ; elle en déduit que l'avis des experts ne serait pas suffisamment motivé. Selon elle l'OAI et les experts concluent contrairement aux constatations mêmes du rapport d'expertise que la recourante ne souffrirait d'aucune atteinte à la santé et que sa CT aurait toujours été totale, ce qui entre en contradiction manifeste avec les diagnostics retenus, et ne tient pas compte des traitements et thérapies suivis depuis 2002. Elle relève d'autre part que le rapport d'expertise retient qu'elle a des difficultés à se focaliser sur ses souvenirs et que sa

mémoire est fragile. Les experts se réfèrent également aux difficultés de concentration évoquées par le psychiatre traitant, mais concluaient que ces constatations ne remettraient pas en cause les conclusions de l'expertise, notamment l'absence de limitations fonctionnelles, sans pour autant motiver leur point de vue. Si les experts ont cru bon devoir contacter le psychiatre traitant, lequel n'était pas disponible car en vacances, il ne ressort pas de l'expertise qu'au final le psychiatre traitant ait été entendu. Or, si, selon elle, les experts ont choisi de prendre contact avec le psychiatre traitant, c'est que les informations à lui demander étaient importantes à leurs yeux. Ils n'expliquent pas leur renonciation ultérieure à le contacter, de sorte que, de ce point de vue, l'expertise ne se serait pas complète. Elle en déduit une incohérence non motivée de cette expertise, entre l'estimation de la CT et les atteintes à la santé de la patiente, reconnues par les spécialistes. Le rapport d'expertise ne pouvait dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

28. Par courrier du 11 avril 2019, l'intimé a brièvement dupliqué : il persiste dans ses conclusions. En tant que la recourante conteste la valeur probante de l'expertise réalisée en procédure administrative, se référant aux principes jurisprudentiels déjà rappelés dans sa réponse, il rappelle que les caractéristiques de ce rapport sont conformes à la jurisprudence ; pour le surplus si les experts n'ont finalement pas pris contact avec le psychiatre traitant, cet élément n'était pas déterminant dans la mesure où il ne leur est nullement fait obligation d'y procéder. En conséquence, le dossier était suffisamment instruit, aucun élément médical objectif nouveau ayant été amené qui justifierait une instruction complémentaire.
29. Sur quoi, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 24 juin 2019, en présence d'un interprète :

La recourante a déclaré : " Pour répondre à votre question, je me trouve actuellement au chômage, déclarant rechercher un emploi à 50 %. Auparavant, soit avant le dépôt de ma demande de prestations, j'ai travaillé dans l'assistance aux personnes âgées et dans le nettoyage. Je ne travaille plus dans l'emploi que j'avais trouvé à raison de 4 heures par semaine dans le canton de Vaud car la personne qui m'employait a décidé de se passer de mes services. S'agissant du déroulement de l'expertise administrative à laquelle j'ai été soumise dans le cadre de l'instruction de mon cas par l'OAI, je vous confirme que lorsque j'ai été entendue par les experts, j'étais accompagnée d'un interprète."

Madame I_____, pour l'intimé, a déclaré : "Pour répondre à votre question, si l'expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, préconisée par les médecins du SMR dans leur avis du 28 octobre 2016 n'a finalement été mise en place qu'après une communication interne du SMR du 28 février 2018 seulement, je pars de l'idée qu'il a dû y avoir une réorganisation interne et un changement de gestionnaire, car je ne trouve pas d'autres explications plausibles à ce sujet. Je fonde mon appréciation sur un courrier du mois de décembre 2016 qui annonçait à l'assurée un changement de gestionnaire. "

La recourante a poursuivi : "Pour répondre à votre question, concernant ce qui apparemment m'avait le plus choquée dans la décision de refus de prestations de l'OAI, soit le fait qu'on me considère comme capable de travailler à 100 % dans toutes activités "depuis toujours", cette expression me causant un véritable tort moral, et je tends (*sic !*) le doute sur l'appréciation de mes médecins qui me connaissent depuis des années, mais aussi qui risquait de me causer un préjudice économique par rapport au SPC, je confirme que l'on peut en effet parler de tort moral et de préjudice économique : en effet, lorsque je suis arrivée en Suisse, et que j'ai commencé à travailler, j'ai en effet travaillé à 100 % pendant deux ans. Par la suite, j'ai essayé de continuer à travailler à plein temps, mais j'ai commencé à rencontrer des difficultés de tous ordres : difficultés d'adaptation, soit avant toute chose par rapport à la langue, ce qui ne m'empêchait toutefois pas de travailler ; j'ai rencontré des difficultés à la colonne, des problèmes de nervosité et d'anxiété sont également apparus, à tel point que lorsque je suis retournée une fois dans mon pays d'origine (le Nicaragua), j'ai dû engager une personne car j'étais de temps en temps désorientée et perdue, et je paniquais. Par la suite, après le refus des prestations par l'AI, mes troubles d'anxiété se sont aggravés, et je ne comprenais pas pourquoi. Aujourd'hui, je peux l'expliquer : j'ai subi la pression du SPC qui m'incitait de façon contraignante à chercher un travail à 100 %, les recherches mêmes d'emploi me pesaient lourdement, en raison de la difficulté de ces recherches et probablement en raison de mon âge. A chaque fois que je recevais une réponse négative, l'anxiété me reprenait, de sorte que mon psychiatre m'a prescrit du Xanax. Je précise sur cette question (prescription de Xanax) que mon médecin me le prescrivait déjà avant la décision de l'OAI. Je dois préciser à ce sujet encore que je souffre d'agoraphobie, et qu'à ce titre je m'étais déjà vu prescrire ce médicament auparavant, j'évite toutefois de le prendre parce que je considère qu'il s'agit d'une drogue qui me rend "endormie". Etant déjà addict aux somnifères que je prends le soir, si je prenais encore le Xanax le matin, je continue à dormir, or je dois chercher du travail. Je voudrais encore ajouter que suite à l'examen que j'ai passé devant les experts qui m'ont examinée, à qui j'ai décrit mes douleurs dans la colonne, la nuque et les jambes, je n'ai jamais eu le résultat de ces examens. En clair, j'ai été surprise que l'OAI me refuse l'accès à ce rapport, sous prétexte qu'ils craignaient pour ma santé si j'en prenais connaissance ; or, si mon état psychique décrit dans l'expertise était si grave que les craintes de l'OAI pouvaient le laisser penser, il y avait alors une contradiction avec le fait que malgré tout les experts considèrent que j'étais depuis toujours capable de travailler à 100 %. Mes médecins ne m'ont pas indiqué si j'avais (*recte : s'ils avaient*) eu connaissance du rapport d'expertise. J'insiste sur le fait qu'après la décision de refus de l'AI, mes problèmes d'anxiété et de peur ont augmenté. "

L'intimé : "Je précise que les expertises psychiatriques sont, selon notre pratique, toujours adressées au psychiatre ou au médecin-traitant, indépendamment des conclusions du rapport, ceci en raison des particularités des expertises psychiatriques, notamment les renseignements anamnestiques que les rapports

contiennent, car il ne nous appartient pas d'évaluer si la lecture dudit rapport peut avoir une influence négative sur l'assuré. "

La recourante : "Sur question de mon conseil, qui me demande si je sais pourquoi la personne qui m'employait quatre heures par semaine dans le canton de Vaud a décidé de mettre fin à mon contrat : je ne sais pas, car on ne m'a pas donné de motifs, mais j'imagine que c'est parce qu'elle trouvait que je travaillais trop lentement. Je donne un exemple : je trouvais très compliqué le fonctionnement de la machine à laver, de sorte qu'elle m'avait dit qu'elle le ferait elle-même. A mon souvenir, j'ai dû travailler environ trois mois auprès de cette personne. Toujours sur question de mon conseil, les raisons qui me font penser que je ne suis pas capable de travailler à plus de 50 % sont la fatigue causée par mon état de santé : diabète, cholestérol, thyroïde, ce qui a engendré une prise de poids, la tension trop élevée. Pour répondre à la demande de précisions de mon conseil qui me demande en outre si les problèmes d'agoraphobie que j'ai évoqués tout à l'heure influencent également ma capacité de travail limitée : non, car je vous explique que lorsque je travaillais avec les personnes âgées l'environnement était calme. Il en allait un peu différemment lorsque je travaillais dans le nettoyage au Palais de justice, car il y avait plus de monde (5 personnes). Toutefois, je sortais de chez moi à 05h00 du matin et là, les rues étaient vides, de sorte que comme j'en ai l'habitude j'ai toujours fait les efforts nécessaires "pour pouvoir faire".

30. Sur quoi la cause est gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [(LPA-GE - E 5 10)],
4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier au droit à la rente.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

6. 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.
7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

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

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

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

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

Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

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

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

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 : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

9. 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. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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 (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assurée est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assurée d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assurée de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. 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 pris 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).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin

examineur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

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'assurée 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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assurée (consid. 4.4).

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 (consid. 4.4.1).

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

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 que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés, 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).

Ceci dit, selon cette jurisprudence, du point de vue du droit intertemporel, il faut procéder par analogie à l'ATF 137 V 210 (en ce qui concerne les exigences de l'État de droit en matière d'expertise médicale). Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Il est même décisif dans le cadre d'un examen global d'un cas particulier avec ses spécificités et les griefs invoqués de savoir si une prise en compte définitive d'éléments de preuve existants résiste devant le droit fédéral (ATF op. cit., consid. 6 in initio, p. 266). Dans l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et / ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire. (ATF 141 V 281 consid.8).

10. L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes

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 (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

11. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

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

12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'État de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

d. 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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 (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).

f. 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).

13. 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 que, 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).
14. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

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

15. En l'espèce, la décision de l'OAI du 28 novembre 2018, rejetant la demande de prestations de l'assurée, est fondée sur le rapport d'expertise bidisciplinaire des 24 mai et 22 juin 2018 ainsi que sur l'ensemble des éléments versés au dossier, le service médical ayant conclu à la pleine valeur probante du rapport d'expertise, estimant que l'avis du psychiatre traitant n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise. La recourante, notamment par le truchement de son conseil, conteste la pleine valeur probante du rapport l'expertise, estimant notamment que les conclusions des experts ne seraient pas cohérentes. Elle considère que la CT qu'ils lui reconnaissent à 100 % est contradictoire par rapport aux troubles et diagnostics qu'ils lui reconnaissent pourtant.

Il y a dès lors lieu d'examiner si, comme le soutiennent l'intimé et son service médical, l'on peut accorder au rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrique) une pleine valeur probante, selon les exigences de la jurisprudence

rappelée ci-dessus, et notamment de déterminer si l'expertise psychiatrique répond aux exigences d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4) dorénavant applicable à toutes les maladies psychiques, y compris pour les troubles dépressifs de degré léger ou moyen, ceci depuis la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral le 30 novembre 2017 (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1).

La chambre de céans considère que l'expertise litigieuse, conduite par des médecins indépendants de l'intimé et spécialistes reconnus, peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Conformément à la jurisprudence, cette expertise se base sur des observations approfondies et des investigations complètes, ainsi que sur une pleine connaissance du dossier, les experts aboutissant à des résultats convaincants. Elle est en particulier fondée sur une anamnèse détaillée, qui prend en compte les plaintes de la patiente, des examens cliniques complets, aboutissant à des diagnostics précis. En l'espèce, aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, mais plusieurs diagnostics sans effet sur cette capacité, soit : anxiété généralisée stabilisée actuellement, depuis plus de 12 ans (F 41.1) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) ; hypercholestérolémie ; diabète non insulino-dépendant ; hypertension artérielle ; hypothyroïdie. Tant le rapport de synthèse après consensus que les rapports individuels des experts, rhumatologue d'une part et psychiatre d'autre part, répondent aux exigences de la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. L'experte psychiatre y est parvenu au terme de constatations objectives lors de son examen, après avoir également pris en considération les avis médicaux versés au dossier, soit en particulier ceux du psychiatre traitant. Ce dernier retenait le diagnostic d'état dépressif et anxieux sévère avec troubles importants de l'adaptation à l'environnement ; deuil difficile de son pays d'origine ; personnalité limite à traits immatures, obésité moyenne à sévère, céphalées de tension récidivante. L'experte psychiatre a justifié ses conclusions, en commentant le dossier médical reçu, expliquant les raisons pour lesquelles elle s'écartait des diagnostics des médecins traitants : prenant en compte le fait que l'assurée est suivie depuis environ 4 ans, elle indique que le diagnostic posé par le psychiatre traitant n'est plus d'actualité : au jour de l'examen il n'y a pas de symptomatologie d'allure dépressive. Il est toutefois noté des troubles de l'adaptation à l'environnement. La personne assurée a du mal à faire le deuil de son pays. En 2016 selon un rapport de son médecin traitant, elle avait bénéficié d'un traitement d'Efexor, Stilnox et Xanax qui lui avait fait beaucoup de bien à cette époque. Actuellement, elle est exclusivement sous Trittico 150 mg. Quelle que soit la dose de ce médicament, il s'agit d'un ancien traitement antidépresseur qui n'a pas les effets antidépresseurs souhaités, ce qui est tout à fait cohérent avec l'évaluation faite au jour de l'examen. Dans un autre rapport daté du 10 mai 2016, le psychiatre traitant décrivait une labilité émotionnelle, des difficultés d'attention et de concentration et une difficulté à retrouver une activité adaptée en évitant des tâches multiples. Au jour de l'entretien, il est effectivement retenu des difficultés de

concentration avec une certaine irritabilité, mais ceci en lien avec un trouble anxieux généralisé. Les traits de personnalité de l'assurée paraissent assez immatures, auxquels s'ajoute la fatigabilité dont elle se plaint. La personne assurée a effectivement des troubles de l'adaptation et peut éviter certaines activités lorsqu'elle est fatiguée. Ces informations sont tout à fait retenues le jour de l'entretien. Les troubles de la concentration peuvent aussi être inhérents et en lien avec les traitements qui sont proposés le jour de l'entretien. Le médecin généraliste traitant décrivait depuis le 16 août 2012 des troubles du sommeil, du comportement alimentaire et une irritabilité. Ces symptômes sont retenus lors de l'entretien d'expertise, ainsi que les troubles du sommeil. Le médecin généraliste décrivait aussi des troubles dépressifs importants avec une anxiété permanente, symptômes qui ne sont pas retenus le jour de l'entretien ainsi que des attaques de panique. La personne assurée doit être bien traitée et bien stabilisée. Il s'agit probablement d'un status psychiatrique ancien, mais qui n'est plus d'actualité, ce rapport datant de 2012. La personne assurée bénéficiait à l'époque d'un traitement d'Efexor. À ce jour, ces symptômes ne sont plus d'actualité, la personne assurée ne décrivant pas de symptomatologie anxieuse ou d'attaque de panique récente. La CT a été diminuée durant un ou deux mois en 2016.

On observera également que, sous l'angle de la jurisprudence prescrivant désormais une procédure d'établissement des faits structurée, on retrouve dans le rapport d'expertise psychiatrique, une partie spécifiquement consacrée à l'énumération et à l'analyse systématique du cas, en fonction des divers indicateurs, sous la même forme que celle décrite ci-dessus dans le rappel des conditions posées par le Tribunal fédéral à ce sujet ; tous les éléments nécessaires permettant de se forger une opinion et d'aboutir à des conclusions valables sont donc réunis.

Les critiques de la recourante, s'appuyant notamment sur les remarques de ses médecins traitants et notamment de sa généraliste du 7 novembre 2018 à l'OAI, observant que les experts ont reconnu les difficultés de la patiente tant sur le plan psychique que sur le plan somatique mais tire des conclusions différentes des siennes, en tant que les experts reconnaissent une capacité totale à exercer une activité professionnelle : le médecin traitant indique que ses conclusions ne sont pas en adéquation avec ses propres constatations au cours des années écoulées. Ces critiques tombent à faux. On rappellera d'une part que l'assurée, dans ses critiques de la décision entreprise, sinon préalablement du projet de décision, reproche essentiellement aux experts de lui avoir reconnu une pleine capacité de travail « et ce depuis toujours » ; la recourante se disait prête à être satisfaite avec le retrait de ces quatre mots (elle craignait en effet que le SPC, s'il avait connaissance de ce rapport, envisage de revoir rétroactivement sa situation et lui réclame la restitution des prestations qu'elle aurait perçues). Ainsi le rapport du médecin traitant conteste les conclusions de l'expert, en tant que selon elle, elles ne seraient pas en adéquation avec ses constatations « au cours des années écoulées ». Elle ne conteste toutefois pas sérieusement les constatations actuelles faites par les experts, lors des

examens cliniques et expertises spécialisées ; elle admet que les troubles d'adaptation et trouble anxieux dont sa patiente souffre se sont améliorés, mais relève qu'ils seraient néanmoins une source de difficultés dans la confrontation au quotidien des exigences de travail à plein temps. Sans le dire expressément, elle évoque en cela une interaction de ces troubles résiduels, avec le syndrome des douleurs chroniques (TSD) reconnu par les experts. Elle omet toutefois que les experts en ont expressément tenu compte, en examinant scrupuleusement la situation de la recourante en regard des exigences de la jurisprudence par rapport à une approche structurée. Les troubles décrits ont été admis par les experts, mais les diagnostics y relatifs ont été considérés comme non invalidants, et ceci de façon convaincante, sans que le médecin généraliste et le psychiatre traitants, ne motivent leurs critiques de façon objective et propre à susciter le moindre doute quant à la fiabilité des conclusions des experts. Les médecins traitants n'ont en effet relevé aucun élément objectif et vérifiable dont les experts n'auraient pas tenu compte. Ils se bornent à en tirer des conclusions subjectivement différentes, appuyant l'appréciation subjective de leur patiente. Il convient à cet égard d'avoir à l'esprit des principes retenus par la jurisprudence quant à l'appréciation qu'il convient de donner aux avis des médecins traitants, compte tenu du lien thérapeutique qui les unit à leur patiente, à la différence du mandat d'expert.

Au vu de ce qui précède, la décision entreprise n'est pas critiquable, en tant qu'elle se fonde sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire SMEX du 12 septembre 2018, et sur l'appréciation qu'en a faite le SMR, les mêmes considérations étant valables par rapport à l'appréciation des médecins du service médical de l'assurance-invalidité en ce qui concerne les rapports médicaux des médecins traitants, produits en dernier lieu par la recourante.

16. On observera encore que les autres griefs formulés par la recourante à l'encontre de la décision entreprise, respectivement à l'encontre de l'intimé, ne sont pas davantage fondés :
 - a. En tant qu'elle suggère en effet que l'OAI aurait rendu sa décision avant même l'échéance du délai qu'il avait prolongé à la demande de l'assurée, pour qu'elle puisse compléter son opposition tombe à faux. En effet l'assurée s'était prononcée et avait complété son opposition par courrier du 19 novembre reçu le 23 novembre 2018 par l'OAI ; ainsi l'office pouvait sans autre statuer sans attendre l'échéance qui avait été fixée à la fin du mois de novembre, l'assurée n'ayant pas épuisé ce délai pour se prononcer. Il n'est en effet pas contesté que l'OAI a rendu sa décision le 28 novembre 2018, mais l'a finalement notifiée par courrier du 5 décembre 2018.
 - b. Il n'est pas contesté non plus qu'aux demandes successives de l'assurée, l'OAI a diligemment adressé le CD-ROM de son dossier dans un premier temps au médecin traitant généraliste, et dans un deuxième temps au psychiatre traitant. La recourante fait toutefois grief à l'intimé d'avoir refusé de lui en remettre un exemplaire à elle personnellement. Les conclusions qu'elle en tire ne sauraient être retenues : notamment en s'exprimant devant la chambre de céans en ces termes : « j'ai été

surprise que l'OAI me refuse l'accès à ce rapport, sous prétexte qu'ils craignaient pour ma santé si j'en prenais connaissance ; or, si mon état psychique décrit dans l'expertise était si grave que les craintes de l'OAI pouvaient le laisser penser, il y avait alors une contradiction avec le fait que malgré tout les experts considèrent que j'étais depuis toujours capable de travailler à 100 %. ». Au vu de ce qui précède en ce qui concerne l'interprétation et la valeur probante qu'il convient de donner au rapport d'expertise, l'argument de la recourante ne lui est d'aucun secours et ne met en tout cas pas en évidence une contradiction entre les conclusions de l'expertise et le fait que l'OAI lui ayant refusé de lui adresser directement une copie de ce rapport. L'intimé s'est en effet expliqué devant la chambre de céans, précisant : "... que les expertises psychiatriques sont, selon notre pratique, toujours adressées au psychiatre ou au médecin-traitant, indépendamment des conclusions du rapport, ceci en raison des particularités des expertises psychiatriques, notamment les renseignements anamnestiques que les rapports contiennent, car il ne nous appartient pas d'évaluer si la lecture dudit rapport peut avoir une influence négative sur l'assuré. "

On ne saurait davantage suivre la recourante, lorsque, dans un complément à son recours du 30 janvier 2019, elle revient sur l'argument en considérant que si l'OAI a agi sur la base d'une directive qu'il ne lui a pas communiquée, ceci constituerait une violation « du droit existant à la communication du dossier, ... droit absolu (qui) permet précisément l'exercice du droit de recours prévus par la loi. ». La recourante en conclut que l'empêcher de prendre connaissance de son dossier revenait à l'empêcher de faire recours en "bonne connaissance de cause". Reprenant encore une fois l'argument, lors de son audition par la chambre de céans, elle affirmait : « Mes médecins ne m'ont pas indiqué si j'avais (recte : s'ils avaient) eu connaissance du rapport d'expertise. » On ne saurait la suivre dans cette voie, dès lors qu'ayant elle-même interpellé l'intimé pour qu'elle transmette copie de son dossier à ses médecins traitants, généraliste et psychiatre, il lui incombait, si elle avait des doutes à ce sujet, de les interpellier, d'autant qu'elle attendait précisément de ses médecins qu'ils se prononcent en tant que spécialistes sur des questions qu'elle admet elle-même ne pas pouvoir évaluer. On relèvera d'ailleurs que l'intimé avait dûment confirmé par courriel à l'intéressée avoir transmis ces CD-ROM à ses médecins.

c. Enfin, en tant qu'elle a insisté, lors de son audition par la chambre de céans, sur le fait qu'après la décision de refus de l'AI, ses problèmes d'anxiété et de peur auraient augmenté, il lui sera rappelé que, conformément à la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1). Si la recourante estime dès lors que son état se serait aggravé après la décision entreprise, ce qui reste encore à démontrer, une telle aggravation pourrait faire le cas échéant l'objet d'une nouvelle demande de

prestations auprès de l'intimé ; mais la chambre de céans n'a pas à se prononcer à cet égard.

17. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires.
18. En tous points mal fondés, le recours sera rejeté.
19. Bien que la procédure ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique, il ne sera pas perçu d'émolument.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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