RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2177/2021 **ATAS/628/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 juin 2022

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Orlane VARESANO	recourante

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1974 au Pakistan, est arrivée en Suisse en 1997 où elle a rejoint son époux, également pakistanais, né en 1940. Après avoir exercé diverses activités professionnelles, elle a suivi une formation en tant qu'auxiliaire de santé d'avril à juin 2007, travaillé dès le 30 juin 2008 au sein de l'établissement médico-social B_____, et effectué une formation d'aide-soignante entre mai 2011 et mai 2012. En incapacité totale de travail depuis 2012, l'assurée a été licenciée pour le 30 septembre 2013.

b. Le 27 mars 2014, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a enregistré une demande de prestations de l'assurée, mentionnant une fibromyalgie, un canal carpien, une dépression et une hypertension artérielle (HTA), atteintes présentes depuis le début de l'année 2010.

c. L'OAI a reçu de nombreux documents, dont un rapport du 24 mai 2013 de la doctoresse C_____, spécialiste en rhumatologie auprès de la clinique D_____, mandatée par l'assureur-perte de gain maladie, un rapport du 4 mars 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), plusieurs rapports de spécialistes en médecine interne, en rhumatologie, en neurologie, en ophtalmologie.

d. L'OAI a confié une expertise à son service médical régional (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 7 mars 2016, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ont retenu, à titre de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et de troubles dégénératifs du rachis dorsal avec une anomalie transitionnelle lombosacrée, et un syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une discrète gonarthrose bilatérale. À titre de diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, ils ont notamment évoqué une fibromyalgie, une suspicion très peu probable de syndrome de Sjögren, une HTA traitée, une obésité. L'intéressée devait alterner deux fois par heure les positions assise et debout, et ne devait pas soulever régulièrement des charges de plus de 5kg, porter régulièrement des charges de plus de 8 kg, travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc, être exposée à des vibrations, effectuer des génuflexions répétées, franchir régulièrement des escaliers, escabeaux ou échelles. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante, mais entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière et aucune limitation fonctionnelle n'était relevée.

e. L'OAI a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage auprès de l'entreprise sociale privée PRO. Selon le rapport y relatif du 20 novembre 2017, la mesure, débutée le 8 mai 2017, était initialement prévue pour une durée de treize semaines, avait été interrompue après sept semaines en

raison de l'état de santé de l'assurée, qui avait présenté une incapacité de travail de 50% dès le 8 mai, 75% dès le 17 mai, et 100% dès le 5 juin 2017. Le taux d'activité de 100% fixé par l'OAI n'avait jamais pu être atteint. Compte tenu de la péjoration de l'état de santé de l'assurée, aucune orientation professionnelle n'était possible et une activité professionnelle, même adaptée, paraissait fortement compromise.

f. Par décision du 10 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, motif pris que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, une mesure de reclassement ne serait pas de nature à réduire le dommage et la mesure d'orientation professionnelle n'avait pas permis de définir de pistes.

g. Saisie d'un recours de l'assurée, la chambre des assurances sociales a procédé à l'instruction de la cause. Elle a notamment reçu un rapport du 25 février 2019 du docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et un rapport du 12 février 2020 du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a également entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle du 13 janvier 2020.

h. Par arrêt du 13 juillet 2020 (ATAS/581/2020), la chambre des assurances sociales a partiellement admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 10 janvier 2019 et renvoyé le dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, psychiatrie et rhumatologie, et nouvelle décision. Elle a en effet jugé que le rapport du SMR du 7 mars 2016 ne permettait pas de se prononcer sur le caractère invalidant des troubles de l'assurée à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels. De plus, entre la date du dernier examen clinique au SMR et celle de la décision querellée, soit pendant près de trois ans, l'OAI n'avait procédé à aucune instruction médicale, alors que les conclusions de la mesure d'orientation professionnelle, qui s'était soldée par un échec en raison de l'état de santé de l'intéressée, justifiaient des investigations complémentaires. Elle a également relevé que la psychiatre du SMR n'avait pas sollicité des informations auprès de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie qui suivait alors l'intéressée, et que le rapport du 12 février 2020 contenait des éléments susceptibles de modifier l'avis de la psychiatre du SMR.

B. **a.** L'OAI a mis en œuvre l'expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée à J_____ (ci-après : J_____). Dans leur rapport du 22 mars 2021, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne, le docteur L_____, rhumatologue FMH, et le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu, à titre de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, une fibromyalgie, des rachialgies sur un syndrome lombo-vertébral chronique et un trouble statique avec une accentuation de la cyphose dorsale, une chondropathie fémoro-pattellaire bilatérale et un syndrome du canal carpien des deux côtés. Ils ont également diagnostiqué, entre autres, une dysthymie (F34.1), une obésité modérée, un déconditionnement physique, une HTA traitée, atteintes n'ayant pas d'incidences sur la capacité de travail. Du point de vue de la médecine

interne, il n'y avait aucune restriction. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative. En tout cas, les limitations n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail et la capacité à faire face aux activités élémentaires de la vie quotidienne. L'intéressée devait alterner les positions assise et debout et limiter le port de charges à 5 kg pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébrés, éviter les positions agenouillée ou accroupie prolongées et toutes les activités demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles, et des postures forcées en porte-à-faux qui surchargeaient le rachis dans sa totalité. En raison du canal carpien, il y avait des risques de lâchage de ce qu'elle portait, ce qui était un problème quand il fallait porter ou soutenir des malades et des personnes âgées. La capacité de travail en tant qu'aide-soignante était nulle depuis 2012, mais entière depuis toujours dans une activité adaptée.

b. Dans un avis du 29 mars 2021, le SMR a indiqué suivre les conclusions de l'expertise, lesquelles étaient identiques à celles du rapport du SMR de mars 2016.

c. Par décision du 25 mai 2021, l'OAI a confirmé son projet du 31 mars 2021 et rejeté la demande de l'assurée, la nouvelle instruction médicale ayant conclu que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le 30 octobre 2015, mais que l'intéressée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis cette même date. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité était fixé à 24.3%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Enfin, un reclassement ne pouvait être mis en place, car il n'était pas de nature à réduire le dommage.

C. **a.** Par acte du 25 juin 2021, l'assurée, représentée par une avocate, a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de ses médecins traitants et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en psychiatrie, rhumatologie et médecine interne. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 27 mars 2014. Subsidiairement, elle a requis l'octroi de mesures professionnelles. En substance, la recourante a fait valoir que les conclusions de l'expertise tranchaient de manière choquante et brutale avec les observations et les conclusions circonstanciées de ses trois médecins traitants, qui la suivaient depuis de très nombreuses années. Elle était en incapacité totale de travail dans toute activité. Si une rente ne devait pas lui être octroyée, des mesures professionnelles devraient être à tout le moins envisagées.

La recourante a joint des rapports du 10 juin 2021 du Dr H_____, du 17 juin 2021 du Dr G_____ et du 17 juin 2021 de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.

b. Dans sa réponse du 6 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant que l'intéressée n'avait, ni fait état, ni produit d'élément objectif permettant de remettre en question les conclusions des experts. L'instruction du

dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, de sorte que des investigations supplémentaires s'avéraient inutiles.

L'intimé a annexé un avis du 5 juillet 2021 du SMR, concluant que les derniers rapports ne modifiaient pas son appréciation de l'examen pluridisciplinaire du 22 mars 2021.

c. Par décision du 14 juillet 2021, l'intéressée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.

d. Dans sa réplique du 30 août 2021, la recourante a persisté et soutenu qu'en cas de doute quant à une atteinte à la santé psychique ou quant aux effets de celle-ci sur la capacité de travail ou à accomplir les actes quotidiens, des questions aux médecins psychiatres étaient nécessaires, sans quoi la maxime inquisitoire serait violée. Elle a en particulier souligné que les indicateurs standards de gravité auxquels se référait l'intimé n'avaient fait l'objet d'aucun développement, et que l'analyse des experts concernant les activités quotidiennes qu'elle pouvait assumer tranchait totalement avec celle de ses médecins traitants.

Elle a joint un rapport du 20 juillet 2021 du Dr G_____.

e. Le 21 septembre 2021, l'intimé a dupliqué et maintenu ses conclusions.

Il a transmis un avis du 14 septembre 2021 du SMR, aux termes duquel le Dr G_____ n'avait amené aucun élément médical nouveau permettant de modifier son appréciation.

D. **a.** Par courrier du 9 juin 2022, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique et leur a communiqué le nom des experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

b. Par écriture du 20 juin 2022, l'intimé a répondu qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, précisant n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre des experts et sollicitant l'ajout d'une question aux deux experts.

c. Le 23 juin 2022, la recourante a relevé n'avoir aucun motif de récusation et a sollicité la modification de deux questions.

EN DROIT

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

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

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

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

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

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

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

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité de la part de l'intimé.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'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 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 28 al. 2 LAI).

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

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

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

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices

d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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).

6.1.2 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable

compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

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

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

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

3. Comorbidités

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

potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

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

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

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa

capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut

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

6.1.3 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).

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).

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).

7. 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).

7.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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).

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 ; 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).

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).

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

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de

l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

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

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

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

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

8. 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).

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).

9. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 25 mai 2021, l'intimé a retenu, sur la base de l'avis du SMR du 29 mars 2021, lui-même fondé sur le rapport d'expertise du J_____ du 22 mars 2021, que la recourante disposait, dès le 30 octobre 2015, d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

9.1 La recourante a contesté la valeur probante du rapport d'expertise, faisant notamment valoir les avis divergents de ses médecins concernant ses capacités fonctionnelles effectives. Elle a rappelé qu'elle souffrait de douleurs lombaires, cervicales, des épaules, des articulations costo-sternales, des genoux, des mains et des poignets. Elle prenait des antidouleurs et anti-inflammatoires en permanence afin de diminuer les maux, à défaut de quoi elle souffrait au point de ne pas même pouvoir se lever. Les médicaments lui causaient des effets secondaires, soit une extrême fatigue, des problèmes de concentration et de mémoire. Il lui était difficile de marcher, de rester sur place et les changements de position, nécessaires, étaient très douloureux, même la nuit. Elle ne pouvait accomplir aucune tâche ménagère et son mari se chargeait de tout. Son quotidien était un enfer. Elle ne disposait pas des ressources pour mettre à profit une capacité de travail ou suivre un reclassement. L'erreur initiale de diagnostic avait entraîné une focalisation sur des symptômes somatiques et détourné l'expression de la douleur psychique vers une expression corporelle venant aggraver, amplifier et diversifier ceux-ci au point de devenir incapacitant. L'expert psychiatre avait rejeté les diagnostics posés par son psychiatre traitant, sans explorer la palette des diagnostics pour expliquer son fonctionnement chronique.

Dans sa réplique du 30 août 2021, la recourante a notamment relevé un manque de cohérence dans la prise en compte de ses plaintes et de son autolimitation, ce qui était une indication claire du manque de fiabilité et d'impartialité de l'appréciation de l'expert psychiatre. Bien que compliante avec la médicamentation donnée par son psychiatre, le traitement était inefficace, raison pour laquelle il avait été suspendu et le sevrage avait été jugé nécessaire avant d'initier un nouveau traitement. Son psychiatre avait donc considéré nécessaire d'ouvrir une fenêtre thérapeutique pour déterminer le meilleur traitement possible.

9.2 L'intimé a maintenu les termes de sa décision, considérant que les rapports des médecins traitants ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise. Il s'est référé à un rapport du 5 juillet 2021 du SMR.

9.3 Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces différents documents.

10. À titre liminaire, la chambre de céans relève que la décision querellée retient que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle depuis le 30 octobre 2015, mais conserve une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette date. Or, les conclusions du rapport d'expertise du J_____ du 22 mars 2021, suivies par le SMR dans son

avis du 29 mars 2021, portent sur la capacité de travail dans le métier d'aide-soignante et dans une activité adaptée depuis 2012.

10.1 S'agissant de la valeur probante du rapport du J_____, la chambre de céans observe tout d'abord que les experts ont indiqué « partir du principe » qu'ils avaient reçu tous les documents médicaux pertinents, sans toutefois lister les pièces transmises. On ignore ainsi s'ils ont eu accès au dossier complet de la recourante ou si leurs appréciations reposent essentiellement sur le résumé du dossier effectué par l'intimé (Annexe 1).

Elle relève ensuite que l'« évaluation consensuelle » des experts (rapport p. 4 à 11) n'en est pas réellement une, puisque chaque spécialiste y a récapitulé son anamnèse et son évaluation, puis les médecins ont énuméré tous les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles. L'affirmation selon laquelle « d'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considérée comme légère en respectant le profil d'effort » n'a fait l'objet d'aucune argumentation (rapport p. 8). Il en va de même de l'évaluation « interdisciplinaire » de la capacité de travail (rapport p. 9 et 10), étant en particulier observé que les médecins n'ont pas discuté les interférences entre les différents troubles. Concernant l'analyse de la grille d'évaluation des indicateurs développés par la jurisprudence (rapport p. 10), le psychiatre s'est limité à noter qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante, et l'expert rhumatologue à rappeler ses diagnostics. L'analyse, sommaire, desdits critères ressort plutôt des points intitulés « Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence » (rapport p. 8), évaluation qui reprend celle du psychiatre (rapport p. 38 et 39), « Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge » et « Contrôle de cohérence » (rapport p. 8 et 9), où chaque expert s'est prononcé en regard de sa propre spécialisation, sans discussion commune.

La chambre de céans constate également que les experts n'ont pas consacré une partie de leur rapport aux plaintes de l'intéressée, lesquelles ressortent de différentes rubriques de chaque spécialiste, et qu'aucun des trois experts n'a jugé utile de s'entretenir avec les médecins traitants de la recourante, quand bien même ils se sont drastiquement écartés de l'évaluation de ces différents spécialistes, dont certains suivent l'intéressée depuis plusieurs années.

10.2 Concernant les atteintes à la santé, les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, une fibromyalgie, des rachialgies sur un syndrome lombo-vertébral chronique et un trouble statique avec une accentuation de la cyphose dorsale, une chondropathie fémoro-patellaire bilatérale, ainsi qu'un syndrome du canal carpien des deux côtés. Ils ont également mentionné, à titre de diagnostics sans incidences sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1), une obésité modérée, un déconditionnement physique, une HTA traitée, entre autres.

10.2.1 Au niveau somatique, les affections mentionnées correspondent dans l'ensemble à celles énoncées par les médecins traitants de l'intéressée. En effet, le Dr G_____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie évoluant en tout cas depuis 2012, d'état dépressif, d'HTA, de syndrome du canal carpien bilatéral modéré et de gonarthrose droite (cf. rapports des 25 février 2019 et 17 juin 2021) et la Dresse N_____ a noté que les troubles indiqués par les experts correspondaient à ceux posés par la précédente médecin traitante, ainsi qu'à sa propre évaluation médicale (cf. rapport du 17 juin 2021).

Bien que le Dr G_____ ait indiqué qu'il avait toujours considéré que les rachialgies et les autres douleurs étaient davantage à mettre sur le compte de la fibromyalgie que sur les pathologies spécifiques (cf. rapport du 25 février 2019), que c'était surtout la fibromyalgie qui était responsable des plaintes et des limitations (cf. rapport du 17 juin 2021), la chambre de céans observera tout de même que les diagnostics de l'expert rhumatologue sont imprécis, voire incomplets. Ainsi, concernant les rachialgies, le Dr L_____ n'a pas repris tous les troubles cités dans son évaluation médicale puisqu'il a relevé l'existence de « troubles dégénératifs au niveau cervical, lombaire et dorsolombaire », et indiqué que les constatations radiographiques montraient des ostéophytes « aux étages moyens et inférieurs des vertèbres dorsales, une hémisacralisation gauche de L5 ». Que l'expert ait qualifié ces troubles dégénératifs de « légers » (rapport p. 58) ne le dispensait pas de poser des diagnostics exacts. En outre, le rhumatologue n'a livré aucune indication sur les documents en sa possession, si bien qu'on ignore s'il a pu prendre connaissance des rapports d'examen radiologique, voire des clichés, et à quand remontent les dernières investigations. À cet égard, il sera encore observé que les pièces annexées au rapport d'expertise ne contiennent pas de rapport radiologique de la colonne vertébrale, et que l'Annexe 1 ne fait pas référence à de tels examens.

Le Dr L_____ a également retenu le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire « bilatérale » suite à son examen. Cette appréciation se comprend mal à lecture des pièces du dossier, puisque l'Annexe 6 (Documents médicaux supplémentaires) ne comprend qu'un rapport radiographique du 7 décembre 2020 relatif au genou droit. Les investigations ne semblent donc pas avoir porté sur l'articulation gauche. Il aurait en outre été utile que l'expert prenne position sur la discrète gonarthrose bilatérale retenue par le SMR en mars 2016, dont il n'a fait aucune mention.

Sur le plan de la médecine interne, la Dresse K_____ a fait état, dans son anamnèse systématique liée à la spécialisation (rapport p. 15), de certaines atteintes qu'elle n'a pas reprises dans les diagnostics (rapport p. 20 et 21). Ainsi, l'intéressée lui a notamment signalé des céphalées frontales gauches séquellaires d'un accident ischémique transitoire (ci-après : AIT) de 2015, des vertiges au lever, des troubles du sommeil, ou encore des troubles du transit avec des épigastralgies (rapport p. 15, 16). L'experte n'a mentionné aucun de ces troubles

dans la liste de ses diagnostics, qui semble a priori complète puisqu'elle énumère notamment une hypovitaminose D substituée, de nombreuses allergies, de l'asthme, l'AIT de 2015 (rapport p. 20). En l'absence de toute explication, il n'est pas possible de savoir si l'experte a écarté l'existence des troubles allégués, ou si elle a considéré qu'il s'agissait de symptômes compris dans le diagnostic de fibromyalgie.

10.2.2 Au niveau psychiatrique, l'expert a écarté le trouble dépressif récurrent posé par le psychiatre traitant (rapport du 12 février 2020 du Dr H_____) et retenu le diagnostic de dysthymie (F34.1), sans effets sur la capacité de travail.

Les explications du Dr M_____ apparaissent pour le moins confuses, dès lors qu'il a pris position sur les critères d'un « épisode dépressif » pour exclure le « diagnostic d'une dépression récurrente » (rapport p. 36), alors que cette dernière ne fait pas partie des diagnostics de la CIM-10, à laquelle l'expert s'est pourtant référé, et que le caractère récurrent concerne les « troubles dépressifs récurrents » (F33), et non les « épisodes dépressifs » (F32).

En outre, l'argumentation de l'expert est très sommaire et ne tient pas suffisamment compte des plaintes de la recourante. À titre d'exemples, le Dr M_____ a indiqué ne pas retrouver de baisse des intérêts pour les activités agréables, mais « plutôt une limitation du fait des douleurs, par exemple concernant les activités sexuelles » (rapport p. 36). Or, la recourante n'a pas fait état d'une « limitation » de ses loisirs, mais bien de leur absence totale puisqu'elle a indiqué aux trois experts qu'elle n'avait « aucun » loisir (rapport p. 18, 33, 51), ce qui ressort également du descriptif de ses journées types. L'expert a noté que l'intéressée ne rapportait pas de diminution de l'appétit (rapport p. 36), mais la spécialiste en médecine interne a signalé une importante fluctuation du poids depuis 2013, l'intéressée ayant pesé 53 kg, puis 85 kg et 75 kg au moment de l'examen (rapport p. 16), ce qui n'a fait l'objet d'aucune discussion, si ce n'est la mention que l'intéressée avait pris du poids avec les anti-inflammatoires (rapport p. 31). L'expert a indiqué ne pas avoir constaté de ralentissement psychomoteur, d'agitation psychomotrice, des troubles de la concentration ou de la mémoire, ni de trouble anxieux (rapport p. 36). Compte tenu des observations du Dr H_____, lequel a signalé une diminution de la concentration et de l'attention, des difficultés à se remémorer avec précision les événements, une grande lenteur, une absence d'endurance, des difficultés à effectuer les opérations mentales comme lire, un épuisement mental après 20 minutes d'entretien (rapport du 12 février 2020), il aurait été utile que l'expert confirme son appréciation clinique au moyen de tests objectifs, ce d'autant plus qu'il n'a rencontré la recourante qu'à une seule reprise, durant 1h10. On pourra également relever que le Dr M_____ a noté une « hésitation » lorsque l'expertisée a été invitée à résumer sa prise en charge psychiatrique, indiquant tout d'abord avoir été suivie par la Dresse I_____ de 2014 à 2016, puis corrigeant ces dates pour 2017 à 2018. Outre le fait que cet exemple parle en faveur de certaines difficultés neuropsychologiques

relayées par le Dr H_____, il est incompréhensible que l'expert n'ait pas cherché à obtenir des dates précises et fiables, qui auraient pourtant pu être aisément obtenues, en contactant par exemple l'ancienne psychiatre traitante ou en se renseignant auprès du Dr H_____. Le Dr M_____ s'est contenté de cette anamnèse approximative en rappelant tantôt un suivi auprès de la Dresse I_____ « de 2014 à 2017-2018 (rapport p. 30) tantôt un suivi « en 2014-2015 » et « plus de suivi psychiatrique jusqu'en avril 2019 » (rapport p. 36) avant de conclure, sans aucun fondement, que l'intéressée avait « arrêté tout suivi psychiatrique de 2015 à 2019, puis presque toute l'année 2020 » (rapport p. 37), que l'intéressée avait mis fin à son « séjour psychiatrique en 2015» (rapport p. 39). C'est encore le lieu de relever que l'expert ne semble pas avoir interrogé l'expertisée sur les motifs de l'interruption de cette prise en charge. Pour rappel, lors de sa comparution personnelle devant la chambre des assurances sociales, l'intéressée avait déclaré avoir abandonné le suivi psychiatrique en 2018 pour des raisons financières et n'avoir alors conservé que le traitement médicamenteux. L'expert a écrit qu'il n'avait pas retrouvé de « comorbidité psychiatrique caractérisée active et incapacitante », en particulier pas de PTSD (pour Post-traumatic stress disorder) ni de troubles dépressifs récurrents, et estimé que « les troubles dépressifs sont en rémission complète depuis plusieurs années » (rapport p. 37). Cette évaluation semble non seulement contradictoire avec ses précédentes explications, puisqu'il a écarté toute dépression « récurrente » faute de deux épisodes dépressifs séparés par une période d'euthymie totale (rapport p. 36), mais également incompatible avec ses constatations puisqu'il a observé des pleurs à de nombreuses reprises durant son entretien (rapport p. 30 et 34). L'expert a considéré que l'intéressée ne décrivait pas des douleurs « intenses et persistantes », mais des douleurs variables, surtout en fonction des saisons. Selon lui, les « troubles chroniques de l'humeur, inconstants, marqués certains jours et absents d'autres jours, variables en fonction de l'intensité de ses douleurs », étaient d'une sévérité « insuffisante » pour justifier un diagnostic d'épisode dépressif même léger. Ces conclusions ne sont pas convaincantes, eu égard aux déclarations de la recourante. En effet, si cette dernière a bien fait part d'une fluctuation de son moral en fonction des douleurs (rapport p. 30 et 31), elle a clairement expliqué que ces dernières étaient si importantes et constantes qu'elles l'entravaient dans son quotidien, jusqu'à l'empêcher de sortir et même de rester couchée. Elle a expliqué que ses souffrances n'étaient soulagées que par du Voltaren, qu'elle ne pouvait toutefois pas prendre en continu, qu'elle était soulagée pendant 4 à 5 heures après la prise du médicament, et qu'elle allait mieux en été ou lorsqu'elle se trouvait au Pakistan (rapport p. 31), soit durant quelques semaines par année.

Invité à se déterminer précisément sur les motifs pour lesquels il s'écartait du diagnostic « d'état dépressif d'intensité sévère » posé par les médecins traitants (rapport p. 42), l'expert a rappelé que dans un cas d'épisode dépressif, l'humeur dépressive ne devait guère varier d'un jour à l'autre ou selon les circonstances. Il a

ajouté qu'elle devait être dominée par une anxiété, un désarroi et une agitation psychomotrice, et devait comporter des idées de culpabilité ou de dévalorisation, des idées ou actes auto-agressifs. La dépression devait être plus marquée le matin, comporter un ralentissement psychomoteur ou une agitation motrice marquée, une perte de l'appétit avec une perte de poids d'au moins 5% du poids corporel au cours du dernier mois. Or, dans le cas de l'expertisée, les troubles de l'humeur étaient inconstants, variables en fonction des circonstances, des jours, des saisons et des douleurs. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation constatée, ni de baisse de l'appétit avec un amaigrissement. Il n'y avait pas non plus d'idées suicidaires ou d'actes auto-agressifs depuis de nombreuses années, selon l'intéressée, depuis qu'elle avait eu des cours sur le Coran.

D'emblée, il sied de relever que l'expert n'a pas énuméré clairement et exhaustivement les critères de classification du trouble dépressif récurrent. Il n'a en particulier pas indiqué quels symptômes devaient obligatoirement être remplis et combien d'autres critères devaient être présents, et pendant quelle durée, pour qu'une telle atteinte puisse être retenue et pour qualifier la gravité. Il n'a pas non plus recouru aux échelles ou questionnaires d'auto-évaluation usuellement utilisés pour poser un diagnostic et se prononcer sur l'intensité des symptômes. De surcroît, son appréciation, qui n'est pas étayée d'exemples concrets et détaillés, manque manifestement de substance. Comme déjà relevé, que les douleurs de l'intéressée soient momentanément soulagées suite à la prise d'un médicament et durant la période estivale ou de vacances au Pakistan, et que cela impacte alors positivement son moral, ne suffit pas pour conclure, sans autre explication, que l'humeur dépressive ne serait pas présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours. Il est rappelé que l'intéressée, qui a souvent pleuré durant les entretiens (rapport p. 34, 49), a relaté un sentiment de tristesse et de vide, affirmant à moult reprises que sa vie était détruite, qu'elle n'avait plus de vie, qu'elle ne pouvait rien faire de ses journées (rapport p. 18, 49, 50, 51). Son psychiatre traitant a constaté une thymie triste, une attitude morose et pessimiste (cf. rapport du 12 février 2020). Il incombait au Dr M_____ d'examiner de manière approfondie si l'humeur dépressive était ou non présente pendant la plupart de la journée, durant la majorité des jours. L'intéressée a en outre signalé une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, puisqu'elle a indiqué qu'elle n'avait aucun loisir et n'a rapporté aucune activité plaisante. On ignore si le Dr M_____ a retenu ou écarté ce critère. Il en va de même pour les troubles du sommeil, étant observé que l'expertisée a fait état de réveils nocturnes (rapport p. 16) et déclaré à l'expert qu'elle s'endormait très tard, vers 3h et qu'elle se levait à 6h. Son psychiatre a d'ailleurs retenu un sommeil perturbé et considéré que la fatigue et la fatigabilité à l'effort dominaient (cf. rapport du 12 février 2020), critères qui n'ont pas été développés par l'expert. En ce qui concerne la perte de l'appétit, l'expert a noté que l'intéressée avait annoncé « l'appétit, ça va » (rapport p. 31). Cette simple phrase semble pour le moins légère pour nier définitivement ce critère, alors que l'experte en médecine interne a rapporté une importante

fluctuation du poids, sans préciser quand et dans quelles circonstances était survenue la perte pondérale de 10 kg. S'agissant des idées suicidaires, le Dr M_____ a indiqué que l'intéressée avait relaté des idées suicidaires une dizaine de fois « entre 2014 et 2021 » et mentionné que « cela allait mieux » depuis qu'elle avait suivi des cours du Coran « en 2015-2016 » (rapport p. 31). Dès lors que la recourante a signalé des épisodes jusqu'en 2021, l'expert ne pouvait pas conclure à l'absence d'idées suicidaires ou d'actes auto-agressifs « depuis de nombreuses années ». À ce sujet, il sera encore relevé que le Dr H_____ a également rapporté des pensées suicidaires en 2020 (cf. rapport du 12 février 2020). Enfin, le psychiatre traitant a constaté une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, un sentiment d'humiliation (cf. rapport du 12 février 2020), ce qui contraste donc avec l'avis de l'expert.

C'est encore le lieu de relever que l'appréciation du Dr H_____ est confortée par le rapport du 4 mars 2014 du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG, cosigné par la doctoresse N_____, psychiatre de liaison. Cette dernière a retenu le diagnostic d'état dépressif et préconisé une prise en charge spécialisée. La patiente a ainsi été adressée à un Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrées (CAPPI), avant de débuter un suivi psychiatrique auprès de la Dresse I_____ en été 2014, à raison d'une fois par semaine, puis d'une fois par mois dès l'été 2015 (cf. rapport d'expertise du SMR du 7 mars 2016). Selon les déclarations de la recourante au cours de la précédente procédure judiciaire, cette prise en charge se serait poursuivie jusqu'en 2018, époque à laquelle elle y aurait renoncé pour des motifs économiques, avant de reprendre un suivi auprès du Dr H_____ en avril 2019. Ces affirmations ne sont en l'état pas vérifiables, mais elles mettent à mal l'affirmation de l'expert selon laquelle la recourante n'aurait bénéficié d'aucun suivi psychiatrique de 2015 à 2019, ce qui peut évidemment avoir influencé son appréciation du cas, tout comme d'ailleurs celle du SMR qui a rappelé l'absence de suivi psychiatrique entre 2015 et 2019 (cf. avis du 5 juillet 2021).

Pour tous ces motifs, le rapport d'expertise du Dr M_____ ne permet pas d'écarter le diagnostic posé par le psychiatre traitant au profit d'une dysthymie.

10.3 En ce qui concerne les limitations fonctionnelles et l'évaluation de la capacité de travail, la chambre de céans observe que l'expert rhumatologue a qualifié la fibromyalgie de « majeure », a noté alors que la recherche des points fibromyalgiques avait révélé un « Score WPI » de 19 sur 19, une « Échelle de sévérité » de 10 sur 12, et un « Score de Wolfe de 29 sur 31 (rapport p. 55). Il a classé cette atteinte parmi les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail (rapport p. 7 et 56). Or, les limitations fonctionnelles retenues visent à épargner le rachis pour éviter une aggravation des troubles dégénératifs, à protéger les genoux et à tenir compte des risques de lâchage résultant du syndrome du tunnel carpien. L'expert n'a mentionné aucune contre-indication en

rapport avec le diagnostic de fibromyalgie (rapport p. 59). Lors de son examen clinique, il a constaté, entre autres, des douleurs au niveau du bassin et des trochanters, des scapulalgies bilatérales, des épitrochléalgies et épichondylalgies bilatérales, des douleurs aux niveaux des deux chevilles et du fascia plantaris (rapport p. 53 à 55). De plus, la recourante a signalé de nombreux symptômes associés à la fibromyalgie, dont des troubles du sommeil, un épuisement, des faibles capacités d'effort, une capacité de marche limitée, des vertiges, des fourmillements au bout des doigts, des troubles du transit, des maux de tête, sans que l'expert n'examine si ces plaintes devaient ou pouvaient justifier des limitations fonctionnelles, comme retenu par le rhumatologue traitant. En effet, le Dr G_____, qui a été consulté par la recourante dès 2012, a expliqué que sa patiente avait des difficultés à effectuer des activités physiquement pénibles, impliquant le port de charges, des marches prolongées, des mouvements répétitifs, notamment des membres supérieurs et des mains, estimant ainsi que seule était envisageable une activité n'impliquant pas de travaux physiquement pénibles, de port de charges lourdes, de positions debout et de marche prolongées, de travaux manuels fréquents ou de précision, sans contraintes de temps et avec la possibilité de faire des pauses (cf. rapport du 25 février 2019). Compte tenu de tous ces éléments, l'expert aurait dû expliquer pour quels motifs il retenait que le diagnostic de fibromyalgie, qui avait des répercussions sur la capacité de travail, ne nécessitait aucun aménagement particulier.

10.3.1 En outre, comme déjà relevé, les experts n'ont pas procédé à une analyse approfondie commune des critères jurisprudentiels, chaque expert s'étant essentiellement prononcé du point de vue de sa spécialisation.

Sous « Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence » (rapport p. 8), les experts ont repris telle quelle l'appréciation du psychiatre consignée sous « Analyse détaillée de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose » (rapport p. 38). Cette dernière « analyse » se limite en réalité à de simples affirmations, dépourvues de toute explication ou de tout exemple. Ainsi, le Dr M_____ a retenu une « amplification » du comportement face à la maladie. Sa prise de position se déduit de son commentaire apposé sous « Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation » (rapport p. 39), où il a mentionné qu'il existait des éléments d'autolimitation entre les plaintes de l'intéressée et l'absence de limitation fonctionnelle strictement psychiatrique décrite dans la journée type, et entre les plaintes et les constatations faites lors de l'examen clinique. Cette affirmation n'emporte pas conviction, compte tenu des faiblesses de l'examen clinique, comme précédemment observé. Le psychiatre a en outre estimé que la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts n'étaient pas altérées. Cette assertion se comprend après lecture du paragraphe « Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social » (rapport p. 38), où le psychiatre a noté que l'intéressée bénéficiait du soutien de son mari et de sa

famille au Pakistan, avec qui elle était en contacts réguliers, qu'il n'y avait aucune information objective disponible concernant son réseau relationnel en Suisse et que l'intéressée faisait signe d'amplification au niveau de ses plaintes. Une telle analyse est toutefois peu convaincante, puisqu'il ressort du rapport que les contacts sociaux de la recourante se limitent à voir une fois par mois une amie qui l'aide pour le ménage, et à téléphoner une fois par semaine à sa famille au Pakistan (rapport p. 33), et que son époux en a « marre » (rapport p. 15 et 48), qu'il est fatigué de ses douleurs (rapport p. 33 et 48), que son soutien s'avérait « de plus en plus difficile » (rapport p. 58). S'agissant de l'estime de soi et de la capacité de régression, jugées comme « légèrement altérées », l'expert n'a pas motivé sa détermination et son rapport ne contient pas les déclarations de l'intéressée sur ces questions, alors que le psychiatre traitant a relaté une diminution de l'estime de soi et un sentiment d'humiliation (rapport du 12 février 2020). Quant à l'intentionnalité et le dynamisme, considérés comme « légèrement altérés », il est rappelé le diagnostic de « déconditionnement physique » retenu par la spécialiste en médecine interne, lequel permet de douter d'un quelconque dynamisme.

S'agissant de l'« Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge » (rapport p. 8), les experts ont uniquement rappelé les limitations fonctionnelles retenues dans chaque volet de l'expertise. L'« Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés » a été faite par l'expert psychiatre (rapport p. 40), qui a indiqué qu'il n'y avait « aucun problème » concernant l'adaptation aux règles et aux routines, la planification et la structuration des tâches, la capacité de jugement et la prise de position, l'aptitude à s'affirmer, l'aptitude à entretenir des relations proches. Il n'a toutefois livré aucune argumentation pour appuyer ces conclusions et l'intéressée ne paraît pas, à la lecture du rapport, avoir été invitée à se déterminer sur tous ces points. On relèvera également que l'expert rhumatologue a noté qu'elle ne disposait d'aucune stratégie d'adaptation, ne parvenait pas à se projeter dans le futur (rapport p. 49), qu'elle avait des dettes (rapport p. 50), perdu tout le réseau relationnel (rapport p. 51), ce qui remet en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Ce dernier a également considéré qu'il n'y avait « aucun problème » concernant l'hygiène et les soins corporels, ainsi que l'aptitude à se déplacer. Pourtant, l'intéressée a déclaré à la Dresse K_____ avoir besoin d'aide pour se laver les cheveux (rapport p. 15) et au Dr L_____ ne pas pouvoir marcher plus de 10 minutes (rapport p. 48). L'expert a considéré que la recourante présentait un « problème léger » pour l'usage des compétences spécifiques, sans préciser à quoi il se référait, ainsi que pour la capacité d'endurance, ce qui est surprenant eu égard au diagnostic de déconditionnement physique, ainsi que pour les aptitudes à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe, alors que la recourante a déclaré ne rien faire de ses journées et avoir perdu tout contact social (rapport p. 51). C'est encore le lieu de relever que l'appréciation du Dr M_____ est en totale opposition avec celle du Dr H_____, qui a indiqué que les ressources sociales étaient pauvres, que l'époux de

l'intéressée était âgé et malade, que son réseau social d'aide était très restreint, que ses ressources étaient affaiblies par la dépression (rapport du 12 février 2020). Le Dr G_____ a précisé qu'il avait constaté une souffrance due à la fibromyalgie qui entraînait des conséquences sévères sur la vie quotidienne, de plus en plus importantes au cours des années, avec une incapacité à gérer des activités de la vie quotidienne, comme les tâches ménagères et les loisirs (cf. rapport du 17 juin 2021).

Quant au « Contrôle de cohérence », « Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines » (rapport p. 8), les trois experts se sont à nouveau référés aux limitations fonctionnelles sous l'angle de leur propre spécialisation, sans qu'aucun d'eux ne relève que les déclarations de l'expertisée parlaient en faveur d'une restriction dans tous les aspects de la vie. En effet, la recourante a notamment expliqué que les tâches ménagères étaient essentiellement assumées par son époux et qu'elle s'occupait uniquement d'une partie de la lessive et l'accompagnait parfois pour les courses. Elle a également indiqué qu'elle n'avait ni loisir, ni vie sociale, et que sa vie familiale se résumait à un contact téléphonique par semaine. Elle restait chez elle toute la journée, s'allongeait sur le canapé et faisait des vas-et-viens dans son appartement quand elle ne pouvait plus rester couchée à cause des douleurs, écoutait le Coran de temps en temps. Elle ne regardait pas la télévision et ne lisait pas (rapport p. 33). Sous « Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique » (rapport p. 9), le psychiatre a noté des divergences entre les plaintes concernant l'humeur et les constatations lors de l'examen « qui ne retrouve pas de symptôme objectif en faveur d'un trouble dépressif caractérisé incapacitant ». Il a déjà été relevé que cette synthèse n'a pas fait l'objet d'un examen approfondi, qu'elle ne repose sur aucun élément objectif, et qu'elle semble écarter sans justification les plaintes de la recourante. Quant à l'expert rhumatologue, s'il a relaté d'importantes divergences entre les symptômes décrits par l'intéressée et son comportement en situation d'examen, avec des cris et des douleurs même en cas de petit effleurement, il a aussi indiqué qu'il existait des éléments d'autolimitation, en particulier la présence de 4 signes de Waddell sur 5, « la présence de ces derniers est liée à un phénomène central inconscient » et une kinésiophobie, sans autre développement, de sorte que ses conclusions sont peu accessibles. Enfin, la spécialiste en médecine interne n'a pas constaté de divergence, et n'a noté aucun élément « d'autolimitation, d'exagération ou simulation » (rapport p. 23). À la rubrique « Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation » (rapport p. 9), chaque expert a rappelé sa propre évaluation, mais les trois médecins n'ont pas du tout expliqué ce qui pouvait justifier leur divergence de point de vue. Il sera enfin relevé que le Dr H_____ a souligné qu'il ne reconnaissait pas sa patiente dans la description faite par l'expert psychiatre, que l'intéressée prenait des médicaments depuis une bonne dizaine d'années, sans amélioration notoire sur sa santé, et qu'il croyait

qu'elle était honnête, faisait du mieux qu'elle pouvait, il lui faisait confiance (cf. rapport du 10 juin 2021). La Dresse N_____ a également exposé que la patiente était crédible dans ses déclarations et la description de ses difficultés quotidiennes. Elle ne parvenait pas à effectuer les activités de la vie de tous les jours et encore moins à avoir une quelconque activité professionnelle. En tant que médecin traitante, elle avait constaté que la patiente était totalement cohérente dans la description de ses limitations, de ses douleurs et cela depuis le début de ses symptômes qui l'avaient amenée à consulter en 2010 et à avoir besoin d'arrêts de travail depuis 2012 (cf. rapport du 17 juin 2021).

10.3.2 Les experts ont conclu, « du point de vue interdisciplinaire », que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2012, mais entière dans une activité adaptée depuis toujours (rapport p. 9 et 10).

La chambre de céans a déjà souligné que les experts n'ont pas discuté de l'interférence entre les différents troubles, en particulier entre la fibromyalgie et les troubles psychiques. Elle constate ensuite que les conclusions des experts sont contestées par tous les médecins traitants de la recourante, lesquels ont souligné les interactions des atteintes et considéré que l'état de santé global de leur patiente conduisait à une incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Ainsi, le Dr G_____ a relevé que l'association des douleurs diffuses dues à la fibromyalgie et de la présentation psychique conduisait à une incapacité de travail à tout le moins partielle, même dans un emploi adapté. Il a attesté d'une capacité de travail de 30% tout au plus en tant qu'aide-soignante et de 50% à 70% dans un emploi compatible (cf. rapport du 25 février 2019). Suite à l'évolution défavorable, il a conclu, compte tenu de la combinaison des atteintes somatiques et psychiques, que la capacité de travail était tout au plus de 20% dans une activité adaptée, et nulle dans l'emploi habituel. Il a expliqué qu'une amélioration rhumatologique ne pouvait être espérée qu'en cas d'évolution plus favorable des troubles psychiques. Il s'est étonné de la différence retenue par les experts entre une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-soignante et totale dans une activité adaptée(cf. rapport du 17 juin 2021). Le Dr H_____ a expliqué que les diagnostics de fibromyalgie et de dépression coexistaient depuis environ 10 ans et avaient des symptômes communs. Il était donc difficile d'attribuer précisément une incapacité à l'un ou à l'autre, les deux problèmes s'influençaient négativement. La liste des médicaments, des antidépresseurs, des antalgiques, des anti-inflammatoires et des antihypertenseurs était très longue et relativement inefficace, tant sur la symptomatologie douloureuse que dépressive. L'échec des traitements antidépresseurs, l'ancienneté du traumatisme et la focalisation sur les symptômes douloureux limitaient considérablement les chances d'évolution (rapport du 12 février 2020). Le psychiatre traitant a ensuite indiqué que si analysés séparément, le corps et le psychisme de l'assurée semblaient en apparence fonctionnels, la combinaison de ce corps particulier et de ce psychisme particulier ne fonctionnait pas bien ensemble. Quand la tête disait oui au travail,

force était de constater que le corps disait non, et inversement. En conclusion, il n'y avait pas d'amélioration significative à attendre et le mécanisme du trouble était profondément ancré. La pharmacologie était relativement inefficace et la capacité de travail était durablement nulle dans toute activité, mais un effort de volonté était exigible (cf. rapport du 10 juin 2021). Enfin, la Dresse N_____ a noté que les experts n'avaient pas pris en compte les symptômes invalidants décrits et répétés par la patiente, qui n'était pas apte à travailler, même dans une activité adaptée. Les examens complémentaires ne permettaient pas d'objectiver les douleurs subjectives et néanmoins réelles (cf. rapport du 17 juin 2021).

10.4 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du J_____ ne remplit pas les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante.

10.5 S'agissant des rapports des médecins traitants de la recourante, la chambre de céans rappellera la jurisprudence fédérale selon laquelle le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation particulière de confiance qui peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci.

10.5.1 En ce qui concerne les rapports du Dr H_____, elle observera encore que son appréciation des conséquences de l'agression subie par la recourante en 2009-2010 sur son état psychique est contredite par les déclarations de l'intéressée aux experts. Ainsi, le psychiatre traitant a notamment mentionné que la patiente était devenue évitante et méfiante avec les patients, avait de plus en plus de peine à avoir des contacts directs (rapport du 12 février 2020), alors que le rapport d'expertise relate que l'intéressée avait expliqué avoir continué à s'occuper du patient à son retour de vacances jusqu'en 2012, « que cela ne l'effrayait plus, que ça ne lui faisait plus rien et que cela ne lui faisait pas peur » (rapport p. 31). Cette divergence remet notamment en cause le mécanisme de refoulement longuement décrit par le psychiatre traitant, ainsi que son évaluation selon laquelle le trouble dépressif serait secondaire au traumatisme physique et psychique (cf. rapport du 12 février 2020). En outre, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est pas motivé à satisfaction de droit et les critères diagnostiques du trouble dépressif récurrent n'ont pas été examinés de manière approfondie et détaillée. Enfin, dans son dernier rapport, le psychiatre traitant a évoqué un nouveau diagnostic, soit une neurasthénie (F48 ; cf. rapport du 10 juin 2021), qui, faute d'être étayé et est contesté par le médecin du SMR, ne saurait en l'état être confirmée.

Enfin, les rapports du Dr G_____ ne permettent pas non plus de trancher le litige. Il sera en particulier rappelé que son appréciation de la capacité de travail tient compte de troubles psychiques qui ne sont en l'état pas établis.

11. Par conséquent, force est de constater que les pièces du dossier ne permettent pas de retenir des diagnostics clairs, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des

indicateurs développés par la jurisprudence applicable en matière de fibromyalgie et de troubles psychiques.

Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une expertise judiciaire pluridisciplinaire, comportant des volets en rhumatologie et psychiatrie, laquelle est confiée au docteur P_____ et au professeur O_____.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise de Madame A_____. Commet à ces fins le docteur P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève, et le professeur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier la Dresse N_____, le Dr G_____, le Dr H_____ et la Dresse I_____.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge le Dr P_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2012 ?

4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les

déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.7 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ?

4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2012 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ?

7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr L_____ du 22 mars 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr G_____, notamment des 25 février 2019, 17 juin et 20 juillet 2021? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Prof. O_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

F. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

G. Charge le Prof. O_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2012 ?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2012 ?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ?

10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 22 mars 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr H_____, notamment des 12 février 2020 et 10 juin 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

H. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr P_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

I. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le