RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2177/2021 **ATAS/657/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er septembre 2023

Chambre 9

En la cause

A_____ recourante
représentée par Me Orlane VARESANO, avocate

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974 au Pakistan, est arrivée en Suisse en 1997 où elle a rejoint son époux, également pakistanais, né en 1940.

b. 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.

c. Son époux est décédé le 28 avril 2022.

B. **a.** 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.

b. L'OAI a reçu de nombreux documents, dont un rapport du 24 mai 2013 de la docteure C_____, spécialiste en rhumatologie auprès de la Clinique Corela, 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), ainsi que plusieurs rapports de spécialistes en médecine interne, rhumatologie, neurologie et ophtalmologie.

c. L'OAI a confié une expertise à son service médical régional (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 7 mars 2016, la docteure D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur E_____, 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 répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment évoqué une fibromyalgie, une suspicion très peu probable de syndrome de Sjögren, une HTA traitée et 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 5 kg, 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.

d. L'OAI a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage auprès de l'entreprise sociale privée F_____. 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.

e. Selon une note relative au calcul du revenu avec invalidité du 22 novembre 2017, le service de réadaptation professionnelle, se référant aux tables statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2012, avait tenu compte du tableau TA1, pour une femme, exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne « total » dans une activité de niveau 1, soit CHF 4'112.-.- et CHF 4'287.- en prenant en compte une durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures, soit CHF 51'441.-. L'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité était 2012. Après indexation, selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après ISS), le salaire s'élevait à CHF 51'441.-. L'OAI avait tenu compte d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Au final, le revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité était de CHF 46'297.-. Quant au revenu annuel brut sans invalidité, il était de CHF 61'183.-.

C. **a.** 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.

b. Saisie d'un recours de l'assurée, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) 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.

c. Par arrêt du 13 juillet 2020 (ATAS/581/2020), la CJCAS 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 docteure 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.

D. **a.** Faisant suite au renvoi opéré par la chambre de céans, l'OAI a mis en œuvre l'expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée à Swiss Medical Expertise (ci-après : SMEX). Dans leur rapport du 22 mars 2021, la docteure J_____, spécialiste FMH en médecine interne, le docteur K_____, rhumatologue FMH, et le docteur L_____, 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 limitations fonctionnelles significatives. 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.

E. **a.** Par acte du 25 juin 2021, l'assurée a formé recours par-devant la CJCAS contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 27 mars 2014. Préalablement, elle a sollicité l'audition de ses médecins traitants et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en psychiatrie, rhumatologie et médecine interne. 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 docteure M_____, 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'éléments objectifs 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 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.

f. Par ordonnance d'expertise du 30 juin 2022, la chambre de céans a mandaté les docteurs N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour établir une expertise judiciaire bidisciplinaire, comportant des volets en rhumatologie et psychiatrie.

Le rapport d'expertise du SMEX ne remplissait pas les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. Les experts n'avaient pas procédé à une analyse approfondie commune des critères jurisprudentiels, chaque expert s'étant essentiellement prononcé du point de vue de sa spécialisation. Ils n'avaient en particulier pas discuté de l'interférence entre les différents troubles, en particulier entre la fibromyalgie et les troubles psychiques. Leurs conclusions étaient contestées par tous les médecins traitants, lesquels avaient considéré que son état de santé global conduisait à une incapacité de travail, quel que soit l'activité envisagée.

g. Le 30 mars 2023, le Dr N_____ a rendu son expertise, fondée sur un entretien avec l'assurée et les pièces au dossier. Les conclusions de l'expertise avaient été discutées de manière consensuelle avec le Dr O_____. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie (M 79.0), syndrome du tunnel carpien bilatéral, d'intensité modérée et rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs dorsaux et lombaires avec trouble de la posture. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail, l'expert a retenu une obésité morbide, une HTA traitée et une allergie à l'iode. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg ; pas de déplacement sur des échafaudages, sur les échelles, sur un terrain non plat et de plus de 500 mètres ; pas de travail comportant un stress psychologique ou physique ; travail en position assise avec la possibilité de changer de position toutes les heures. Ces limitations fonctionnelles étaient présentes depuis 2012 et les plaintes étaient objectivées. En respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, depuis 2012. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle.

h. Le 14 avril 2023, le Dr O_____ a rendu son expertise psychiatrique, après deux entretiens avec l'assurée, une évaluation neuropsychologique et des entretiens téléphoniques avec le psychiatre traitant et une amie. Il a posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) dès 2012 et dysthymie (F 34.1) dès le début 2021. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail l'expert a retenu un trouble dépressif récurrent dès 2014, actuellement en rémission (F 33.4). La capacité de travail était nulle de mai 2013 à mars 2016 dans toute activité, de 40% d'avril 2016 à avril 2019 dans toute activité, nulle de mai 2019 à fin décembre 2020 dans toute activité et de 60% de janvier 2021 à ce jour dans toute activité.

i. Le 13 juin 2023, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de remarques particulières à formuler s'agissant du volet rhumatologique, les conclusions de l'expert rejoignant ses précédentes conclusions. En revanche, s'agissant du volet

psychiatrique et la partie consensuelle, l'OAI n'était pas en mesure de suivre les conclusions de l'expertise.

Selon l'avis du SMR du 6 juin 2023, auquel l'OAI se référait, l'expert psychiatre ne déclinait pas de manière claire les éventuelles restrictions fonctionnelles psychiatriques motivant une capacité de travail de 40%. S'agissant de l'analyse des indicateurs, l'expert signalait un désinvestissement partiel de la vie sociale et total en ce qui concernait sa vie affective, ce qui était en contradiction avec ses propres remarques. S'agissant des actes de la vie quotidienne, il y avait lieu de souligner que l'assurée s'occupait d'une partie des tâches ménagères et était capable de faire de la marche chaque soir environ 15 à 20 minutes. Des contradictions étaient constatées entre la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'expert psychiatre et la capacité de travail retenue, ainsi que l'évolution des capacités de travail retenues de manière consensuelle.

j. Le 26 juin 2023, l'assurée a contesté l'évaluation des experts s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée pour la période postérieure au début de l'année 2021, considérant que sa capacité de travail était totale tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Sa capacité de travail résiduelle serait quoi qu'il en soit inexploitable sur un marché équilibré vu l'étendue de ses limitations fonctionnelles. Elle a sollicité son audition, ainsi que celle des experts et de ses médecins traitants, les Drs H_____ et G_____, dont elle a produit des rapports médicaux.

Sous l'angle rhumatologique, il apparaissait contradictoire de retenir une totale incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide-soignante mais de considérer qu'elle pourrait exercer une activité adaptée à 100% sans diminution de rendement, alors même qu'elle avait atteint le score maximal au test clinique de fibromyalgie.

Sous l'angle psychiatrique, l'incapacité de travail était largement sous-estimée.

Quant à l'appréciation consensuelle du cas, les experts s'étaient limités à reproduire les conclusions de leurs expertises respectives, sans discuter de manière motivée l'interaction globale des atteintes à la santé sous l'angle des deux spécialités. Or, à la stricte lecture de leurs conclusions consensuelles, elles étaient discordantes pour la période dès janvier 2021 : le rhumatologue indiquait une capacité de 40% dès fin 2021, alors que le psychiatre retenait une capacité de 60% dès janvier 2021.

k. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

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

2.1 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.

2.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En 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).

2.3 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).

2.3.1 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).

2.3.2 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).

2.3.3 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).

2.4 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).

2.5 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).

2.6 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).

2.7 En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/aa p. 352 s. et les références).

3. En l'occurrence, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, au Drs N_____ et O_____, après avoir considéré que le rapport d'expertise du SMEX ne remplissait pas les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante.

3.1 S'agissant du volet rhumatologique, l'expertise comprend une anamnèse, la description d'une journée-type, les plaintes de la recourante, un status clinique et le résumé des pièces du dossier. L'expert a posé des diagnostics clairs avec une analyse de leur impact sur la capacité de travail de la recourante. En cela, le

rapport d'expertise du Dr N_____ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert retient les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de fibromylagie (M 79.0), syndrome du tunnel carpien bilatéral, d'intensité modérée et rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs dorsaux et lombaires avec trouble de la posture. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail l'expert a retenu une obésité morbide, une HTA traitée et une allergie à l'iode. Il a relevé que l'examen clinique mettait clairement en évidence une fibromyalgie, la totalité des points douloureux définis pour cette maladie étant présente. L'anamnèse permettait de mettre en exergue des troubles du transit intestinal sous forme d'une constipation chronique, des troubles du sommeil avec une insomnie ou un sommeil haché et de multiples allergies. Ces symptômes étaient toujours associés à une fibromyalgie. Cette maladie était la conséquence d'un stress psychologique majeur et aboutissait à une perturbation grave du sommeil. Cette perturbation produisait des dysfonctionnements au niveau des centres de la douleur, du contrôle de la fonction intestinale, du contrôle de la tension artérielle et d'une atteinte au psychisme avec de fréquents états dépressifs. L'incapacité de travail était totale dans son emploi d'aide-soignante à cause des problèmes de rachis associés à une obésité morbide. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés ou à porte-à-faux du rachis, changement de position toutes les 45 minutes, pas de montée sur les échelles ou échafaudages, pas de marche sur une surface non plane, en montée ou en descentes. S'agissant de la capacité de travail découlant du diagnostic de fibromyalgie, elle devait être définie par un psychiatre.

3.1.1 La recourante conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire rhumatologique. Elle estime contradictoire de retenir une totale incapacité de travail dans son activité d'aide-soignante, mais de considérer, sous l'angle strictement rhumatolgique, qu'elle pourrait exercer une activité adaptée à 100% sans aucune diminution de rendement, alors même qu'elle atteint le score maximal au test clinique de fibromyalgie.

Ce raisonnement perd cependant de vue que si le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entrainer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2022 du 20 juin 2023 consid. 5.1). L'expert rhumatologue a d'ailleurs expressément relevé que la capacité de travail découlant du diagnostic de fibromyalgie devait être définie par un psychiatre (expertise du Dr N_____, p. 17). Or, en l'occurrence, l'expert psychiatre a retenu que le trouble somatoforme douloureux avait entrainé, à lui seul, une incapacité de travail partielle depuis 2013. Associé à des épisodes dépressifs, ce trouble a entraîné des incapacités de travail totales entre 2013 et mi-2016 et mi-2019 à fin 2020. L'expert

rhumatologue reprend les conclusions de l'expert psychiatre sur ce point puisqu'il retient notamment, dans l'appréciation consensuelle du cas, une capacité de travail nulle de 2012 à 2016 en raison de « la coexistence d'un épisode dépressif et d'une fibromyalgie, dans tous les emplois ». C'est le lieu de préciser que compte tenu de la très grande proximité entre fibromyalgie et trouble somatoforme douloureux, il n'y a pas lieu d'attendre d'un expert qui diagnostique un trouble somatoforme douloureux qu'il examine en plus l'atteinte sous l'angle de la fibromyalgie, qui est pour beaucoup de médecins une atteinte identique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_877/2012 du 8 avril 2013 consid. 5.2).

3.1.2 La recourante critique ensuite l'appréciation consensuelle effectuée par les experts, laquelle se limite à reproduire les conclusions de leurs expertises respectives.

Il est vrai que, dans les deux expertises judiciaires, l'appréciation consensuelle du cas est motivée de manière succincte. Or, l'ordonnance d'expertise du 30 juin 2022 avait précisément relevé l'absence de discussion commune dans l'expertise pluridisciplinaire mandatée par l'OAI, chaque expert s'étant prononcé en regard de sa propre spécialisation. Il manquait en particulier une évaluation interdisciplinaire de la capacité de travail, les médecins n'ayant pas discuté des interférences entre les différents troubles.

Or, comme mentionné *supra*, il ressort clairement de l'expertise rhumatologique que les répercussions du diagnostic de fibromyalgie sur la capacité de travail de la recourante devaient être examinées par le psychiatre. L'expert a ainsi reconnu l'importance d'une évaluation du diagnostic de fibromyalgie sous l'angle psychiatrique. Le psychiatre traitant a procédé à ladite évaluation en retenant que les limitations fonctionnelles dues à ce syndrome étaient présentes sans changement significatif depuis 2013. L'analyse des critères jurisprudentiels montrait que l'incapacité de travail propre à cette pathologie avait fluctué dans le temps. Cette évaluation a été discutée et reprise par les deux médecins, comme cela ressort des appréciations consensuelles figurant au terme des deux expertises. Il est vrai que, contrairement à l'expert psychiatre, le Dr N_____ retient, dans son appréciation consensuelle du cas, une capacité de travail de « 40% » dans tous les emplois dès la fin 2021. Or, ce taux ne correspond pas au taux retenu pour cette période par le Dr O_____, soit 60%. L'expert rhumatologue a toutefois expressément indiqué que les dates exactes seraient spécifiées par l'expert psychiatre et qu'il revenait à ce dernier d'évaluer l'incapacité de travail due au diagnostic de fibromyalgie. Or, comme on le verra, l'expertise psychiatrique est claire et bien motivée s'agissant des incapacités de travail retenues en lien avec le trouble somatoforme douloureux. Il convient donc de retenir que le taux fixé par l'expert rhumatologue, qui se réfère à l'expertise psychiatrique sur ce point, procède d'une simple erreur, ne portant pas de conséquences quant à la valeur probante de l'ensemble de l'expertise.

3.1.3 Enfin, en tant que la recourante se réfère au nouveau rapport médical du 21 mai 2023 du Dr G_____, elle se limite à substituer son appréciation à celle de l'expert, sans démontrer l'existence de contradictions ou d'incohérences. C'est le lieu de préciser, dans la mesure où, se fondant sur le rapport du Dr G_____, la recourante s'interroge sur le type de travail exigible compte tenu de ses limitations fonctionnelles, qu'il existe, conformément à la jurisprudence, de nombreuses activités professionnelles pouvant être exercées en respectant ces limitations fonctionnelles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_877/2012 du 8 avril 2013 consid. 5.3).

3.1.4 Il suit des considérants qui précèdent qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr N_____.

3.2 S'agissant du volet psychique, l'expertise contient une anamnèse, la description d'une journée-type, les plaintes de la recourante, un status clinique, un bilan neuropsychologique et des renseignements obtenus auprès des médecins et d'une amie de la recourante. L'expert pose des diagnostics clairs avec une analyse de leur impact sur la capacité de travail de la recourante. En cela, le rapport d'expertise du Dr O_____ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert retient les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) dès 2012 et dysthymie (F 34.1) dès le début 2021. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail l'expert a retenu un trouble dépressif récurrent dès 2014, actuellement en rémission (F 33.4).

Les diagnostics psychiques posés par l'expert et les constatations médicales y relatives ont été dûment motivés.

S'agissant en particulier du syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), l'expert a constaté qu'il était présent dès 2012, avec un début des douleurs se situant en 2010. Il a constaté une focalisation sur le sentiment d'être bloquée avec un abandon des tâches, une référence au vécu douloureux occupant l'essentiel du discours, un repli sur soi assumant une position d'invalide, une vision pessimiste de l'avenir, ainsi qu'un désinvestissement partiel de la vie sociale et total en ce qui concernait la vie affective. Le sentiment de détresse était documenté par deux décompensations dépressives au cours des dix dernières années et était observable au niveau clinique avec une vision amère du passé et des plaintes constantes concernant la perte de la fonctionnalité. Les limitations fonctionnelles étaient présentes et concernaient en partie la vie quotidienne y inclus la mobilité, les soins à la personne, les activités instrumentales et la vie sociale. Ce diagnostic principal était associé à une dysthymie (humeur morose, vision pessimiste de l'avenir, tendance au repli) qui aggravait les limitations fonctionnelles sans être invalidante *per se*. L'évolution du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant avait été fluctuante avec deux périodes de

péjoration entre 2013 et mi-2016 et entre mi-2019 et début 2021, caractérisées par la survenue de deux épisodes dépressifs.

Selon l'expert, une exagération des symptômes physiques pour des raisons psychologiques pouvait être exclue sur la base de son analyse neuropsychologique et l'observation clinique. L'expert n'a pas trouvé d'attitudes de dramatisation, de mise en scène ni allégation de déficits sévères malgré la présence d'un soutien psychosocial, précisant que l'assurée était authentique dans sa souffrance.

S'agissant du degré de « gravité fonctionnelle », l'expert a considéré que la pathologie était de sévérité moyenne et avait été partiellement invalidante même en l'absence de décompensation dépressive. L'impact de la pathologie sur les activités de la vie quotidienne était significatif : l'assurée se montrait très lente dans l'exécution des tâches, comme cela avait été attesté par le bilan neuropsychologique, arrivait difficilement à assumer certaines activités de base (douche, ménage, cuisine, repassage) et ses sorties étaient peu fréquentes.

À propos du complexe « personnalité », l'expert n'a pas relevé de traits de personnalité ou un trouble de personnalité franc pouvant interférer avec la capacité de travail de l'assurée.

S'agissant du complexe « contexte social », l'expert a relevé que l'assurée avait de bons contacts avec sa famille d'origine et bénéficiait d'un soutien de cette dernière, de même qu'un réseau d'amies sur place qui pouvait se mobiliser pour l'aider. Elle pouvait se rendre en vacances. Le poids de la souffrance subjective était considérable par rapport au syndrome douloureux somatoforme, lequel occupait une grande partie de son discours et de son espace psychique. De ce fait, le tableau des ressources était, d'un point de vue psychiatrique, négatif avec un désinvestissement partiel sur le plan social et une souffrance psychique significative, qui était en train de se chroniciser. Sur le plan cognitif, l'expert a relevé des troubles attentionnels et de cognition sociale de sévérité moyenne, mais avec une bonne préservation du reste des fonctions cognitives (et notamment de sa mémoire). La lenteur dans l'exécution des tâches était au premier plan et limitait *de facto* ses ressources adaptatives.

L'ensemble des éléments conforte ainsi la présence d'un degré de gravité fonctionnel suffisamment important pour évaluer la cohérence.

Sur ce point, l'expert a relevé que le tableau était cohérent. Les limitations au niveau de l'activité quotidienne étaient hétérogènes, sans tendance à la dramatisation. Les limitations concernaient en partie les activités instrumentales, la vie quotidienne et l'hygiène personnelle comme suit : l'incapacité était totale pour le port de charges, le nettoyage et le repassage, partielle pour les repas et l'hygiène personnelle et pour les déplacements dépassant les 20 minutes de marche. En revanche, l'assurée assumait les courses et les lessives. L'activité sociale était limitée, mais existante. Malgré la perte de son mari, l'assurée avait pu

se montrer réactive, augmenter le nombre de ses voyages au Pakistan et ses ressources sur un plan social. En revanche, les sorties étaient rares.

S'agissant du traitement, l'expert a relevé que l'adhésion au suivi était authentique sans déni de la pathologie et avec une demande de soins véritable. Il ne s'agissait pas d'une incapacité à reconnaître sa maladie, l'assurée étant consciente de la dégradation et de son état psychique. Elle avait également été capable de distinguer la poursuite des douleurs du trouble de l'humeur qui l'avait concernée à deux reprises. À l'heure actuelle, il était illusoire d'imaginer une amélioration supplémentaire de ses capacités fonctionnelles. Le syndrome douloureux somatoforme était présent depuis onze ans et enkysté en termes de flexibilité du discours.

Ainsi, au vu de l'impact des atteintes psychiques sur la vie quotidienne de la recourante, ainsi que des constats de l'expert judiciaire, il convient d'admettre que le critère de la cohérence est rempli.

3.2.1 L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique. Elle fait valoir en premier lieu que s'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert ne décline pas de manière claire les éventuelles restrictions fonctionnelles psychiatrique motivant une capacité de travail de 40%.

Il ressort toutefois du rapport d'expertise que la capacité de travail de 40% a été retenue pour la période d'avril 2016 à avril 2019. Contrairement à ce qu'indique l'intimé, l'expert a dûment expliqué les raisons pour lesquelles il retenait une telle capacité de travail durant cette période (cf. rapport d'expertise psychiatrique, p. 28). Il a en particulier relevé que, sur le plan purement psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme remplissait à l'époque les critères pour être reconnu comme partiellement invalidant. L'atteinte de la fonctionnalité concernait les activités de la vie quotidienne (ménage, repassage, lessives, cuisine, courses effectuées par son mari défunt), y inclus l'hygiène personnelle, et la vie sociale et affective appauvrie. Il a également précisé que, durant cette période, la thymie était améliorée (avec un épisode dépressif en rémission partielle), les limitations fonctionnelles étant dues uniquement au syndrome douloureux somatoforme.

3.2.2 L'intimé relève ensuite une contradiction s'agissant de l'analyse des ressources de la recourante. L'expert signale, d'une part, un « désinvestissement partiel de la vie social » de l'assurée et, d'autre part, il retient l'existence « d'un réseau d'amies sur place qui pouvait se mobiliser pour l'aider ».

Or, le fait que la recourante dispose d'un réseau d'amies sur place a été dûment documenté par l'expert psychiatre, qui s'est notamment fondé sur un entretien téléphonique avec l'une de ses amies. Cet élément est rappelé à plusieurs reprises dans le rapport d'expertise. L'expert psychiatre a toutefois également relevé que, malgré l'existence de ce réseau social, son activité sociale était limitée. Ses sorties restaient peu fréquentes en raison de ses limitations fonctionnelles, qui étaient potentialisées par la dysthymie (impliquant une vision morose de l'avenir, une

humeur souvent maussade et une tendance au repli sur soi). L'expert a également relevé les plaintes de l'assurée selon laquelle sa vie sociale était très restreinte - elle n'arrivait « pas à suivre » - et constaté des troubles de l'attention et de cognition sociale de sévérité moyenne, précisant que la lenteur dans l'exécution des tâches était au premier plan, ce qui limitait de facto ses ressources adaptatives. On ne décèle ainsi aucune contradiction s'agissant des ressources définies par l'expert psychiatre.

3.2.3 Quant aux actes de la vie quotidienne, l'intimé relève, sans toutefois en tirer des conclusions, que l'assurée s'occupe d'une partie de ses tâches ménagères et est capable de faire de la marche chaque soir environ 15 à 20 minutes. Or, ces éléments ont été dûment constatés par l'expert psychiatre, qui a estimé que l'ampleur des limitations fonctionnelles était celle attendue pour une telle sévérité de pathologie.

3.2.4 Enfin, s'agissant des taux d'incapacité de travail, l'intimé constate des contradictions entre les capacités de travail dans une activité adaptée retenues par l'expert psychiatre à différents endroits de son rapport.

On peut certes relever une contradiction s'agissant de la date retenue pour la première période d'incapacité de travail. L'expert psychiatre a en effet relevé, dans sa rubrique « limitations fonctionnelles », que les périodes concernées par les épisodes dépressifs étaient du « début 2014 » à la mi-2016 et de la mi-2019 au début 2021. Or, dans son appréciation consensuelle du cas, il a fixé le début de la première incapacité de travail à mai 2013. Il appert toutefois que la date retenue à ce titre dans la rubrique « limitations fonctionnelles », soit 2014, procède en réalité d'une simple erreur (rapport d'expertise, p. 25). L'expert a en effet répété, à plusieurs reprises dans son rapport (p. 24, 26, 28, 30 et 32), que l'incapacité de travail totale en lien avec le premier épisode dépressif avait député en mai 2013, ce qui correspondait à la date du rapport de la docteure P_____, médecin interne FMH, attestant d'un état dépressif avec des insomnies en raison de troubles chroniques. Ainsi, cette seule erreur de date ne suffit-elle pas pour remettre en cause la valeur probante de l'ensemble de l'expertise.

3.2.5 La recourante remet également en cause les conclusions de l'expert psychiatre, estimant que les taux d'incapacité de travail retenus seraient « sous-estimés ». Elle se réfère, en cela, au rapport médical du Dr H_____ du 25 mai 2023, selon lequel le Dr O_____ aurait sous-estimé « l'impact culturel de la domination masculine ». Or, par cette argumentation, la recourante se limite à substituer son appréciation à celle de l'expert, sans démontrer l'existence de contradictions ou d'incohérences. C'est le lieu de rappeler que le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire. Or, comme on l'a vu, l'expertise psychiatrique est bien motivée et les explications quant à l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail de la recourante sont claires et convaincantes. Il n'y a donc pas de motif de s'en écarter.

3.2.6 Il suit des considérants qui précèdent que les griefs des parties, qui n'ont pas démontré l'existence de contradictions et d'incohérences suffisamment importantes pour remettre en cause l'expertise judiciaire bi-disciplinaire, doivent être rejetés dans leur intégralité. Il convient dès lors de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et retenir que la recourante est atteinte de troubles psychiques présentant un degré de gravité certain et entrainant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis 2012. S'agissant de l'activité adaptée, la capacité de travail de l'intéressée a évolué comme suit : 0% de mai 2013 à mars 2016, 40% d'avril 2016 à avril 2019, 0% de mai 2019 à décembre 2020 et 60% dès janvier 2021. On rappellera que l'expert psychiatre a considéré qu'il était illusoire d'imaginer une amélioration supplémentaire des capacités fonctionnelles de la recourante. Le syndrome douloureux somatoforme était présent depuis onze ans, enkysté en termes de flexibilité du discours. Les bénéfices secondaires existant sur un plan relationnel étaient certes significatifs mais ne permettaient pas d'espérer des modifications positives sur la capacité de travail.

Ainsi, en l'absence de tout doute sur la fiabilité et la validité des conclusions des experts judiciaires, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires. Aussi n'est-il pas nécessaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), de donner suite aux mesures d'instruction sollicitées par la recourante.

3.3 Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

3.3.1 En l'occurrence, s'agissant de la période de mai 2013 à mars 2016, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, sa capacité de travail ayant été considérée comme nulle par les experts judiciaires. Compte tenu de la demande de prestations du 26 mars 2014 (art. 29 al. 1 LAI) et de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente entière d'invalidité naît le 1er septembre 2014 (art. 29 al. 3 LAI).

3.3.2 Dès avril 2016, la recourante a retrouvé une capacité de travail à hauteur de 40%. Il convient donc de réviser la situation (art. 17 LPGA) et d'opérer un nouveau calcul du degré d'invalidité, l'année déterminante étant 2016.

S'agissant du revenu d'invalide, il doit être calculé, en l'absence de reprise d'une activité lucrative, selon l'ESS 2016, tableau TA1, femme, niveau 1, total, soit un revenu annuel de CHF 52'356.- (CHF 4'363.- x 12). Compte tenu d'une durée normale de travail dans les entreprises de 41.7h en 2016, il est de CHF 54'581.15. Tenant compte d'une activité exigible à un taux de 40%, il est de CHF 21'832.45.

L'intimé a appliqué, sur le revenu d'invalide, une déduction de 10%. Contrairement à ce que soutient la recourante, sans toutefois le motiver, ce taux tient suffisamment compte de l'activité qui peut être exercée compte tenu de ses limitations fonctionnelles et des désavantages liés à l'exercice d'une activité à 40%. Il existe en effet de nombreuses activités professionnelles qui peuvent être exercées en respectant les limitations prévues par l'expert rhumatologue. Le taux

d'abattement sera dès lors confirmé, étant relevé que la recourante ne soutient pas que d'autres critères jurisprudentiels seraient, en l'espèce, déterminants. Compte tenu de cet abattement, le revenu d'invalide est de CHF 19'649.20.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a retenu un montant de CHF 61'183.- en 2012 sur la base du questionnaire employeur du 13 juin 2014. Ce revenu n'est pas contesté par la recourante. Indexé à l'année 2016 (+ 0.7 % en 2013, + 0.8 % en 2014, + 0.4 % en 2015 et + 0.7 % en 2016), il est de CHF 62'789.-. La perte de gain subie est donc de CHF 43'139.85, ce qui donne un degré d'invalidité de 68.7%, arrondi à 69%.

Ce degré donne droit à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1er juillet 2016, soit à l'issue du délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI.

3.3.3 Dès mai 2019, l'état de santé de la recourante s'est à nouveau aggravé, sa capacité de travail étant nulle de mai 2019 à décembre 2020, de sorte que la situation doit à nouveau être révisée (art. 17 LPGA). Elle a dès lors droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2019 (art. 88a al. 2 RAI).

3.3.4 Dès janvier 2021, la recourante a retrouvé une capacité de travail à hauteur de 60%. Il convient donc de réviser la situation (art. 17 LPGA) et d'opérer un nouveau calcul du degré d'invalidité, l'année déterminante étant l'année 2021.

S'agissant du revenu d'invalide, il doit être calculé, en l'absence de reprise d'une activité lucrative, selon l'ESS 2020, tableau TA1, femme, niveau 1, total, soit un revenu annuel de CHF 51'312.- (CHF 4'276.- x 12). Compte tenu d'une durée normale de travail dans les entreprises de 41.7h, il est de CHF 53'492.75. Indexé à 2021 (-0.2%), il est de CHF 53'385.75. Tenant compte d'une activité exigible à un taux de 60% et d'un abattement de 10%, il est de CHF 28'828.35.

S'agissant du revenu sans invalidité, il est de CHF 61'183.- en 2012. Indexé à l'année 2021 (+ 0.7 % en 2013 + 0.8 % en 2014 + 0.4 % en 2015 + 0.7 % en 2016 + 0.4 en 2017 + 0.5 en 2018 + 0.9% en 2019 + 0.8% en 2020 – 0.2% en 2021), il est de CHF 64'308.-. La perte de gain subie est donc de CHF 35'479.65, ce qui donne un degré d'invalidité de 55.2%, arrondi à 55%.

Ce degré donne droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er avril 2021, soit à l'issue du délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI.

3.4 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2014 au 30 juin 2016, à un trois quarts de rente d'invalidité du 1er juillet 2016 au 31 juillet 2019, à une rente entière d'invalidité du 1er août 2019 au 31 mars 2021 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2021.

4. La recourante obtenant partiellement gain de cause par l'intermédiaire d'une représentante, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les

frais, émolument et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 25 mai 2021.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2014 au 30 juin 2016, à un trois quarts de rente d'invalidité du 1er juillet 2016 au 31 juillet 2019, à une rente entière d'invalidité du 1er août 2019 au 31 mars 2021 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2021.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens, à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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