RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2186/2021 **ATAS/913/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 octobre 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, rue _____, CHÊNE-BOURG, représentée par CARITAS GENÈVE — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après ; l'assurée), née en 1977 au Portugal, vit en Suisse depuis juin 2011. Elle est divorcée et mère de deux enfants nés en 1995 et 2005, dont le plus jeune vit avec elle. Depuis la fin de sa formation scolaire obligatoire, l'assurée a travaillé au Portugal comme aide à la personne dans une clinique, puis comme maman de jour. Depuis son arrivée en Suisse, elle a travaillé dans la restauration jusqu'en 2017. Par la suite, elle s'est retrouvée au chômage.

b. Depuis 2012, elle souffre d'une atteinte à la santé qui s'est aggravée au fil du temps et qui a été diagnostiquée en juin 2018 en tant que spondylarthrite ankylosante par le docteur C_____, rhumatologue.

c. Le 11 avril 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en indiquant être en incapacité totale de travail depuis juin 2018.

d. Dans un rapport du 17 avril 2019, le Dr C_____ a confirmé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis, nécessité de changer de position toutes les heures. D'un point de vue strictement rhumatologique, la patiente n'était pas en mesure d'exercer la moindre activité, car elle avait trop de douleurs et raideurs du rachis. Au réveil, la patiente était confrontée à deux ou trois heures de raideur matinale. Elle devait se faire aider pour les courses et le ménage. L'état était stationnaire moyennant la prise d'Erelzi.

e. Le 13 mai 2019, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a confirmé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, y ajoutant celui d'état anxieux ayant une incidence sur la capacité de travail. Selon lui, la capacité de travail de sa patiente était nulle dans l'activité habituelle, compte tenu de la nécessité d'éviter tout effort physique. Le pronostic était réservé. Les douleurs et raideurs faisaient obstacle à la réadaptation. L'assurée rencontrait également des difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères.

f. Après avoir fait état d'une évolution favorable dans un rapport du 14 mai 2019 à l'attention du Dr D_____, le Dr C_____, dans un rapport du 5 juillet 2019, a qualifié l'évolution de stationnaire. L'assurée demeurait dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité et avait toujours de la difficulté à s'occuper de son ménage (elle devait se reposer après 30 minutes d'effort). Les limitations fonctionnelles restaient les mêmes que celles annoncées précédemment, sous réserve du fait que l'intéressée devait désormais changer de position toutes les 45 minutes.

g. Le 17 septembre 2019, le Dr C_____ a à nouveau qualifié l'état de santé de sa patiente de stationnaire. Les limitations fonctionnelles demeuraient identiques, l'assurée étant cependant en mesure de porter désormais des poids jusqu'à 10 kg. La capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle. Il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité à exercer une activité adaptée.

h. Le 1er septembre 2019, l'assurée a commencé une nouvelle activité d'aide à domicile auprès d'une personne en situation de handicap à raison de deux, puis trois demi-journées hebdomadaires.

i. Le 10 décembre 2019, l'assurée a été examinée par le docteur E_____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, auprès du service médical régional de l'AI (SMR), qui a estimé que les critères d'une spondylarthropathie n'étaient pas réunis. Ce médecin a retenu en lieu et place les diagnostics de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusion latérale à droite en C5-C6 (M54.2), avec incidence sur la capacité de travail, et de fibromyalgie, sans incidence sur la capacité de travail. Il a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : pas de rotations rapides de la nuque, pas de travail prolongé bras au-dessus de la tête, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure. En découlaient une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais une capacité totalement préservée en tant qu'aide personnelle ou dans toute autre activité adaptée.

j. Le 10 janvier 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation, puisque l'instruction avait démontré que, si la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure d'aide de cuisine, elle restait entière dans une activité adaptée.

k. Le 10 février 2020, l'assurée s'est opposée à ce projet en alléguant souffrir depuis plusieurs années d'une spondylarthrite ankylosante la limitant dans toutes ses activités, tant dans la sphère privée que professionnelle. S'ajoutaient aux limitations fonctionnelles retenues une très grande fatigue et une fragilité sur le plan psychique. Malgré un suivi médical et un traitement médicamenteux quotidien à base notamment d'anti-inflammatoires et d'antidépresseurs, son état de santé n'avait cessé de se dégrader, avec une augmentation progressive des douleurs et des limitations. Désormais, malgré ses efforts, elle était incapable d'exercer la moindre activité lucrative.

l. Par décision du 18 février 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

m. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans, l'a partiellement admis en date du 20 mai 2020 (ATAS/427/2020) et, sur proposition de l'OAI, a renvoyé la cause à ce dernier pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En effet, le 11 mai 2020, le SMR avait convenu que les éléments avancés par le Dr E_____ pour infirmer le diagnostic de spondylarthropathie n'étaient pas

suffisants. Quant à l'aspect psychiatrique, il n'avait pas été évalué par un spécialiste. Même s'il semblait fort probable, à la lumière de l'analyse structurée des indicateurs, que l'assurée ne présentait pas d'atteinte somatique ou psychiatrique active et sévère justifiant une incapacité totale de travailler, il convenait de procéder à une expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et psychiatrie.

B. **a.** Suite à cet arrêt, l'OAI a mandaté le F_____.

b. L'expertise a été effectuée le 20 janvier 2021 par les docteurs G_____, rhumatologue, et H_____, psychiatre et psychothérapeute.

Au titre de diagnostic invalidant, les experts n'ont retenu que des cervico-dorso-lombalgies. Pour le surplus, étaient mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail, les diagnostics de fibromyalgie, de possible spondylarthropathie non radiologique et d'état dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.0). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais en revanche entière, depuis septembre 2019, dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges de plus de 5 kg, la surcharge du rachis cervico-dorso-lombaire, les montée et descente d'échafaudages et permettant l'alternance entre différentes positions.

c. Le 9 mars 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser toute mesure, faute d'invalidité. Si sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, elle était entière dans une activité adaptée. Ainsi, sur la base du revenu de niveau 1 du tableau TA1 (tous secteurs confondus, tâches physiques ou manuelles simples) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018 actualisé à 2019, son gain d'invalide s'élevait à CHF 52'461.-, une fois retenue une réduction de 5% du fait de ses limitations fonctionnelles. Le revenu sans invalidité réactualisé s'élevant pour sa part à CHF 46'034.- par an, il n'y avait pas de perte de gain.

d. Par pli du 26 avril 2021, l'assurée s'est opposée à ce projet.

C'était à tort que les experts avaient exclu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante du simple fait de l'absence de sacro-illite et d'un dosage de HLA B27 positif. Comme indiqué dans un rapport médical du 3 avril 2020 du Dr C_____ nouvellement versé au dossier, le diagnostic pouvait être retenu en dépit de ces deux éléments lorsque, comme dans le cas d'espèce, la patiente présentait une raideur matinale de plus d'une heure, mesurable et mesurée, ainsi que des douleurs lombaires nocturnes. C'est ainsi à tort que l'expert n'avait pas pris en compte ces éléments dans son appréciation de la situation. Selon l'intéressée, c'était également à tort que l'expert avait omis d'intégrer dans son analyse le fait qu'au moment de l'examen, elle était sous l'effet des injections d'Erelzi (Etanercept), ce qui avait eu pour résultat, en diminuant les douleurs et en améliorant la mobilité, de minimiser les limitations réelles induites par la

maladie et de conduire à l'exclusion, à tort, du diagnostic de spondylarthrite ankylosante.

Concernant l'aspect psychique, l'assurée faisait grief à l'expert d'avoir considéré qu'elle souffrait d'une dépression légère sans influence sur sa capacité de travail. Il avait minimisé les effets de la maladie sur son moral, alors qu'elle devait se battre chaque jour contre ses douleurs pour se lever, se laver, s'habiller et accomplir ses tâches journalières.

Selon l'assurée, son incapacité de travail était de 50% au moins.

e. Le 25 mai 2021, le SMR a campé sur sa position. Il a constaté que l'expert rhumatologue avait appliqué les critères de l'Alliance européenne des associations de rhumatologie (EULAR) et était arrivé à la conclusion que, si un diagnostic de spondylarthropathie non radiologique était possible, la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée « en se basant sur des faits objectifs tels que l'examen clinique et en évaluation consensuelle avec l'expert psychiatre, en examinant les indicateurs standards de gravité ».

f. Par décision formelle du 25 mai 2021, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

C. **a.** Le 28 juin 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

b. Elle soutient que l'expertise médicale du F_____ n'est pas probante, dans la mesure où, d'une part, elle ne retient pas de spondylarthrite ankylosante incapacitante et, d'autre part, minimise ses douleurs et limitations réelles.

c. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 juillet 2021, a conclu au rejet du recours.

d. Dans sa réplique du 29 octobre 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Aux griefs déjà soulevés à l'encontre de l'expertise du F_____, elle ajoute le fait que le rhumatologue n'a pas pris en compte ses douleurs rachialgiques inflammatoires avec réveils dans la deuxième partie de la nuit ; sur le plan professionnel, il a indiqué à tort qu'elle effectuait des ménages pour plusieurs employeurs, alors qu'en réalité, elle n'avait qu'un employeur dont elle s'occupait de la fille adulte handicapée ; elle n'était d'ailleurs pas en mesure de faire des ménages pour des tiers, dans la mesure où, contrairement à ce qu'avait indiqué l'expert, elle peinait déjà, malgré l'aide de son fils, à entretenir son propre foyer ; l'expert a également négligé le fait qu'après ses demi-journées de travail, elle doit se coucher entre 30 et 60 minutes avant de pouvoir reprendre une activité quelconque. Les lendemains, lorsqu'elle ne travaille pas, elle doit se recoucher plusieurs heures durant la matinée afin de récupérer des efforts consentis la veille ou l'avant-veille, ou pour faire face à des douleurs aigües. Elle doit également souvent se recoucher l'après-midi. Les douleurs, la fatigue chronique et les autres

limitations qu'elle rencontre sont telles que, depuis l'expertise, elle a été contrainte de réduire son taux d'activité et ne travaille désormais plus que les lundis, de 15h00 à 18h00, et les vendredis, de 08h30 à 12h00.

À l'appui de ses dires, la recourante produit un rapport du Dr C_____ du 22 octobre 2021, faisant part de sa « complète opposition » avec l'avis de Dr G_____. Le médecin y défend l'opinion que sa patiente ne souffre pas d'une fibromyalgie, mais bien d'une spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative. Sa capacité de travail est nulle en tant qu'aide de cuisine et de 30% au maximum dans un poste adapté. Le médecin précise encore que le traitement actuel d'Erelzi (etanercept) empêche l'évolution de la maladie, mais n'agit que peu sur les douleurs, raison pour laquelle sa patiente doit également prendre des anti-inflammatoires.

Sur le plan psychique, la recourante reproche à l'expert de lui avoir reconnu une pleine capacité d'endurance, tout en admettant qu'après ses demi-journées de travail, elle doit se reposer l'après-midi. Selon elle, c'est également à tort qu'il qualifie ses chances de guérison d'excellentes.

À l'appui de sa position, la recourante produit un rapport non daté de la doctoresse I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui la suit depuis le 1er juin 2021 et diagnostique un épisode dépressif moyen (F33.1). Selon ce médecin, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : endurance, anxiété, perte d'estime de soi, perte de poids, troubles du sommeil. La capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide de cuisine et de 30% au maximum dans une activité adaptée. Le pronostic est médiocre.

Pour le reste, la recourante rappelle qu'elle n'a que peu d'expérience professionnelle, un faible degré de formation et s'étonne qu'au vu de son état de santé, de son âge et du spectre restreint des activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles, on lui reconnaisse une pleine capacité de travail.

e. Par écriture du 8 décembre 2021, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

À l'appui de sa position, il produit un nouvel avis du SMR, qui estime que les pièces produites n'apportent pas de nouvel élément médical objectif permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise du F_____. Le SMR relève que l'expert en rhumatologie n'a pas exclu le diagnostic de spondylarthrite, mais a retenu, tout comme le Dr E_____ en 2019, celui de fibromyalgie. Les deux diagnostics ne sont pas incompatibles et le point de désaccord entre les experts et le rhumatologue traitant n'a pas d'incidence sur l'évaluation de la capacité de travail, qui a été appréciée sur la base de critères objectifs, tels que l'examen clinique. À cet égard, le SMR relève que tant l'activité de femme de ménage que celle d'aide à une personne en situation de handicap, que la recourante a elle-même décrite comme difficile sur le plan physique, ne respectent pas les limitations fonctionnelles et ne peuvent donc pas être considérées comme adaptées. Quant au diagnostic posé par la psychiatre traitante, il n'est pas

objectivé et ne correspond pas aux constatations ressortant du dossier, notamment à l'absence de limitations dans les activités quotidiennes.

D. **a.** Le 23 septembre 2022, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire et leur a communiqué les noms des experts pressentis ainsi que la mission d'expertise.

b. Les parties se sont déterminées en dates des 4 et 10 octobre 2022.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. 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).

7.1 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). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment

les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

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

7.2 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).

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

8. 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).

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

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

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

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

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

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

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

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

9. 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. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le

critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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

10. 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).

10.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) 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.

11. 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).

11.1 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).

11.2 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).

12. En l'espèce, la recourante soulève essentiellement des griefs à l'encontre de l'expertise bidisciplinaire du F_____, qu'elle considère non probante au vu des nombreux défauts dont elle serait entachée.

La Cour de céans relève tout d'abord qu'à la forme, l'expertise du 20 janvier 2021, qui comprend les données objectives du dossier - soit les pièces médicales, y compris radiologiques, les données subjectives de l'assurée, l'anamnèse, l'examen somatique et psychiatrique, ainsi qu'une partie consensuelle, et dont les conclusions sont claires - remplit tous les réquisits jurisprudentiels. L'aspect formel ne semble d'ailleurs pas critiqué par la recourante.

13. Pour ce qui est du fond, la recourante reproche en substance à l'expertise de ne pas avoir retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et d'avoir minimisé la pathologie psychique dont elle souffre. D'une manière générale, ses douleurs et sa fatigabilité n'auraient pas non plus dûment été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail.

13.1 Sur le plan somatique, l'expert a retenu des cervico-dorso-lombalgies comme unique diagnostic incapacitant, ainsi qu'une possible spondylarthropathie non radiologique et une fibromyalgie, non incapacitantes. Se faisant, il a écarté le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, faute de signes radiologiques permettant cette qualification (expertise du F_____, p. 26).

La recourante, soutenue en cela par son rhumatologue traitant, considère cette analyse comme erronée, dans la mesure où l'absence de signe radiologique n'exclurait pas le diagnostic de spondylarthrite ankylosante selon les critères ASAS.

13.1.1 La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire qui touche les gros ligaments de la colonne vertébrale et appartient à la famille des spondylarthropathies qui sont des rhumatismes inflammatoires chroniques. Selon les recommandations de la société internationale d'évaluation de la spondylarthrite (Assessment of SpondyloArthritis international Society, ci-après : ASAS) et de l'alliance européenne des associations de rhumatologie (European Alliance of Associations for Rheumatology, ci-après : EULAR) auxquelles font référence les parties, on en distingue principalement deux formes : la spondylarthrite axiale non radiographique (SpA Ax nRx), pour laquelle il n'est pas possible de détecter des modifications structurelles lors d'une radiographie conventionnelle, mais qui peut être identifiée au moyen d'un examen clinique, et la spondylarthrite ankylosante (SA), qui s'en distingue par une raideur inflammatoire de la colonne vertébrale révélant des modifications structurelles lors d'une radiographie. La question de savoir si la SA et la SpA Ax nRx doivent être considérés comme deux entités différentes ou comme un spectre continu de la maladie fait encore débat. L'opinion qui prévaut actuellement est que la

spondylarthrite axiale englobe un seul spectre de la maladie dans lequel des patients atteints de SpA Ax nRx non radiographique peuvent développer (sans le faire nécessairement) des changements radiographiques au fil du temps (VAN DER HEIJDE Désirée, RAMIRO Sofia, LANDEWÉ Robert, et al., *2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis*, Annals of the Rheumatic Diseases 2017; 978-991, p. 978).

En d'autres termes, le développement et la publication en 2009 des critères de spondylarthrite axiale par l'ASAS ont débouché sur la distinction des formes de spondylarthrite axiale avec atteinte radiographique (soit les SA) de celles sans atteinte radiographique (soit les SpA Ax nRx). Cette dernière catégorie n'est pas nouvelle et correspond à l'ancienne dénomination de spondylarthropathie indifférenciée, soit une appellation un peu ambiguë dans la mesure où son appartenance au groupe des spondylarthrites axiales n'était pas forcement évidente. L'identification et la distinction au sein du groupe des SpA des SpA Ax nRx remontent ainsi à 2009. L'avancée majeure des critères de SpA Ax de l'ASAS a été la prise en compte des données de l'IRM qui permet de mettre en évidence les modifications inflammatoires des sacro-iliaques, soit une atteinte précédant les atteintes structurales, bien que l'examen des sacro-iliaques des formes récentes de la maladie permette également de constater un certain nombre de modifications structurales des sacro-iliaque. (Professeur TOUSSIROT Eric, Spondylarthrites non-radiographiques - Particularités cliniques, évolutives et thérapeutiques : https://rhumatos.fr/wp-content/uploads/2018/03/RH132_P42A52_DOSSIER_COR.pdf).

Selon les critères de l'ASAS de 2009, le diagnostic de SA peut donc être retenu pour des patients présentant des lombalgies depuis au moins 3 mois avec un âge de début de la symptomatologie inférieur ou égal à 45 ans et présentant, soit une imagerie avec atteinte des sacro-iliaques (sacroiliite radiographique ou en IRM) plus une manifestation suggestive de SpA (à savoir : lombalgies inflammatoires, arthrite, enthésite, uvéite, dactylite, psoriasis, maladie de Crohn, sensibilité aux AINS, antécédent familial de spondylarthrite, élévation de la CRP), soit un terrain HLA-B27 positif et au moins deux manifestations suggestives de SpA (ibidem).

13.1.2 Il appert ainsi au vu de ces éléments, qu'il semble que ce soit à juste titre que tant l'expert en rhumatologie que le Dr E_____ n'ont pas retenu formellement le diagnostic de SA, vu l'absence de signes radiologiques de la maladie. Sous l'angle assécurologique, la question de la forme de spondylarthropathie peut cependant demeurer ouverte dans la mesure où il s'agit du même spectre de la maladie et que la distinction en tant que telle n'a pas d'incidence sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, objet de la procédure.

13.1.3 Vu la nature de l'atteinte à la santé dont il est question, il n'est cependant guère satisfaisant que l'expert en rhumatologie ait écarté le diagnostic de SA (et

ait uniquement retenu comme « probable » celui de SpA Ax nRx) sur la seule base du dossier et de l'examen médical de la recourante, sans procéder à un quelconque examen radiologique, en particulier à aucune imagerie par résonance magnétique (IRM), étant rappelé que la dernière IRM figurant au dossier date d'avril 2018, soit près de trois ans avant l'expertise. La SpA Ax nRx constituant fréquemment le stade préalable d'une SA, des examens radiologiques complémentaires paraissaient indiqués. L'argumentaire de l'expert à teneur duquel il y a renoncé dans la mesure où l'IRM d'avril 2018 n'avait « pas permis de retrouver de signe rachidien ou de sacro-iléite, de signe rachidien de syndesmophyte ou d'élément radiologique au niveau des sacro-iliaques » et parce que des examens radiologiques n'avaient pas été demandés (expertise F_____ p. 27) est insatisfaisant au vu du dossier et des incertitudes diagnostiques. Cela étant, comme déjà indiqué plus haut, ce sont surtout les conséquences en termes de capacité de travail qui importent.

13.2 Or, l'expertise apparaît peu convaincante lorsqu'elle conclut que les diagnostics retenus de fibromyalgie et de possible SpA Ax nRx ne sont pas incapacitants.

13.2.1 En premier lieu, l'expert ne prend aucunement en compte les plaintes de la patiente (douleurs, sommeil non réparateur, fatigue, raideur matinale de plus d'une heure) qu'il considère pourtant comme cohérentes et compatibles avec le tableau clinique (expertise F_____ p. 22 et 23), ni les avis du rhumatologue et du généraliste traitant quant à la capacité de travail.

Il ne procède en outre absolument pas à une évaluation de la capacité de travail sur la base de la méthode préconisée par le Tribunal fédéral suite à l'ATF 141 V 281. En effet, si les termes de « capacités, ressources et difficultés » sont bien mentionnés formellement dans l'expertise (p. 29), ils sont uniquement suivis de la mention « il n'y a pas de limitation du point de vue rhumatologique », ce, sans aucune explication complémentaire, notamment en lien avec la fibromyalgie, pourtant admise, et la probable SpA Ax nRx. L'indicateur des comorbidités n'est pas non plus examiné, ni même abordé, malgré les trois diagnostics retenus par l'expert rhumatologue et celui admis par l'expert psychiatre. Comme la Cour de céans le soulignera ci-après, ces lacunes ne sont en outre pas compensées par la partie « évaluation consensuelle » de l'expertise, qui se contente de reprendre mot pour mot les constatations de chaque spécialiste, sans procéder à une synthèse à l'aune des indicateurs du Tribunal fédéral.

13.2.2 En substance, l'expert rhumatologue semble avoir basé essentiellement son évaluation de la capacité de travail sur le fait, rappelé à trois reprises (expertise F_____, p. 13, p. 14 et p. 29), que la recourante n'est pas limitée par sa fibromyalgie ni sa probable SpA Ax nRx vu qu'elle est en mesure d'exercer des ménages ainsi qu'une activité d'aide à une personne handicapée à raison de 16 heures par semaine.

Or, cette appréciation fait fi des déclarations régulières et des plaintes de la recourante pourtant considérées comme cohérentes et conformes au tableau clinique. Il ressort ainsi du dossier que l'intéressée n'exerce pas l'activité de femme de ménage, mais uniquement celle d'assistante personnelle d'une personne en situation de handicap, comprenant la tâche de faire les repas et « un peu de ménage » (cf. notamment examen clinique du Dr E_____ du 10 décembre 2019), qu'elle n'a qu'un seul employeur et bénéficie d'un cadre de travail qu'elle décrit comme très favorable et sans stress, qu'elle ne travaille que trois demi-journée par semaine, lesquelles sont espacées au minimum d'une journée entière de congé durant laquelle elle récupère, que malgré ces éléments, elle décrit son travail comme difficile et pénible, mais qu'elle n'a pas le choix de travailler (expertise F_____, p. 19) et qu'elle ne se sent pas capable de l'exercer à un taux plus élevé (p. 21). Dans le cadre de son recours la recourante annonce même avoir finalement été amenée, en raison des douleurs et de la fatigue, à réduire son activité professionnelle à 6h30 hebdomadaires, réparties sur deux journées.

Pourtant, les allégations de la recourante quant aux difficultés rencontrées dans son travail sont cohérentes avec les limitations alléguées dans la sphère ménagère, telles qu'elles ressortent de ses déclarations aux experts et du dossier, à savoir qu'elle peine à s'occuper de son ménage, qu'elle doit fractionner en se reposant après 30 ou 45 minutes d'effort (certificat médical du Dr C_____ du 5 juillet 2019, rapport du Dr E_____ du 10 décembre 2019). Elle doit également se faire aider par son fils, tant pour les courses que le ménage (certificat médical du Dr C_____ du 17 avril 2019).

L'argumentation de l'expert rhumatologue, lorsqu'il retient que la recourante peut travailler à plein temps dans une activité adaptée du fait, en substance, qu'elle l'a fait, à 30%, durant une période limitée (avant de devoir réduire son taux) avec de grandes difficultés, fatigues et douleurs, peine ainsi à convaincre, d'autant plus que le rhumatologue traitant évalue, lui, la capacité de travail à 30% au maximum dans une activité adaptée (cf. notamment le rapport du 22 octobre 2021).

13.2.3 Au vu de ces éléments, le volet rhumatologique de l'expertise ne remplit pas les exigences jurisprudentielles en matière de preuve et ne permet pas de déterminer à satisfaction de droit la capacité de travail et de rendement de la recourante dans une activité adaptée, ni même d'indiquer si la fibromyalgie et la « possible » SpA Ax nRx revêtent un caractère invalidant. En effet, comme indiqué, la fatigue chronique, les douleurs et autres difficultés rencontrées par la recourante sont bien mentionnées par l'expert qui les considère comme crédibles et conformes au tableau clinique, mais elles ne sont à aucun moment prises en compte dans son analyse.

13.3 Concernant ensuite le volet psychique de l'expertise, ses lacunes relèvent essentiellement du fait que l'expert psychiatre se contente de poser un diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F31.0), non invalidant, en omettant l'essentiel des plaintes et déclarations de la patiente, ainsi que les

problématiques de comorbidités entre son propre diagnostic et ceux posés par le rhumatologue. Ainsi, par exemple, la question des douleurs et de leur gestion n'est pas abordée, y compris dans le cadre de « l'appréciation des capacités, ressources et difficultés » de la recourante, où l'expert se contente en substance d'indiquer que la capacité de travail de la recourante au motif psychique « est de 100% depuis toujours car il n'existe pas de psychopathologie incapacitante » et que « les difficultés de cette assurée sont des difficultés somatiques explorées dans un domaine différent du nôtre » (p. 41 et 42).

Cette analyse est par ailleurs mise à mal par le rapport de la psychiatre traitante qui, non seulement retient un diagnostic de d'épisode dépressif moyen (F33.1), mais aussi et surtout de nombreuses limitations fonctionnelles sous l'angle psychiatrique (notamment une diminution de l'endurance et de l'estime de soi ainsi qu'une anxiété croissante), niées par l'expert.

Les conclusions de ce volet de l'expertise apparaissent insuffisamment argumentées et omettent plusieurs éléments importants. De plus, ses lacunes ne sont pas compensées par la partie dite consensuelle de l'expertise, laquelle ne respecte pas non plus le cadre fixé par l'ATF 141 V 281.

13.4 En effet, l'une des plus grandes faiblesses de l'expertise réside dans l'absence d'analyse commune de la situation médicale, chaque expert s'étant essentiellement prononcé du point de vue de sa spécialisation. La partie de l'expertise intitulée « évaluation médicale interdisciplinaire » consiste ainsi essentiellement en la reprise, mot pour mot, des appréciations séparées de chacun des experts dans son domaine respectif. Les experts n'ont pas même discuté de l'interférence entre les différents troubles retenus, en particulier entre la fibromyalgie et les troubles psychiques.

Le seul paragraphe qui semble avoir fait l'objet d'un véritable consensus est intitulé « Discussion consensuelle des experts concernant la capacité de travail et, si nécessaire, la capacité de travail comme ménagère » et se contente de cumuler les incapacités retenues séparément par chacun des experts pour conclure, « consensuellement, au terme de l'expertise et rétroactivement », que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle depuis juin 2018 et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis septembre 2019 (du fait que l'état de santé serait stable depuis cette date selon le Dr C_____), sans explication complémentaire.

14. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que l'expertise ne permet pas de trancher de manière conforme au droit la question du caractère éventuellement invalidant des diverses atteintes, tant rhumatologiques que psychiques de la recourante et donc celle de sa capacité de travail résiduelle. Sa valeur probante n'est pas suffisante.

Pour autant, les rapports du rhumatologue et du psychiatre traitant, attestant d'atteintes à la santé et d'une capacité de travail maximale de 30% dans une

activité adaptée, ne suffisent pas non plus à trancher la cause eu égard à leur faible densité de motivation. Ils ne permettent pas de retenir des diagnostics clairs, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, 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 nouvelle expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, laquelle est confiée aux docteurs J_____ et K_____.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise de Madame A_____. Commet à ces fins le docteur J_____ et le docteur K_____. 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 le Dr D_____, le Dr C_____ et la Dresse I_____.

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

D. Charge le Dr J_____ 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 avril 2019 ?

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 avril 2019 ?

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 le contenu et les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du bureau d'expertises médicales (F_____) du 20 janvier 2021, notamment avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr C_____, notamment des 5 juillet 2019 et 3 avril 2020 et 22 octobre 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 Dr K_____ 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 Dr K_____ 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 avril 2019 ?

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 avril 2019 ?

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 le contenu et les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du bureau d'expertises médicales (F_____) du 20 janvier 2021, notamment avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse I_____ non daté, produit par la recourante avec son écriture du 29 octobre 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 J_____ 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
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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