RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3171/2019 **ATAS/733/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 juin 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ	recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, divorcée, mère de trois enfants nés en 1999, 2003 et 2006, travaillait en qualité de comptable à plein temps. Le 29 octobre 2003, elle a été victime d'un accident non professionnel à B_____/AG. Alors qu'elle était au volant, sa voiture a dérapé à la sortie d'un virage, quitté la route et effectué un tonneau avant de revenir, sens dessus dessous, sur la chaussée et de s'y immobiliser. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA, assureur-accidents de l'employeur.

2. Dans un rapport du 14 décembre 2003, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué que la mobilité de la colonne cervicale et thoracique était douloureuse et presque nulle dans tous les sens. S'y ajoutaient d'importantes douleurs à la pression (surtout des parties molles) dans la nuque et la ceinture scapulaire des deux côtés. Les constatations neurologiques ne révélaient rien de particulier, y compris pour les nerfs cervicaux. Aussi, ce médecin a posé le diagnostic de syndrome cervico-thoracique tendomyotique consécutif à un traumatisme cranio-cérébral. La thérapie consistait dans le port d'une minerve, la prise de médicaments et des séances de physiothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis le 29 octobre 2003, pour une durée indéterminée.

3. Le 26 janvier 2004, le docteur M. D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA/Bâle, a indiqué que l'accident du 29 octobre 2003 avait entrainé un traumatisme cranio-cervical, ainsi qu'une contusion de la colonne lombaire et thoracique. S'en était suivi un traitement conservateur (physio-thérapeutique et antalgique) qui n'avait pas permis à l'assurée de recouvrer sa capacité de travail qui était nulle depuis le jour de l'accident. Dans l'appréciation du cas, le Dr D_____ a indiqué qu'au vu du processus de guérison et de l'examen qu'il avait pratiqué le 26 janvier 2004, une tentative de reprise d'un travail de bureau lui paraissait exigible à 50 % dès le 19 février 2004, tout en précisant que si celle-ci se révélait infructueuse, une admission de l'assurée dans une clinique de réhabilitation serait inéluctable.

4. Le 28 janvier 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 mars 2004.

5. Le 16 février 2004, une tentative de reprise de l'activité professionnelle à 50 % s'est soldée par un échec en raison de fortes douleurs apparues à cette occasion.

6. Le 9 juillet 2004, les médecins de la clinique de réhabilitation de B_____ ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans leur établissement du 4 mai au 1er juin 2004. Elle présentait, outre des symptômes douloureux, une mobilité restreinte de la colonne cervicale dans toutes les amplitudes, des troubles de la concentration et des symptômes secondaires (sudation, nausées, résistance très limitée). Au terme du séjour de l'assurée, les mesures thérapeutiques qui lui avaient été proposées n'avaient permis d'atténuer ses douleurs que dans une mesure limitée. Sa résistance n'avait que peu progressé. Dans l'optique d'un retour à la vie professionnelle, une

psychothérapie ambulatoire était vivement recommandée. En l'état, sa capacité de travail demeurait nulle.

7. Dans un rapport du 15 mars 2005, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné que le dossier ne permettait pas de retenir une lésion cérébrale traumatique (également appelée commotion cérébrale) même légère, un tel diagnostic supposant, selon les classifications internationales, une perte de connaissance de courte durée (moins de 15 minutes) ou à tout le moins des altérations qualitatives ou quantitatives de la conscience, ainsi qu'un trou de mémoire (amnésie rétro- ou antérograde et brève perte de connaissance) de moins de 24 heures. Ces critères n'étaient pas réalisés dans le cas d'espèce et les examens neurologiques étaient sans particularité. Selon le Dr E_____, les constatations neuropsychologiques faites par les médecins de la clinique de réhabilitation de B_____ s'expliquaient plutôt par la symptomatologie douloureuse, ainsi que les troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 : F43.22) qui avaient été diagnostiqués dans cet établissement.

8. Par décision du 31 mars 2005, confirmée sur opposition le 10 novembre 2006, la SUVA/Bâle a fait savoir à l'assurée qu'au vu de l'appréciation du 15 mars 2005 du Dr E_____, l'accident du 29 octobre 2003 avait cessé de déployer ses effets. En effet, les plaintes actuelles étaient dépourvues de substrat organique au regard de cet événement et s'expliquaient pour des motifs psychiques dont l'assurance-accidents n'avait pas à répondre, compte tenu de la gravité tout au plus moyenne de l'accident. Aussi, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 17 avril 2005.

9. Le 5 août 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office AI du canton de Bâle-Campagne, indiquant qu'elle souffrait de maux de tête depuis l'accident du 29 octobre 2003.

10. Par arrêt du 8 août 2007, le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne, statuant sur le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition du 10 novembre 2006, a annulé cette dernière et condamné la SUVA à poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 17 avril 2005.

11. Par arrêt 8C_803/2007 du 3 septembre 2008, le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par la SUVA contre l'arrêt du 8 août 2007 du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne, faute de lien de causalité adéquat entre les plaintes subsistant après le 17 avril 2005 et l'accident du 29 octobre 2003.

12. Les 27 et 29 avril 2009, l'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire à la demande de l'office AI du canton de Bâle-Campagne. Dans leur rapport du 15 mai 2009, les docteurs F_____, G_____ et H_____, respectivement spécialiste en médecine interne, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et spécialiste FMH en neurologie, travaillant au sein d'un centre d'expertises médicales (Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH – ABI, sis à Bâle) ont retracé l'anamnèse de l'assurée, recueilli ses plaintes et posé les diagnostics suivants au

terme de leurs examens : en dehors de quelques affections sans effet sur la capacité de travail (phobies isolées [F40.2], troubles de l'adaptation, réaction dépressive légère en cas de conflits familiaux [F43.20], abus d'antalgiques [F19.1], exagération des plaintes et autolimitation), il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. Sur le plan de la médecine interne générale, la maladie cœliaque [K90.0] et la rhinite allergique [J30.4] n'étaient pas incapacitantes non plus. D'un point de vue neurologique, l'entorse du rachis cervical [S13.4], la contusion de la colonne thoracique et lombaire [S23.3, S33.5] et les céphalées post-traumatiques [G44.4] avaient une répercussion sur la capacité de travail. Depuis le 29 octobre 2003, jour de l'accident, celle-ci était réduite à 80 % dans l'activité habituelle en raison du syndrome cervical et de la chronicité des céphalées post-traumatiques. En l'absence d'atteintes incapacitantes relevant du domaine de la médecine générale et de la psychiatrie, il y avait lieu de considérer, d'un point de vue neurologique, que lesdites céphalées étaient à l'origine de la réduction de la capacité de travail à 80 %. Ainsi, dans l'activité habituelle d'aide comptable et dans toute activité adaptée (activité légère, comportant, par intermittence des tâches moyennement légères), le taux de capacité de travail/rendement était de 80 %. Toutefois, moyennant suivi d'une thérapie adéquate (physiothérapie avec exercices à domicile pour le syndrome cervical, complétés par un suivi neurologique pour les céphalées), ce taux pouvait être augmenté à 100 % au cours des mois à venir, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

13. Par projet de décision du 14 avril 2010 (remplaçant un premier projet du 30 décembre 2009), confirmé par décision du 28 mai 2010, l'office AI du canton de Bâle-Campagne a fait savoir à l'assurée que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées. Se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de l'ABI du 15 mai 2009, cet office a considéré qu'il était exigible que l'assurée exerce une activité à 80 %, qu'il s'agisse de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée. En se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit au tableau TA1, secteur privé, ligne « total », une femme pouvait réaliser, en 2004, un revenu mensuel de CHF 4'870.- (soit CHF 58'440.- par année) dans une activité de niveau 3. Compte tenu de la durée de travail s'élevant à 41.7 heures par semaine en 2004, il en résultait un revenu annuel avec invalidité de CHF 60'924.-, respectivement CHF 48'739.- à un taux de 80 %. En comparant ce dernier montant au salaire de CHF 61'100.- que l'assurée aurait obtenu auprès de son employeur en 2004, la perte de gain se montait à CHF 12'361.- et le degré d'invalidité à 20 %.

14. Statuant sur le recours interjeté le 2 juillet 2010 contre la décision de l'office AI de Bâle-Campagne, le Tribunal cantonal de ce même canton a rejeté celui-ci par arrêt du 24 février 2011. Non contesté, cet arrêt est devenu définitif.

15. Le 1er juillet 2011, l'assurée a transféré son domicile dans le canton de Genève.

16. En raison de ce changement, l'office AI du canton de Bâle-Campagne a transmis, le 5 juin 2013, le dossier AI de l'assurée à l'office AI du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

17. Le 11 juillet 2013, l'assurée a formé une demande auprès de l'OAI, ayant pour objet la prise en charge d'une perruque à titre de moyen auxiliaire.

18. Dans un rapport du 3 septembre 2013, le docteur I_____, spécialiste FMH en dermatologie, a indiqué que l'assurée souffrait d'une alopécie diffuse, de type androgénétique, nécessitant le port d'une perruque.

19. Par communication du 18 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les perruques ou cheveux postiches pour un montant de CHF 1'500.- au maximum par année civile, réparations et soins compris. Par conséquent, il prenait en charge une participation aux coûts de CHF 1'500.- (TVA incluse) lors de l'achat de la perruque mentionnée dans la facture n° 0613AV établie par un fabricant spécialisé. Des communications similaires ont été adressées à l'assurée au cours des années suivantes à un an d'intervalle environ, en vue d'une prise en charge renouvelée du même type de moyen auxiliaire.

20. Le 20 avril 2015, l'assuré a formé une demande de prestations auprès de l'OAI, précisant qu'elle souffrait de rachialgies en raison de l'accident de la circulation survenu le 29 octobre 2003. Depuis lors, son incapacité de travail avait oscillé entre 50 et 100 %.

21. Le 22 avril 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il considérait son envoi du 20 avril 2015 comme une nouvelle demande, dans la mesure où le droit aux prestations sollicitées avait déjà fait l'objet d'une décision en décembre 2009 (recte : 28 mai 2010). Aussi, il incombait à cette dernière de faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision.

22. Le 12 mai 2015, l'OAI a reçu notamment :

    - un certificat du 6 septembre 2011 du Dr C_____, attestant que l'assurée présentait une incapacité de travail d'au moins 50 % qui remontait au moins au début de l'année 2007 ;

    - un rapport du 1er juillet 2014 du docteur J_____, radiologue à la Clinique générale Beaulieu, relative à un bilan radiologique de la colonne cervicale, effectué le 30 juin 2014, objectivant sur le plan statique, une aggravation de la courbure cervicale (cyphose cervicale centrée sur l'espace intersomatique C5-C6) et concluant à une anomalie statique et unco-discarthrose C5-C6, susceptibles de se répercuter sur les espaces foraminaux adjacents. S'y ajoutait une possible séquelle d'entorse cervicale C4-C5 avec un aspect compatible avec un arrachement osseux antérieur, un antélisthésis de C4 sur C5 et une angulation sagittale de moins de 10°, centrée au même niveau C4-C5 ;

- un courrier du 10 décembre 2014 du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, transmettant à Maître L_____, avocat bâlois de l'assurée, le rapport du 1er juillet 2014 du Dr J_____ avec les commentaires suivants : la question des symptômes actuels en lien ou non avec l'ancien traumatisme restait délicate. En effet, la présence de lésions de type arthrose C5-C6 pouvait expliquer les douleurs actuelles, mais il convenait de noter que l'arthrose C5-C6 était déjà présente sur les radiographies réalisées à l'époque de l'accident, alors que l'assurée ne souffrait ni de cervicalgies, ni de céphalées, ni de tensions musculaires. Il était vraisemblable que l'entorse cervicale ait décompensé les problèmes d'arthrose comme cela se voyait souvent. Compte tenu de l'ensemble des éléments qui avaient été portés à sa connaissance et selon l'examen qu'il avait effectué, le Dr K_____ considérait que le lien de causalité entre les symptômes actuels et l'accident du 29 octobre 2003 était très probable ;

- un courrier du 10 mars 2015 de la doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, informant le Dr K_____ qu'elle avait vu et examiné l'assurée qui était lourdement handicapée par son ancien traumatisme cervical avec, depuis environ un an, des douleurs invalidantes à la charnière cervico-occipitale et une importante limitation fonctionnelle cervicale ;

- un rapport du 11 mai 2015 du Dr K_____ à l'OAI, indiquant qu'il suivait l'assurée depuis 2011 pour des cervicalgies invalidantes en lien avec un accident de la circulation survenu le 29 octobre 2003. Comme il ressortait du courrier qu'il avait adressé à Me L_____ le 10 décembre 2014, le bilan radiologique faisait état de séquelles d'une entorse cervicale entrainant des cervico-rachialgies et céphalées de tension sévères, malgré l'ensemble des moyens thérapeutiques mis en œuvre. Même si l'assurée mettait tout en œuvre pour retrouver une activité professionnelle, elle n'était actuellement pas capable d'exercer une activité à 100 % en raison de ses symptômes cervico-brachiaux. Aussi, il apparaissait justifié que l'OAI entre en matière sur la demande de prestations du 20 avril 2015, la situation médicale étant « consolidée » après plus de dix ans.

23. Par avis du 11 janvier 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'une modification de l'état de santé n'avait pas été rendue objectivement plausible. En effet, les céphalées de tension décrites par le Dr K_____ faisaient partie des diagnostics mentionnés dans l'expertise pluridisciplinaire du 15 mai 2009. À cet égard, les informations fournies récemment ne suffisaient pas à rendre plausible une modification de l'état antérieur. Quant aux douleurs nucales, elles n'étaient pas nouvelles. Il était en effet clairement écrit dans le volet neurologique de ladite expertise que l'assurée souffrait de douleurs nucales irradiant dans le dos, les oreilles, la tête et le cou.

24. Par projet de décision du 25 janvier 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 20 avril 2015, motif pris que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

25. Le 26 février 2016, l'OAI a reçu de nouveaux documents :

    - un compte rendu d'hospitalisation du 13 novembre 2015 (« lettre de sortie »), relatif au séjour que l'assurée avait effectué du 9 au 13 novembre 2015 au sein du service de médecine interne et de réhabilitation des HUG, faisant état d'une augmentation des douleurs cervico-dorso-lombaires depuis un mois, sans facteur déclenchant clair ;

    - un rapport du 25 janvier 2016 dans lequel le Dr K_____ indiquait que les troubles mécaniques de la colonne cervicale, faisant suite à l'entorse cervicale du 29 octobre 2003, s'étaient aggravés au cours des dernières années en prenant la forme de blocages itératifs et de douleurs sévères invalidantes. Depuis l'accident du 29 octobre 2003, il n'y avait pas d'autres maladies ou états maladifs qui influençaient l'état de santé de l'assurée, hormis une discarthrose C5-C6, due à cet accident, qui s'était développée au fil des années ;

    - un rapport du 5 février 2016 dans lequel le docteur N_____, radiologue FMH auprès de la Clinique générale Beaulieu, mentionnait que l'IRM de la colonne cervicale pratiquée le 4 février 2016 permettait de conclure à des troubles de la statique cervicale avec discopathies C5-C6 et C6-C7, associées à des protrusions discales postérieures compatibles avec des séquelles d'entorse cervicale post-traumatique.

26. Par avis du 18 mars 2016, le SMR a estimé que l'admission aux HUG du 9 au 13 novembre 2015, dans le cadre de l'aggravation des cervicalgies chroniques post AVP [accident de la voie publique], le bilan IRM mettant en évidence des discopathies C4-C5 et C5-C6, qui n'étaient pas décrites en 2009, ainsi qu'une suspicion d'arrachement osseux C5, rendaient plausible l'aggravation de l'état de santé de l'assurée.

27. Dans un rapport du 13 juin 2016 à l'OAI, le Dr K_____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée, qui était totale depuis le début du suivi en 2011, était due à des cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs aggravés par les séquelles de l'accident du 29 octobre 2003. Les restrictions actuelles (pas d'activité uniquement en position assise/debout, en terrain irrégulier, en porte-à-faux, les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, sur une échelle/échafaudage, ou impliquant le soulèvement/port de charges de plus de 5 kg ou encore des montées d'escaliers) pouvaient être réduites par des mesures médicales et l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail si l'assurée se soumettait à une opération. Le Dr K_____ a annexé notamment les documents suivants à son rapport :

- un « avis de sortie » du 13 novembre 2015 des HUG, rappelant le motif d'hospitalisation du 9 au 13 novembre 2015 (cervico-dorso lombalgies chroniques en « acutisation » [NDR : aggravation]), posant le diagnostic principal de cervicalgies chroniques avec antélisthésis C4/C5, possible arrachement osseux C5 et discarthrose C5-C6 et les diagnostics secondaires de lombalgies chroniques avec inclinaison de 5 mm du bassin à gauche et d'anémie hypochrome microcytaire ;
- un rapport du 24 mai 2016 de l'IMGE (Imagerie Moléculaire Genève), indiquant qu'une scintigraphie osseuse avec SPECT/CT, pratiquée le 23 mai 2016, permettait de conclure à une inversion de la lordose cervicale physiologique, ainsi qu'à une hyperfixation légère C5-C6 correspondant à des troubles dégénératifs sur discopathie ;
- un courrier du 2 juin 2016 du docteur O_____, neurochirurgien, adressé au Dr K_____, indiquant que l'assurée souffrait de discopathies dégénératives précoces possiblement post-traumatiques sur les étages C5-C6 et C6-C7, couplées à un pseudo-spondylolisthésis C4-C5. L'inversion de la lordose cervicale, également constatée, impliquait des raideurs ainsi que des douleurs rachidiennes. Objectivement, l'examen neurologique était très rassurant, malgré un inconfort paravertébral cervical surtout à droite avec des possibles signes d'arnoldite. Pour le reste, il n'y avait pas de vrai déficit sensitivomoteur ni de syndrome déficitaire, à l'exception d'une discrète abolition du réflexe achilléen. Enfin, le Dr O_____ partageait tout à fait l'avis du Dr K_____ pour dire qu'à terme, au vu de l'échec des options conservatrices, un traitement chirurgical pouvait être une option défendable. Cependant, il n'y avait pas lieu de précipiter une telle intervention, l'examen neurologique étant rassurant, l'inconfort fluctuant et l'assurée pas tout à fait décidée à franchir le pas.

28. Dans un rapport du 22 décembre 2016, le Dr P_____, neurologue, a adressé au Dr K_____ un compte rendu de la consultation qu'il avait donnée à l'assurée le 20 décembre 2016. L'examen clinique neurologique était à considérer comme normal, même si l'on notait une tendance aux pieds creux, des douleurs à la palpation de l'angulaire de l'omoplate des deux côtés et à l'émergence des deux nerfs d'Arnold. On se trouvait aujourd'hui à treize ans de l'événement traumatique en cause. Celui-ci pouvait être considéré tout de même de gravité moyenne à importante au vu de sa description. Avec une évolution clinique ordinaire, on aurait dû s'attendre à une diminution, voire à une disparition, de la plupart des symptômes dans l'année consécutive à l'accident, même si on savait que des symptômes résiduels mineurs pouvaient subsister parfois pendant plusieurs années. Il n'était cependant pas exclu que d'autres facteurs personnels liés à l'histoire de l'assurée, à l'émigration ou à des éléments que le Dr P_____ ne connaissait pas, jouaient un rôle délétère dans l'évolution actuelle. Un état de stress post-traumatique treize ans après l'événement en cause n'était pas habituel vu l'absence de lésions établies. Aussi, le Dr P_____ avait plutôt l'impression qu'il s'agissait d'un syndrome douloureux chronique lié en

partie aux suites de cet accident et probablement à d'autres facteurs de vie, ainsi qu'à des facteurs dégénératifs décrits sur les éléments radiologiques.

29. Par courrier du 9 mai 2017 à l'OAI, le Dr K_____ a complété son rapport du 13 juin 2016 dans le contexte des cervicalgies post-traumatiques qu'il y évoquait. Depuis lors, des céphalées s'étaient développées, accompagnées de vertiges qui avaient été évalués par le Dr P_____ le 22 décembre 2016. De plus, une prise en charge psychiatrique avait été mise en place auprès de la doctoresse Q_____, psychiatre, en raison d'un état dépressif sévère réactionnel. Ces symptômes de plus en plus sévères avaient empêché l'assurée de mener à bien sa réadaptation en raison de troubles mnésiques et de la concentration. Dans ces circonstances, le Dr K_____ ne voyait pas l'assurée reprendre une activité à 50 %.

30. Dans un rapport du 18 mai 2017 à l'OAI, le Dr P_____, qui s'était chargé du suivi de l'assurée du 20 décembre 2016 au 8 mai 2017, a indiqué que le syndrome douloureux chronique constituait la cause de l'incapacité de travail de 50 % au cours de cette période. De son point de vue, les discopathies cervicales avec spondylolisthésis C4-C5 étaient sans effet sur la capacité de travail.

31. Dans un rapport du 12 septembre 2017, la Dresse Q_____ a indiqué que tous les renseignements détaillés avaient déjà été largement donnés dans des rapports précédents établis par les différents médecins qui avaient examiné et/ou traité l'assurée.

32. Par avis du 20 décembre 2017, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique avec consilium entre les deux spécialités.

33. Le 21 mars 2018, l'assurée, agissant par la voix de son conseil, a fait savoir à l'OAI qu'elle entendait être associée à la désignation des experts.

34. S'en sont suivis plusieurs échanges entre l'OAI et l'assurée, au cours desquels l'assurée a fait part de son désaccord au sujet de divers experts proposés par l'OAI, sans que ses contrepropositions ne recueillent l'assentiment de l'OAI ou des experts proposés.

35. Le 18 octobre 2018, l'assurée a fait savoir qu'elle acceptait que l'expertise soit réalisée par les doctoresses R_____ et S_____, respectivement rhumatologue et psychiatre auprès du Bureau d'expertises médicales-Vevey (BEM-Vevey), dont les noms avaient été proposés par l'OAI.

36. Le 10 décembre 2018, les expertes ont rendu leur rapport sur la base d'examens somatique et psychiatrique pratiqués le 6 novembre 2018, d'une synthèse du dossier et d'une évaluation consensuelle tenant compte de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée. Au plan somatique, celle-ci présentait principalement une cervicarthrose sans radiculopathie ni myélopathie. Il s'agissait là d'une atteinte dégénérative fréquente dans la population, que l'assurée présentait déjà sous une forme modérée en 2003. Depuis les clichés de 2005, ceux de 2014, complétés par des IRM, ne permettaient pas d'admettre l'évolution d'une discarthrose érosive, congestive ou

compressive. Les lésions observées ne menaçaient pas les structures adjacentes. La musculature adjacente n'était pas atrophique, ce qui attestait d'une mobilisation active régulière, en dépit des altérations discales. L'assurée présentait également une spondylarthrose étagée dorso-lombaire, connue également à un stade modéré en 2003 ; celle-ci était sans répercussions neurologiques compressives et ne donnait lieu ni à un syndrome lombaire ni à des dysfonctions segmentaires dorsales. En définitive, l'évolution des deux diagnostics précités – qui déterminaient les limitations fonctionnelles depuis 2003 – avait été stable au cours des quinze années écoulées. En conséquence, la Dresse R_____ n'avait pas d'argument probant pour attester d'une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise de l'ABI du 15 mai 2009 sur laquelle se fondait la décision du 28 mai 2010 de l'office AI du canton de Bâle-Campagne. Quant aux limitations fonctionnelles évoquées en 2003, elles restaient d'actualité ; l'assurée ne devait porter ni charges supérieures à 5 kg de manière répétitive, ni charges supérieures à 8 kg de manière occasionnelle. Dans une activité légère, principalement sédentaire, mais permettant des changements de position – critères auxquels répondait son ancienne activité d'aide-comptable –, la capacité de travail était totale, mais avec une diminution de rendement de 20 % « inhérente aux épisodes plus aigus ». Pour le reste, ni l'alopécie androgénique – qui était stable – ni la cœliakie n'avaient de répercussion sur la capacité de travail. Les antécédents (status post accident de la voie publique le 29 octobre 2003 avec distorsion cervicale de degré I, contusions dorso-lombaires et dermabrasions cutanées, périarthrite scapulo-humérale droite [PSH ; en 2012] actuellement calme, appendicectomie à l'âge de 24 ans, trois césariennes), n'impliquaient pas de limitations fonctionnelles supplémentaires.

Au plan psychique, il n'y avait pas de diagnostic ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles. Des traits histrioniques et narcissiques étaient présents, mais leur intensité était insuffisante pour retenir un trouble de la personnalité.

Évaluant les ressources et « facteurs de surcharge », les expertes ont noté, au plan somatique, que l'assurée gardait un excellent état général, restait vive et démontrait une gestuelle harmonieuse de son appareil locomoteur. En dépit de l'état douloureux annoncé, elle avait gardé un relief musculaire bien dessiné qui attestait d'une condition physique bien maintenue et lui permettait de se promener sans limitation. L'assurée faisait également des exercices de tonification et de stretching qui avaient contribué à diminuer puis à stopper la consommation d'antalgiques, ce qui reflétait la présence de ressources disponibles. Au plan psychique, l'intensité des plaintes (aux dires de l'assurée, la douleur rendait impossible toute activité professionnelle à plus de 40 %), mise en regard avec ce qui était objectivé (absence de signe d'inconfort pendant deux heures, pas de limitation dans les mouvements et les déplacements, bon fonctionnement dans le quotidien, loisirs bien maintenus et vacances annuelles au Kosovo) témoignait de ressources résiduelles qui permettaient d'envisager une activité professionnelle à plein temps, sans diminution de rendement.

Se livrant au « contrôle de la cohérence », les expertes ont estimé, au plan somatique, que le haut niveau d'impotence fonctionnel « qui ne [cessait] de s'aggraver », décrit par l'assurée, n'entrainait pas de limitation uniforme dans tous les domaines de la vie. Malgré une capacité de travail que l'assurée évaluait à 30-40 % au maximum, celle-ci n'en décrivait pas moins des journées de « mère de famille […] active ». Même si elle affirmait recevoir un peu d'aide de la part de sa sœur pour passer l'aspirateur ou repasser le linge au besoin, elle gérait très bien le reste du ménage, la préparation des repas et les lessives. Elle pouvait amener ses enfants à leurs activités parascolaires, ce qui lui permettait d'en « profite[r] pour marcher ». Quinze ans après l'accident du 29 octobre 2003, il n'y avait pas d'argument clinique ou radiologique pour soutenir que la situation s'était notablement aggravée. Il existait un hiatus, déjà relevé par les médecins de l'ABI et le neurologue traitant actuel, entre les plaintes et les constatations, de sorte qu'un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux avait été avancé pour ces raisons. Au plan psychique, les pertes de fonctionnalité dont se plaignait l'assurée n'étaient ni cohérentes ni plausibles. Elle gérait seule un ménage avec trois adolescents, s'occupait des courses, des repas, d'une partie du ménage et amenait ses enfants à leurs activités extra-scolaires. Elle marchait quotidiennement, lisait volontiers et traduisait des textes de français en albanais, allemand et anglais, ceci dans le but d'améliorer la maîtrise de ces langues. Une fois par année, elle se rendait au Kosovo avec ses enfants, ses sœurs et leurs familles respectives pour y passer des vacances et rendre visite à la parenté restée au pays. La fatigue, les algies et les troubles de la concentration, évoqués par l'assurée, n'avaient pas pu être objectivés le jour de l'expertise.

En synthèse, les expertes ont estimé de manière consensuelle que sur le plan psychique, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité correspondant à ses compétences, sans diminution de rendement. Depuis la dernière décision de l'office AI du 28 mai 2010, la situation sur le plan somatique et psychique ne s'était guère modifiée et ne pouvait justifier une incapacité de travail de longue durée. Dans la dernière activité exercée (aide-comptable), qui était adaptée, la capacité de travail exigible était de 100 %. En revanche, si l'assurée était amenée à travailler en permanence devant un écran d'ordinateur, il en résulterait une diminution de rendement de 20 % – par rapport à une personne ne souffrant pas d'atteintes dégénératives rachidiennes –, qui serait motivée par des changements de position plus fréquents et des périodes de repos plus longues.

37. Par avis du 19 décembre 2018, le SMR a estimé au vu du rapport d'expertise du 10 décembre 2018 que depuis la dernière décision du 14 avril 2010 (recte : 28 mai 2010), il n'y avait aucun élément médical objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique. Les atteintes à la santé incapacitantes consistaient en une cervicarthrose modérée et une spondylarthrose étagée dorso-lombaire modérée. Au vu de ces éléments, la capacité de travail de l'assurée restait entière dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles de son rachis (pas de port de charges supérieures à 5 kg de manière répétitive, ni de charges supérieures à 8 kg de manière occasionnelle, pas de porte-à-faux du tronc et alternance des positions). Étant donné que son ancienne activité d'aide-comptable tenait compte de ces limitations, la capacité de travail y était totale, sans baisse de rendement. En revanche, dans le cas d'une activité administrative impliquant en permanence du travail à l'ordinateur et sans autre activité, il était possible de reconnaître une baisse de rendement de 20 % pour permettre des périodes de repos plus fréquentes et des changements de position.

38. Dans un rapport du 12 février 2019, consécutif à une consultation donnée le même jour à l'assurée, le Dr P_____ a indiqué que le tableau clinique s'était nettement aggravé depuis 2010, cette aggravation étant surtout marquée par l'apparition d'un syndrome douloureux chronique quotidien « qui [avait] même fait le désespoir de certains médecins qui avaient introduit de la morphine pendant plusieurs semaines, [laquelle ne soulageait que quelques heures durant et avait] entraîné un syndrome morphinique dépendant » avec des difficultés de sevrage à la clé. La symptomatologie clinique neurologique était caractérisée par une asthénie extrême et des douleurs quotidiennes. L'assurée était actuellement sous traitement de Trittico, médicament qui serait prochainement porté à 150 mg, mais qui n'avait pas révélé d'efficacité particulière jusqu'à présent. En conclusion, il y avait une aggravation clinique liée à un changement de diagnostic dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique.

39. Le 26 février 2019, la Dresse Q_____ a apporté un complément d'information au rapport du 12 février 2019 du Dr P_____. Elle voyait très régulièrement l'assurée depuis 2015 et confirmait que le tableau clinique de l'assurée s'était aggravé au cours de ces dernières années. Le syndrome douloureux chronique était très difficile à traiter, comme le soulignait le Dr P_____. En outre, ce syndrome avait d'importantes répercussions sur l'état psychique, avec un sentiment de détresse, d'impuissance et de découragement, une peur de l'avenir et une grande souffrance morale. Il était « évident » que sa capacité de travail n'était pas entière.

40. Le 11 mars 2019, le Dr K_____ a indiqué avoir pris connaissance du rapport d'expertise du 10 décembre 2018, de l'avis SMR du 19 décembre 2018 et des rapports des 12 et 26 février 2019 des Drs P_____ et Q_____. Après avoir noté que les experts ne retenaient pas d'aggravation objective de l'état de santé depuis 2010, tant sur le plan somatique que psychiatrique, le Dr K_____ a indiqué qu'il avait constaté, pour sa part, qu'un syndrome douloureux en partie invalidant s'était installé progressivement au fil des ans. Selon lui, il ne faisait pas de doute que l'assurée avait tout mis en œuvre pour tenter de retrouver une activité qui fût adaptée à ses compétences. Cependant, les cervicalgies fluctuantes et les symptômes liés au syndrome somatoforme douloureux l'empêchaient véritablement de fonctionner normalement, contrairement à l'avis des experts qui banalisaient ses limitations fonctionnelles. La Dresse Q_____ avait bien décrit sa détresse morale qui était préoccupante pour sa santé psychique. Aussi, le Dr K_____ considérait

que la décision de l'OAI était « abrupte, sans nuance et véritablement sujette à caution ». Comme il l'avait déjà indiqué par le passé, il était évident que la capacité de travail de l'assurée n'était pas entière.

41. Par pli du 14 mars 2019 à l'OAI, l'assurée a soutenu que le rapport d'expertise du 10 décembre 2018 comportait un nombre conséquent d'erreurs d'ordre factuel dans la manière dont ses propos avaient été retranscrits. De manière générale, elle ne se reconnaissait aucunement dans une description selon laquelle elle présenterait un excellent état général apparent, serait vive, sans démontrer de signes extérieurs de souffrance. Aussi, les nombreuses inexactitudes de ce rapport empêchaient d'en reconnaître la valeur probante et impliquaient la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

42. Par avis du 28 mars 2019, le SMR a indiqué que le complément d'information du 26 février 2019 de la Dresse Q_____ n'avançait aucun élément clinique objectif à même de justifier une incapacité de travail totale. Quant au rapport du 12 février 2019 du Dr P_____, il y avait lieu de remarquer que l'experte rhumatologue R_____ avait tenu compte de la période d'administration de morphine entre 2015 et la mi-août 2018. En définitive, les douleurs quotidiennes, ainsi que l'asthénie (symptômes signalés déjà en 2003), avaient été prises en compte « lors de la dernière expertise ». Au vu de ces éléments, les rapports des Drs Q_____ et P_____ n'étaient pas susceptibles de modifier l'avis SMR du 19 décembre 2018.

43. Par projet de décision du 4 avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 20 avril 2015, faute d'aggravation de l'état de santé depuis 2010.

44. Dans une note du 4 janvier 2019, l'OAI a retenu que le statut d'active reconnu dans la décision du 14 avril 2010 (recte : 28 mai 2010) n'avait pas changé.

45. Le 16 mai 2019, l'assurée a contesté le projet de décision du 4 avril 2019 et soutenu que sa capacité de travail n'était en aucun cas entière, pour les motifs exposés dans son courrier du 14 mars 2019 et les rapports des 12 février 2019, 26 février 2019 et 11 mars 2019 de ses médecins traitants.

46. Par avis du 11 juin 2019, le SMR a estimé que dans son rapport du 11 mars 2019, le Dr K_____ n'avançait aucun élément médical clinique objectif pour justifier sa prise de position. En tout état de cause, les douleurs ressenties par l'assurée avaient été prises en compte par les expertes et les indicateurs topiques analysés. Ainsi, le rapport de ce médecin n'était pas de nature à modifier l'appréciation que le SMR avait faite le 19 décembre 2018.

47. Par décision du 27 juin 2019, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, motif pris que les pièces médicales produites à la suite du rapport d'expertise du 10 décembre 2018 ne faisaient état d'aucun élément objectif dont il n'aurait pas été tenu compte dans l'évaluation du cas. Pour le surplus, les critiques formulées à l'encontre de ladite expertise n'étaient pas de nature à remettre en cause sa valeur probante.

48. Le 27 juin 2019, la doctoresse T_____, cheffe de clinique auprès des centres ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie intégrés (CAPPI Eaux-Vives), a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 15 mai 2019 – date marquant le début de sa prise en charge par le CAPPI Eaux-Vives – et ce jusqu'au 14 juillet 2019.

49. Dans un rapport du 10 juillet 2019, la Dresse T_____ a précisé que l'assurée bénéficiait, depuis le 15 mai 2019, de soins ambulatoires intensifs en raison d'une péjoration anxio-dépressive atteignant une intensité clinique d'épisode dépressif sévère, ainsi que des douleurs chroniques à caractère post-traumatique invalidant. Son incapacité de travail était complète depuis lors. Elle avait été adressée au CAPPI par la Dresse Q_____ en raison d'une péjoration clinique tant sur le plan psychique que physique qui avait nécessité une prise en charge au service des urgences de la clinique des Grangettes, ainsi que la mise en place d'un traitement morphinique pour atténuer ses douleurs aiguës. S'agissant de l'état psychique, le CAPPI Eaux-Vives avait reçu l'assurée dans son « programme de crise », en raison de l'apparition d'idées noires et suicidaires en parallèle d'une péjoration thymique prononcée et d'un état clinique marqué par une thymie très triste, des affects très labiles, des pleurs importants, une aboulie et une anhédonie partielles, un élan vital diminué avec fatigue diurne importante, un ralentissement psychomoteur modéré avec baisse de la vigilance, ainsi qu'une diminution très importante de la capacité de concentration. On notait un isolement social important, un sommeil perturbé avec des réveils nocturnes, un appétit fluctuant, une baisse de l'estime de soi et un sentiment de dévalorisation très important. Depuis le début de sa prise en charge au CAPPI Eaux-Vives, l'assurée bénéficiait d'un suivi médical hebdomadaire, complété par un suivi infirmier une à deux fois par semaine et par une prise en charge groupale de parole et à médiation corporelle avec au total 5 à 6 espaces thérapeutiques par semaine. Le CAPPI Eaux-Vives avait introduit un changement sur le plan du traitement antidépresseur (traitement par Saroten) et observé un début de réponse clinique favorable. Cette médication était en voie d'ajustement. Actuellement, la posologie prescrite était de 75 mg par jour au coucher pour le Saroten et de 50 mg par jour au coucher pour le Trittico – qui était en voie de diminution en vue de son arrêt définitif.

    Concernant le diagnostic, la Dresse T_____ retenait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ainsi qu'un syndrome somatoforme douloureux, en partie invalidant, qui « se serait » progressivement installé au fil des années et qui était actuellement aggravé en raison de la péjoration de l'état de santé psychique. On pouvait constater que l'assurée avait traversé des difficultés d'intégration depuis son déménagement à Genève en 2011, en raison d'un faible réseau social et surtout de l'absence de démarche de réinsertion dans un cadre adapté, entreprise jusqu'à présent. Compte tenu de l'évolution chronique de sa maladie, la Dresse T_____ constatait qu'il existait une incapacité de travail qui avait été tantôt partielle, tantôt totale au cours des années qui avaient suivi

l'accident du 29 octobre 2003. L'assurée se disait même en quête d'une démarche de réinsertion professionnelle et d'un rythme d'activité régulier. Cela étant, lors des activités thérapeutiques, la Dresse T_____ avait observé des difficultés de concentration et un élan vital diminué avec une fatigabilité importante même après une activité thérapeutique d'une heure. Dans ce contexte et en tenant compte de l'évolution clinique actuelle qui était très lentement favorable, un transfert de l'assurée dans un autre programme du CAPPI était envisagé, ce dernier visant à rétablir l'assurée et à la mettre au bénéfice d'une prise en charge adaptée au plus long cours.

50. Dans un rapport du 8 août 2019, résumant le suivi ambulatoire dispensé du 15 mai 2019 au 17 juillet 2019, la Dresse T_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome douloureux chronique en partie invalidant qui se serait progressivement installé au fil des années, actuellement aggravé compte tenu de la péjoration de l'état psychique. Sous « autres diagnostics », elle a mentionné des cervicalgies chroniques post AVP avec antélisthésis C4-C5, discarthrose C5-C6 et possible arrachement osseux C5, ainsi que des dorso-lombalgies chroniques post AVP non déficitaires. Rappelant l'évolution du cas depuis 2003, la Dresse T_____ a indiqué que c'était dans le contexte d'une « décision de refus […] reçue en décembre 2018 » que l'assurée aurait développé un état de détresse très important et qu'elle aurait eu des idées suicidaires actives, ce qui n'était plus le cas. Évoquant le status psychiatrique à l'admission, la Dresse T_____ a indiqué que l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur modéré, était orientée, mais présentait une légère baisse de vigilance avec une fatigue importante au cours de l'entretien. Elle était globalement calme et « collaborante », son discours était globalement clair, cohérent et informatif malgré une maîtrise de la langue française partielle. On notait une thymie modérément à sévèrement triste et des affects labiles. Elle pleurait facilement au cours de l'entretien lorsque des sujets douloureux étaient évoqués. S'y ajoutaient une aboulie et une anhédonie partielles, un élan vital diminué, une fatigue diurne importante, des idées noires et suicidaires fluctuantes, mais pas scénarisées. Elle évoquait son espoir de voir sa situation s'améliorer et voyait ses enfants comme facteurs protecteurs. Elle se projetait favorablement dans l'avenir et cherchait à se soigner pour aller mieux et pouvoir retravailler. Son estime de soi était abaissée avec un sentiment de dévalorisation très important. Elle se sentait diminuée dans son rôle de mère et isolée socialement. Le sommeil était perturbé avec des réveils nocturnes. L'appétit était fluctuant, mais le poids relativement stable.

    À la fin du suivi ambulatoire (« status en fin de prise de soins »), l'assurée était légèrement angoissée mais « collaborante ». Tout en présentant un ralentissement psychomoteur léger, elle était orientée et vigilante. Sa capacité de concentration et son attention étaient légèrement à modérément diminuées. La mémoire était sans particularité. On notait une anxiété en toile de fond avec une tendance à la somatisation avec difficultés d'expression affective et tendance à l'évitement de la

confrontation. La thymie était légèrement à modérément triste, l'élan vital modérément amélioré. L'anhédonie et l'aboulie étaient partielles. Elle se projetait de manière plus positive dans l'avenir, mais la confiance en soi restait très faible. Il n'y avait pas d'idées noires ou suicidaires. L'assurée décrivait un peu plus de contacts sociaux à travers le CAPPI. Le sommeil et l'appétit étaient bons et il n'y avait pas de symptômes de la lignée psychotique.

51. Le 2 septembre 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre la décision du 27 juin 2019, concluant, principalement, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2015 avec intérêts moratoires sur les arriérés et, préalablement, à une audience de comparution personnelle des parties, à l'audition de la doctoresse U_____, psychiatre auprès du CAPPI Eaux-Vives, et enfin, à ce qu'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique fût ordonnée, le tout sous suite de frais et dépens.

    À l'appui de ses conclusions, la recourante a fait valoir en substance que contrairement aux expertes R_____ et S_____, ses trois médecins traitants – soit les Drs K_____, P_____ et Q_____ – ainsi que les médecins du CAPPI retenaient tous la présence d'un trouble somatoforme douloureux. D'un point de vue rhumatismal, ce n'était pas parce que ses plaintes n'étaient pas objectivables qu'elles pouvaient être purement et simplement ignorées. En ce qui concernait le volet psychiatrique, sa souffrance avait été très largement et arbitrairement ignorée par la Dresse S_____. Les critères de la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif sévère étaient manifestement remplis, ce que la Dresse T_____, cheffe de clinique auprès du CAPPI avait très clairement mis en évidence. L'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, était manifestement remplie, permettant ainsi de retenir un trouble somatoforme douloureux. Des limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée) apparaissaient de manière évidente.

    Au regard de ces éléments, le rapport d'expertise du 10 décembre 2018 ne parvenait pas à des conclusions convaincantes et les rapports médicaux établis par les Drs K_____, P_____, Q_____ et T_____ étaient autant d'éléments qui permettaient de mettre sérieusement en doute le travail réalisé par les deux expertes, ainsi que leurs appréciations.

52. Par réponse du 23 septembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et soutenu que le rapport d'expertise du 10 décembre 2018 remplissait tous les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant aux rapports des médecins traitants de la recourante, leur valeur probante était moindre, compte tenu du parti pris de ces praticiens en faveur de leur patiente. Il convenait également de rappeler que la jurisprudence dites des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure » s'appliquait de manière générale en matière d'assurances sociales, ce principe voulant qu'en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré(e) avait donnée alors

qu'il/elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications ultérieures pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures. Ainsi, les « erreurs d'ordre factuel dans la manière dont ses propos avaient été retranscrits », alléguées par la recourante, étaient insuffisantes pour remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 10 décembre 2018.

L'intimé a également versé au dossier un avis du 23 septembre 2019, dans lequel la doctoresse V_____, médecin SMR, prenait position au sujet des rapports des 10 juillet 2019 et 8 août 2019 de la Dresse T_____ et relevait que dans ce dernier document, le status décrit à la fin du suivi ambulatoire était plus rassurant que dans le premier rapport de ce médecin. Selon la Dresse V_____, ce status amélioré était compatible plutôt avec un épisode dépressif moyen, dans la mesure où l'anhédonie et l'aboulie étaient partielles, les idées suicidaires fluctuantes et non scénarisées. En outre, il n'y avait pas de perte d'espoir dans l'avenir. Enfin, il y avait lieu de relever que dans le rapport du 8 août 2019, il était indiqué qu'un état de détresse très important et des idées suicidaires actives étaient survenus suite à la décision de refus de l'AI reçue en décembre 2018. Aussi, la Dresse V_____ a retenu à l'examen
des nouvelles pièces versées au dossier qu'on était en présence d'une aggravation temporaire de l'état psychique dans un contexte « assécurologique ». Comme cette aggravation n'était ni notable ni durable, les conclusions précédentes du SMR restaient valables.

53. Le 29 novembre 2019, la recourante a répliqué et produit un rapport du 13 novembre 2019 de la doctoresse U_____, médecin interne au CAPPI Eaux-Vives, aux termes duquel la recourante avait poursuivi le suivi médical, infirmier et groupal au programme communautaire du CAPPI dès le 23 juillet 2019. Selon la Dresse U_____, la recourante présentait toujours des signes cliniques psychiatriques et cognitifs compatibles avec le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique. En parallèle, elle observait toujours un syndrome douloureux chronique en partie invalidant, qui se serait progressivement installé au fil des années et qui était aggravé compte tenu de l'état psychique actuel. L'évolution de la maladie psychiatrique de la recourante semblait actuellement se chroniciser et durer dans le temps. Sa capacité de travail était nulle depuis le début de la prise en charge au CAPPI.

    À la lumière de ce nouveau rapport, la recourante a souligné que les rapports successifs du CAPPI, établis les 10 juillet, 8 août et 13 novembre 2019, étaient en totale dissonance avec l'appréciation de l'experte psychiatre S_____, laquelle avait très largement et arbitrairement ignoré la souffrance de la recourante. Quant au rapport du 13 novembre 2019 de la Dresse U_____, il infirmait de manière explicite l'avis du 23 septembre 2019 de la Dresse V_____, qui n'était pas spécialiste en psychiatrie, mais en médecine interne.

54. Le 17 décembre 2019, l'intimé a dupliqué en précisant qu'il avait soumis le rapport du 13 novembre 2019 au SMR pour appréciation et que, dans la mesure où il

ressortait de l'avis du 16 décembre 2019 de la Dresse W_____, médecin SMR, que l'aggravation de l'état de santé de la recourante était postérieure à la décision litigieuse, elle ne pouvait entrer en considération pour se prononcer sur la légalité de cette dernière.

55. Par envoi spontané du 18 février 2020, la recourante a versé au dossier un rapport établi le 7 février 2020 par la Dresse U_____, aux termes duquel elle avait commencé sa prise en charge psychiatrique au CAPPI le 15 mai 2019 en raison d'une dépression sévère avec des idées de mort fluctuantes. Depuis cette date et jusqu'à ce jour, l'état dépressif de la recourante restait stationnaire et continu et nécessitait toujours une prise en charge médicale, infirmière et pluridisciplinaire.

    Selon la recourante, il s'ensuivait que contrairement à ce que soutenait l'intimé, cet état de dépression sévère avec des idées de mort fluctuantes était apparu avant le prononcé de la décision litigieuse.

56. Le 28 février 2020, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à l'intimé.

57. La chambre de céans a décidé de soumettre la recourante à une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique. À cette fin, elle a informé les parties, par courrier du 29 juin 2020, de son intention de nommer les docteurs X_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Y_____, spécialiste FMH en rhumatologie et joint les questions libellées dans la mission d'expertise.

58. Un délai au 24 juillet 2020 a été fixé aux parties pour faire valoir leurs éventuelles motifs de récusation à l'égard des experts ainsi que leurs remarques sur la mission d'expertise.

59. Les parties ont accepté les experts proposés ainsi que le libellé des questions contenues dans la mission d'expertise.

60. Le 15 avril 2021, le Dr X_____ a rendu son rapport d'expertise. La chambre de céans n'a pas communiqué aux parties une copie dudit rapport, car le consilium n'a pas pu avoir lieu.

61. Le 3 mai 2021, le Dr Y_____ a informé la chambre de céans qu'il ne pourrait finalement pas mener à bien cette expertise et qu'il y renonçait par conséquent.

    La chambre de céans a ainsi mandaté en lieu et place le docteur Z_____, rhumatologue.

    Les parties ont indiqué les 31 mai et 14 juin 2021 ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre du Dr Z_____.

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.

   Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante, singulièrement si une aggravation de son état de santé s'est produite entre le 28 mai 2010 et le 27 juin 2019, dates de la première, respectivement de la seconde décision de refus de prestations.

5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

   b. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et

comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

6. a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

b. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

   Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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

   Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

b. Dans un arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

9. S'agissant des indicateurs développés par le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), ils concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ils sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

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

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que

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

À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont relevants dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée 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.

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non

seulement aux limitations, mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

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

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

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

c/aa. 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).

c/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

c/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; 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. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

12. En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 28 mai 2010 avec celle existant au moment de la décision du 27 juin 2019 pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA.

    La décision du 28 mai 2010 se fondait sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de l'ABI du 15 mai 2009, aux termes duquel la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée – légère jusqu'à moyennement légère par intermittence – était de 80 % depuis le jour de l'accident, avec la possibilité d'une majoration du taux d'activité à 100 % au cours des mois à venir moyennant le suivi d'une thérapie adéquate – physiothérapie avec exercices à domicile pour le syndrome cervical, complétés par un suivi neurologique pour les céphalées. Sur la base de ces éléments, l'office AI du canton de Bâle-Campagne avait considéré que

l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 80 % et que le degré d'invalidité s'élevait à 20 % en 2004.

À la suite de la nouvelle demande déposée le 20 avril 2015, plus précisément de l'avis du 18 mars 2016, dans lequel le SMR estimait que l'aggravation des cervicalgies chroniques post AVP (ayant motivé une hospitalisation aux HUG du 9 au 13 novembre 2015), ainsi que le bilan IRM du 5 février 2016, rendaient plausible l'aggravation de l'état de santé de la recourante, l'intimé a ordonné une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique dans laquelle les expertes du BEM-Vevey ont estimé que neuf ans après les clichés de 2005, ceux de 2014, complétés d'IRM, ne permettaient pas d'admettre l'évolution d'une discarthrose érosive, congestive ou compressive qui aurait menacé les structures adjacentes, de sorte qu'il n'y avait pas d'argument probant pour attester d'une aggravation significative de l'état de santé somatique de la recourante depuis l'expertise de l'ABI du 15 mai 2009 sur laquelle se fondait la décision du 28 mai 2010 (expertise, p. 60). D'un point de vue psychiatrique, le fait d'évoquer d'autres sujets que les algies et de « se montrer alors souriante et tonique » (expertise, p. 77) infirmait un syndrome douloureux somatoforme persistant – les personnes souffrant de ce trouble présentant une humeur constamment abaissée et un discours tournant essentiellement autour des algies – mais correspondait à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques à laquelle s'ajoutaient des traits histrioniques et narcissiques de la personnalité, sans que l'on puisse retenir un trouble de la personnalité. Par ailleurs, les recherches pour un trouble anxieux, une anxiété généralisée, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose s'étaient révélées négatives. Enfin, l'échelle de dépression de Hamilton effectuée le jour de l'expertise (6 novembre 2018) montrait un score de 11 points, lequel était insuffisant pour retenir un épisode dépressif même léger.

Si d'un point de vue somatique, les rapports versés au dossier après le rapport d'expertise du BEM-Vevey du 10 décembre 2018 ne font pas état de changements dans les diagnostics, il n'en va pas de même d'un point de vue psychiatrique, compte tenu des soins ambulatoires intensifs prodigués par le CAPPI Eaux-Vives depuis le 15 mai 2019 en raison d'une péjoration anxio-dépressive atteignant, selon le rapport du 10 juillet 2019 de la Dresse T_____, l'intensité d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ainsi qu'un syndrome somatoforme douloureux actuellement aggravé, compte tenu de la péjoration de l'état psychique (dossier AI, doc. 226, pp. 782-783). Dans son avis du 23 septembre 2019, le SMR objecte certes qu'au terme de l'intervention ambulatoire du CAPPI – qui a pris fin le 17 juillet 2019 –, le second rapport de la Dresse T_____, du 8 août 2019, fait état d'une évolution favorable, de sorte qu'il n'y aurait eu, selon le SMR, qu'une aggravation temporaire de l'état psychique qui ne modifierait donc pas ses conclusions du 19 décembre 2018 (capacité de travail entière dans l'ancienne activité d'aide-comptable et dans toute

activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son rachis). Quoi qu'il en soit, la chambre de céans ne saurait se fonder sur l'avis du SMR du 23 septembre 2019 dont l'auteur, la Dresse V_____ n'est pas spécialiste en psychiatrie (cf. https://www.medregom.admin.ch/FR). Par ailleurs, l'appréciation de cette dernière, selon laquelle l'aggravation de l'état psychique n'aurait été ni notable ni durable repose sur des bases pour le moins ténues. À cet égard, l'intimé rappelle certes (à juste titre) que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Cela étant, le rapport du 10 juillet 2019 de la Dresse T_____ fait remonter l'état dépressif sévère et les douleurs chroniques à caractère post-traumatique invalidant au 15 mai 2019, date du début de l'intervention ambulatoire du CAPPI, de sorte que l'aggravation indiquée est antérieure à la décision litigieuse (27 juin 2019). Quant à la situation postérieure à cette dernière, elle a été marquée, dans un premier temps, par la fin de l'intervention ambulatoire du CAPPI (17 juillet 2019) et, dans un second temps, par le début du programme du CAPPI, « orienté sur le rétablissement », le 23 juillet 2019. Cependant, dans la mesure où pour la situation postérieure au 23 juillet 2019, la Dresse U_____ faisait toujours état, le 13 novembre 2019, de signes cliniques psychiatriques et cognitifs compatibles avec un état dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'une maladie psychiatrique semblant actuellement se chroniciser et durer dans le temps, on ne saurait suivre la Dresse V_____ en tant qu'elle affirme, le 23 septembre 2019, que l'aggravation ne serait ni notable ni durable et qu'ainsi les conclusions du SMR du 19 décembre 2018, elles-mêmes calquées sur le rapport d'expertise du BEM-Vevey, seraient toujours valables. Force est au contraire de constater que le volet psychiatrique de cette expertise ne tient pas compte de l'aggravation décrite par les deux médecins du CAPPI et qu'en conséquence, la chambre de céans ne saurait se fonder sur les conclusions de l'experte psychiatre S_____. Quant au volet rhumatologique du même rapport d'expertise, ce ne sont certes pas des rapports médicaux postérieurs à celui-ci qui remettent en question sa valeur probante, mais les contradictions qu'il comporte. En effet, dans son analyse de la cervicarthrose sans radiculopathie ni myélopathie, l'experte rhumatologue R_____ indique que « l'exigibilité dans un travail adapté reste de 80 % tout comme cela avait été déterminé lors de l'expertise de 2009 » (expertise, p. 31 et 33), alors qu'elle retient un peu plus loin que « dans une activité légère, principalement sédentaire, mais permettant des changements de positions, comme son activité d'aide-comptable le lui permettait […], la capacité de travail [lui] apparaît totale, sous réserve d'une diminution de rendement « de 20 % inhérente aux épisodes plus aigus » (expertise, p. 60). Bien que l'experte n'explique pas ce qu'il faut comprendre par « épisodes plus aigus », force est toutefois de constater que la justification avancée à l'appui de cette diminution de rendement est assortie d'explications qui tantôt en élargissent, tantôt en restreignent le champ. Ainsi, sous

le ch. 5.5.1, la Dresse R_____ admet que même si l'activité habituelle d'aide-comptable est adaptée (car elle est sédentaire et offre la possibilité d'alterner les positions), il y a lieu de retenir « une baisse de rendement de 20 % dans un tel poste si [la recourante] devait travailler à 100%. Cela pour augmenter les périodes de pause et l'alternance des positions » (expertise, p. 63) ou pour « permettre des changements de position plus fréquents » (expertise, p. 66). Or, dans le cadre de la discussion consensuelle des experts, il n'est question d'une diminution de la « CT de 20% » (NDR : probablement synonyme de « diminution du rendement de 20% » ; cf. pp. 36 et 66 de l'expertise) seulement si « Mme devait retravailler continuellement devant un écran d'ordinateur » (expertise, p. 37), sans qu'il existe de motivation à l'appui de cette appréciation plus restrictive, laquelle revient à ne pas reconnaître de diminution de rendement notamment dans l'activité habituelle puisque cette dernière n'impliquait pas un travail constant devant l'ordinateur (cf. expertise, p. 66). La chambre de céans relève également que dans son avis du 19 décembre 2018, le SMR s'est fondé sur cette dernière hypothèse, moins favorable à la recourante, et qu'il en a fait de même au niveau des charges admissibles, au sujet desquelles l'experte rhumatologue se contredit également ; cette dernière évoque tantôt des limitations fonctionnelles inchangées depuis 2003, en particulier la nécessité de ne pas porter de manière répétitive des charges supérieures à 5 kg et, de manière occasionnelle, de plus de 8 kg (cf. expertise, p. 60), et tantôt l'absence de port de charges de plus de 2 à 3 kg de manière régulière et de plus de 5 kg de manière occasionnelle (cf. expertise, pp. 63 et 66). Au vu de ces indications contradictoires quant à la diminution de rendement et l'ampleur des limitations fonctionnelles, « [l'absence] d'argument probant pour attester d'une aggravation signification de l'état de santé […] depuis l'expertise ABI du 15.05.2009 » (expertise, p. 60) apparaît d'autant moins fiable et étayée que la Dresse R_____ indique elle-même qu'elle ne disposait « pas des clichés scintigraphiques Spect/CT IMGE [du 24 mai 2016] évoqués par le Dr O_____ comme discrètement hypercaptants à l'étage C5-C6 », documents dont elle relativise cependant la portée, sans les avoir examinés, en affirmant que cela « pouvait traduire à ce moment-là d'une poussée active de cervicarthrose à cet étage […] » (expertise, p. 59).

13. Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise du BEM-Vevey est impropre à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'entre la décision du 28 mai 2010 et celle du 27 juin 2019, l'état de santé de la recourante ne se serait pas modifié de manière à influencer ses droits.

    La chambre de céans ordonnera en conséquence une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique de la recourante qu'elle confiera aux docteurs X_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Z_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

*****

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

I. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A_____.

Commet à ces fins les docteurs X_____, avenue _____, à Genève, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Z_____, place _____, à Genève, spécialiste FMH en rhumatologie. 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 les Drs U_____, Q_____, K_____ et P_____.

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

D. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée.

2. Plaintes de la personne expertisée.

3. Status clinique et constatations objectives.

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu).

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 L'état de santé s'est-il aggravé depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne et dans quelle mesure ?

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, en particulier depuis le 28 mai 2010, 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 de ses activités et de sa vie quotidienne ?

6.4 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. Personnalité (concerne l'expert psychiatre uniquement)

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

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de la personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

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

8. Ressources (concerne l'expert psychiatre uniquement)

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

a) psychique

b) mental

c) social

d) familial

9. Capacité de travail

9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité d'aide-comptable ?

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

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

9.1.3 Veuillez préciser si dans l'ancienne activité d'aide-comptable, le taux d'incapacité de travail et/ou le rendement se sont modifiés depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse.

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

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

9.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.2.3 Veuillez préciser si le taux d'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée et/ou le rendement dans une telle activité se sont modifiés depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse.

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

10. Traitement

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

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

10.3 Quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement médical et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise bi-disciplinaire du BEM-Vevey du 10 décembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail totale dans l'activité d'aide-comptable comme dans toute activité adaptée ? Si non pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins traitants (Drs T_____, U_____, Q_____, K_____ et P_____) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail diminuée voire nulle ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autre observations ou suggestions utiles.

E. Invite les experts à faire une **<u>appréciation consensuelle du cas</u>** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

La greffière Le président

Diana ZIERI Philippe KNUPFER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

ainsi que pour information au Dr X_____