RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3237/2020 **ATAS/1272/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 décembre 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LE LIGNON recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente
Jean-Pierre WAVRE, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée), née le _____ 1979, originaire du Kosovo (arrivée en Suisse en 1995) et naturalisée suisse en 2012, est mariée et mère de deux enfants nés en 2005 et 2009. Elle a travaillé pendant deux ans comme aide-infirmière, puis a occupé divers emplois dans la restauration, l'horlogerie et l'industrie. En dernier lieu, elle a été engagée comme secrétaire à 100% depuis le 20 novembre 2013 au salaire annuel de CHF 52'000.- dans l'entreprise fondée par son mari en septembre 2013, B_____ SA, laquelle a fait faillite en juin 2015.

2. Depuis le 10 février 2014, une incapacité de travail totale est attestée.

3. L'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) a rejeté, par décision du 16 novembre 2015, une première demande de prestations que l'assurée avait déposée en juin 2014. Par arrêt du 17 mai 2016, la chambre de céans a rejeté le recours de l'assurée contre cette décision.

4. Selon le rapport d'examens neuropsychologique des 30 mai et 7 juin 2017 de Monsieur C_____, neuropsychologue et docteur en psychologie, les examens mettaient en évidence un déficit d'attention modéré associé à un léger trouble de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives touchant particulièrement les aptitudes d'inhibition, de flexibilité mentale et de fluence (auto-activation) en modalité verbale. Les autres fonctions cognitives, touchant la mémoire de travail, la planification et le raisonnement, paraissaient préservées. Le tableau clinique était compatible avec un état dépressif de longue date et un état de fatigue massif et chronique, éventuellement liée à un problème d'origine organique entraînant un état dépressif réactionnel.

5. Selon le rapport du 3 juillet 2017 des docteurs D_____et E_____, pneumologues, l'assurée souffrait d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger, lié à des mouvements des membres inférieurs.

6. Selon le rapport de bilan de l'unité des troubles de l'humeur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) du 5 février 2018, l'assurée présentait un épisode dépressif d'intensité actuellement légère, un trouble panique avec agoraphobie et un trouble obsessionnel-compulsif essentiellement marqué par des compulsions de lavage.

7. En avril 2018, l'assurée a demandé une révision de la décision de refus de l'OAI, au motif que son état de santé s'était aggravé.

8. Dans son rapport du 4 mai 2018, la doctoresse F_____, rhumatologue FMH et médecin traitant, a attesté que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère, aggravé depuis novembre 2016, suite au décès subit de sa sœur, de troubles électrolytiques d'origine inconnue avec une baisse de potassémie et des crises tétaniques à répétition, d'asthme allergique et d'apnée du sommeil appareillé, ainsi que d'une fibromyalgie avec douleurs arthro-musculaires diffuses et invalidantes par moments. Elle était également suivie régulièrement par un pneumologue en raison

d'un nodule pulmonaire et des investigations étaient en cours en cardiogénétique en raison de plusieurs cas de mort subite dans la famille. L'incapacité de travail était totale depuis 2016. Il y avait des difficultés à trouver un traitement efficace pour la dépression et les troubles anxieux, en raison des antécédents de plusieurs morts subites chez les femmes de sa famille et des déficits en potassium avec malaises et crises.

9. Dans son avis médical du 14 mai 2018, la doctoresse G_____du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a considéré que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé pour des raisons essentiellement psychiatriques, au moins à partir de novembre 2016.

10. Selon le rapport du 17 mai 2018 du docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui suivait l'assurée depuis septembre 2016, l'assurée présentait un état dépressif chronique moyen à sévère, selon la période, et un trouble anxieux avec un trouble panique. À cela s'ajoutait une asthénie assez importante d'origine somatique inconnue, de sorte qu'elle était probablement due à l'état dépressif. En raison d'une tendance d'hypokaliémie chronique inexpliquée, le traitement antidépresseur avait été arrêté. L'incapacité de travail était totale et aucun traitement médicamenteux ne pouvait être envisagé. Une rente d'invalidité était dès lors justifiée.

11. Dans son rapport reçu le 18 juillet 2018 par l'OAI, le Dr H_____ confirme son rapport précédent et ajoute aux diagnostics un trouble obsessionnel compulsif et une agoraphobie associée au trouble panique. C'était l'asthénie qui empêchait essentiellement l'assurée de travailler. À cette limitation fonctionnelle s'ajoutaient des troubles de la concentration, une intolérance au stress et la tendance à faire des attaques de panique. La compliance était bonne, l'assurée venant très régulièrement aux séances de psychothérapie.

12. En août et septembre 2019, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire par les docteurs I_____, rhumatologue FMH, J_____, spécialiste en médecine interne FMH, et K_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics suivants: Autres troubles anxieux mixtes, dysthymie, syndrome douloureux somatoforme persistant, fibromyalgie, asthme allergique, syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger, hypokaliémie et hypophosphatémie d'origine indéterminée et de tabagisme. À titre de limitations fonctionnelles, ils ont mentionné des difficultés dans la gestion des émotions et, anamnestiquement, pour les tâches administratives, même si objectivement des signes de troubles cognitifs patents n'ont pas pu être constatés. Elle présentait aussi des difficultés dans les déplacements, dès lors qu'elle devait être accompagnée lorsqu'elle sortait, et une hypersensibilité au stress. À part le fait qu'elle s'autodévaluait et s'autolimitait par crainte des douleurs, ce qui était fréquent en cas de fibromyalgie et douleurs chroniques, il n'y avait pas de divergence entre les éléments de l'anamnèse, ceux versés au dossier et ceux constatés lors de

l'évaluation. Elle ne paraissait pas majorer ses plaintes psychiques et la description des activités quotidiennes était congruente aux plaintes. L'atteinte était uniforme dans tous les domaines de la vie. Cependant, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, l'assurée rencontrant une amie presque tous les jours et ayant des contacts quotidiens avec le reste de la famille. Elle avait paru fatiguée à l'expert-psychiatre, mais non pas aux autres experts. Sa capacité de travail était de 80% dans l'activité exercée jusqu'ici et de 100% dans une activité adaptée. Quant à l'hypokaliémie, d'origine rénale (tubulopathie), elle était substituée et les dernières valeurs étaient normales. Des investigations complémentaires étaient nécessaires pour préciser l'origine de la tubulopathie, de sorte qu'une décision définitive paraissait prématurée, même si cette atteinte n'était pas incapacitante.

13. Dans son rapport du 21 novembre 2019 au docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, la professeure M_____du service de néphrologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), a estimé que l'anamnèse proposait une maladie familiale. Il pourrait s'agir d'une hypokaliémie paradoxale, ce qui expliquerait les crises de tétanie et le bas niveau de potassium. Au niveau cardiologique, il n'y avait pas d'anomalie, selon les investigations en cardiologie.

14. Le 2 avril 2020, le Dr L_____ a informé l'OAI que la Pre M_____lui avait fait part le 31 mars 2020 qu'il n'y avait pas de variantes des troubles électrolytiques identifiée chez l'assurée. Les symptômes principaux de l'hypokaliémie étaient une fatigue importante, des vertiges associés à des crampes, des tétanies et des faiblesses aux quatre membres, ce qui restreignait fortement les activités de la vie courante.

15. Par courrier du 24 avril 2020, la Dresse F_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stable et qu'on attendait les résultats des tests pour rechercher une origine génétique de la tubulopathie. La patiente présentait des douleurs musculaires chroniques (avec des crises tétaniques dans le passé), une asthénie marquée et des palpitations. Les activités de la vie quotidienne lui étaient pénibles et elle devait faire constamment des pauses pour pouvoir accomplir les tâches ménagères, tout en étant aidée par son mari et ses enfants. À cela s'ajoutaient des difficultés de concentration. Elle était totalement incapable de travailler.

16. Dans son avis médical du 11 juin 2020, le docteur N_____ du SMR a constaté que l'état de santé de l'assurée était stable depuis l'expertise.

17. Le 30 juin 2020, l'expert en médecine interne s'est prononcé sur les investigations complémentaires et a constaté qu'il n'y avait pas de tubulopathie particulière et ni des traitements à envisager, hormis une substitution potassique. Les conclusions de l'expertise étaient toujours valables.

18. Dans son avis médical du 6 juillet 2020, le Dr N_____ du SMR a confirmé son précédent avis.

19. Le 6 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations.

20. Par décision du 14 septembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

21. Par acte daté du 14 septembre 2020 (recte octobre 2020), l'assurée a contesté cette décision et a conclu à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er octobre 2018, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de dépens. Elle a allégué qu'il n'était pas contesté qu'elle présentait une importante fatigue et une anxiété. Ces atteintes s'étaient aggravées au point que ses médecins lui avaient reconnu une incapacité de travail totale. Elle a en outre relevé que les experts avaient qualifié son état dépressif de léger uniquement en raison du fait qu'il était connu de longue date. Or, son état de santé s'était aggravé en 2016 suite au décès d'un membre de sa famille. L'expert psychiatre ne pouvait écarter le facteur déclencheur de l'aggravation.

22. Dans sa réponse du 11 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base de l'expertise.

23. Dans sa réplique du 1er décembre 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions, affirmant que cela faisait huit ans qu'elle ne pouvait pas travailler et que sa capacité de travail était nulle, ce qui pourrait être confirmé par ses médecins. Elle était incapable d'effectuer les travaux ménagers et devait utiliser des plats préparés à l'avance. Tous les jours, elle souffrait de douleurs aux muscles, au dos, à la nuque et aux poignets. Ayant mal en permanence, ce n'était pas à cause de la peur de la douleur qu'elle s'autolimitait, comme constaté dans l'expertise, mais la douleur elle-même. Le moindre effort faisait empirer son état et l'obligeait à se reposer immédiatement pour récupérer. De surcroît, les crises de tétanie n'avaient pas complètement disparu, en dépit du traitement de la tubulopathie, et revenaient au moindre effort. À cela s'ajoutait l'intense fatigue qui l'empêchait de mener une vie normale. Aucun traitement n'avait pu atténuer sa fatigue. Il y avait ainsi lieu d'examiner son incapacité de travail en tenant compte de sa réalité quotidienne, confirmée par les médecins qui la suivaient, et non seulement des diagnostics.

24. Le 18 août 2021, l'assurée a produit les certificats d'arrêts de maladie à 100% établis par la Dresse F_____ pour les mois de décembre 2020 à juillet 2021.

25. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. 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, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante.

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

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

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281

consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

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

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

9. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique

(ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Pour l'évaluation de la capacité de travail en cas de troubles psychiques, d'un syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables, il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

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

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

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

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

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

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

10. 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

    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. A 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 125 V 351 consid. 3).

12. 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.

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

b. 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).

c. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle

expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. En l'espèce, la recourante a été soumise en août et septembre 2019 à une expertise pluridisciplinaire par les Drs I_____, J_____ et K_____. Dans leur évaluation consensuelle, les experts émettent les diagnostics suivants: Autres troubles anxieux mixtes, dysthymie, syndrome douloureux somatoforme persistant, fibromyalgie, asthme allergique, syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger, hypokaliémie et hypophosphatémie d'origine indéterminée et de tabagisme. À titre de limitations fonctionnelles, ils font état de difficultés dans la gestion des émotions et, anamnestiquement, pour les tâches administratives, même si objectivement des signes de troubles cognitifs patents n'ont pas pu être constatés. Elle présente aussi des difficultés dans les déplacements, dès lors qu'elle doit être accompagnée lorsqu'elle sort, et une hypersensibilité au stress. À part le fait qu'elle s'autodévalue et s'autolimite par crainte des douleurs, ce qui est fréquent en cas de fibromyalgie et douleurs chroniques, il n'y a pas de divergence entre les éléments de l'anamnèse, ceux versés au dossier et ceux constatés lors de l'évaluation. Elle ne parait pas majorer ses plaintes psychiques et la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes. L'atteinte est uniforme dans tous les domaines de la vie. Cependant, il n'y a pas de perte d'intégration sociale, l'assurée rencontrant une amie presque tous les jours et ayant des contacts quotidiens avec le reste de la famille. Elle a paru fatiguée à l'expert-psychiatre, mais non aux autres experts. Sa capacité de travail est de 80% dans l'activité exercée jusqu'ici et de 100% dans une activité adaptée. Quant à l'hypokaliémie, elle est substituée et les dernières valeurs sont normales. Des investigations complémentaires sont nécessaires pour préciser l'origine de la tubulopathie, de sorte qu'une décision définitive paraissait prématurée, même si cette atteinte n'était pas incapacitante.

    Après les investigations complémentaires, le Dr J_____ confirme le 30 juin 2020 les conclusions de l'expertise, la tubulopathie ne requérant aucun traitement particulier, hormis une substitution de potassium.

14. a. Cette expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance du dossier

médical, prend en compte les plaintes et repose sur des examens cliniques approfondis. Ses conclusions sont motivées et convaincantes.

b. Certes, l'avis des experts, selon lesquels la recourante présente une capacité de travail de 80%, est contredit par les Drs L_____ et F_____. Le premier considère que l'hypokaliémie restreint fortement les activités de la vie courante de la recourante. Selon la Dresse F_____, celle-ci est complètement incapable de travailler en raison des douleurs musculaires chroniques, l'asthénie marquée et des palpitations. Toutefois, les avis de ces médecins ont été pris en considération par les experts et ils n'émettent pas de diagnostics nouveaux qui auraient été ignorés par ceux-ci.

Quoi qu'il en soit, il ne paraît pas convaincant que la recourante continue de souffrir des symptômes de l'hypokaliémie, alors que cette affection est substituée et que les dernières valeurs sont normales. Quant à la fatigue, il s'agit a priori d'un symptôme tout à fait subjectif et difficile à contrôler, raison pour laquelle il y a lieu d'examiner sa répercussion sur la capacité de travail dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée telle que définie par notre Haute Cour. En tout état de cause, la recourante a uniquement parue fatiguée à l'expert psychiatre, mais non aux deux autres experts. En appréciant les fonctions cognitives et le langage, l'expert psychiatre mentionne en outre que la recourante est vigilante et qu'il n'y a pas de déficit attentionnel durant l'entretien (expertise p. 20), contrairement à ce qu'on pourrait s'attendre d'une personne très fatiguée.

Partant, les avis divergents des médecins traitants ne sont pas propres à mettre en doute les conclusions des experts.

c. Quant à la recourante, elle met en avant que son importante fatigue et son anxiété ne sont pas contestées et qu'elles engendrent une incapacité de travail totale. Toutefois, comme relevé ci-dessus, la fatigue n'est pas constatée par les experts J_____ et I_____ et l'expert psychiatre la trouve vigilante. En ce qui concerne les troubles anxieux, même s'ils sont admis, ils sont considérés comme légers.

Par ailleurs, le Dr K_____ ne considère pas que la symptomatologie dépressive est légère au motif qu'un état dépressif est connu de longue date, comme l'allègue la recourante. Il juge cette symptomatologie comme objectivement légère, sur la base de l'examen clinique, tout en relevant qu'elle semble être fortement liée au deuil de la sœur de la recourante en novembre 2016. Pour cette raison, l'expert psychiatre examine si le trouble de l'humeur remplit les critères diagnostiques d'un trouble de l'adaptation lié à la mort de sa sœur, avec une réaction dépressive prolongée (F43.21 selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – CIM-10, p. 94). Toutefois, ce diagnostic ne peut être posé que si l'état dépressif léger ne persiste pas au-delà de deux ans. Or, au moment de l'expertise, presque trois ans s'étaient écoulés depuis le décès. En outre, une labilité de l'humeur a déjà été relevée avant cet évènement, notamment par la doctoresse Isabelle ACTIS, médecin praticien généraliste, (rapport du 16 septembre 2014).

Ainsi le Dr K_____ mentionne un état dépressif connu de longue date uniquement comme motif d'exclusion du diagnostic du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Enfin, cet expert ne nie pas que la mort de la sœur de la recourante en novembre 2016 a aggravé ou déclenché un état dépressif. Il n'en demeure pas moins qu'au moment de l'expertise, les symptômes liés au trouble de l'humeur ne remplissent que les critères diagnostiques d'une dysthymie.

Quant aux douleurs chroniques, pour lesquelles le diagnostic de fibromyalgie est retenu, elles ne sont pas manifestes. En effet, le Dr J_____ constate que les gestes de déshabillage et d'habillage sont effectués en position debout sans manifestation de douleurs. Le Dr I_____ relève que la recourante se lève sans difficulté, marche sans boiter, ne se plaint pas spontanément et ne montre pas de signe d'inconfort durant l'entretien d'environ une heure. Les gestes pour le déshabillage et l'habillage sont effectués de façon fluide, sans plainte. La mobilité est donc conservée. Il sied également de relever qu'au niveau ostéoarticulaire, la recourante ne souffre d'aucune arthropathie inflammatoire ou de trouble dégénératif avancé.

En ce que la recourante estime qu'il faut tenir compte de la réalité quotidienne et non des diagnostics, il sied de relever que celle-ci est incontrôlable. En outre, les diagnostics retenus ne permettent pas de rendre crédibles les limitations fonctionnelles majeures alléguées. Les experts retiennent à ce titre uniquement des difficultés dans la gestion des émotions avec une hypersensibilité au stress et, anamnestiquement pour les tâches administratives, tout en ajoutant qu'ils n'ont pas pu constater des troubles cognitifs patents. À cela s'ajoute une difficulté pour ses déplacements, dès lors qu'elle doit être accompagnée lorsqu'elle sort, selon les experts. Cela est cependant en contradiction avec le fait qu'elle peut accompagner son fils à l'école et fréquenter un café tous les jours avec une amie. Elle semble également pouvoir se rendre seule à ses rendez-vous médicaux.

15. Indépendamment du fait que les diagnostics émis par les experts ne sont pas d'une gravité telle qu'ils pourraient justifier une incapacité de travail importante, il sied de relever qu'il y a des signes de discordance et d'exagération qui ne permettraient pas de reconnaître un caractère invalidant aux atteintes de la recourante, notamment à la fatigue et à la fibromyalgie.

a. En premier lieu, il est troublant de constater que la recourante a été engagée par son époux comme secrétaire ou aide-secrétaire à 100% le 20 novembre 2013, soit deux mois après la création de l'entreprise, au salaire annuel de CHF 52'000.-, alors qu'elle ne possède aucune formation dans cette profession, n'ayant travaillé jusqu'alors que comme aide-infirmière, dans la restauration, l'horlogerie et l'industrie, et qu'on lui avait demandé d'améliorer son niveau en français, ce qu'elle avait refusé, selon le rapport d'évaluation du 28 août 2014 de l'OAI. Ses tâches auraient consisté à lire le courrier, à faire le planning, à répondre au téléphone et à aller à la poste, selon ce même rapport. On peine à croire que ces tâches remplissent un temps complet. La charge salariale paraît en outre exagérée pour une entreprise dans le domaine de la construction qui vient de démarrer, d'autant plus que la

recourante ne possède pas les compétences d'une secrétaire. Durant toute sa carrière professionnelle en Suisse, la recourante n'avait jamais réalisé un tel salaire. En janvier 2014, la société de son époux souscrit à une assurance collective pour une indemnité journalière en cas de maladie de son personnel et dès février 2014 la recourante annonce à cette assurance une incapacité de travail totale. Après avoir presté dans un premier temps, l'assurance annule le contrat en faveur de la recourante en raison d'une réticence et réclame le remboursement des prestations de CHF 11'085.75. En juin 2014, seulement quatre mois après le début de l'incapacité de travail attestée, l'assurée dépose déjà une demande de prestations de l'assurance-invalidité en se prévalant d'une fatigue chronique, du rejet d'un médicament, du dos bloqué, d'insomnies et d'asthme. Au demeurant, le Dr O_____ relève déjà dans son rapport du 26 février 2015 un défaut de motivation et de déconditionnement comme obstacle à la reprise du travail. Il est enfin à noter que l'entreprise de son époux a été déclarée en faillite en juin 2015 et que la procédure de faillite a été suspendue faute d'actifs.

b. Par ailleurs, même si les experts ne mettent pas en évidence des signes de discordance, il convient de relever que la recourante se plaint à l'expert psychiatre et à l'expert de médecine interne essentiellement d'une fatigue importante qui l'empêche d'avoir une vie normale (p. 11 expertise du Dr J_____), alors qu'elle déclare à l'expert rhumatologue souffrir, outre d'une importante fatigue, de douleurs très importantes partout, présentes tous les jours, sans pouvoir préciser au demeurant dans quelles parties du corps. Selon elle, l'intensité des douleurs est entre 8,2 et 8,1 sur l'échelle visuelle analogique et l'intensité n'est jamais inférieure (p. 12 expertise du Dr I_____). En présence de telles douleurs, il est incompréhensible qu'elle n'en ait pas fait état aux autres experts. Par ailleurs, de telles douleurs ne sont pas non plus compatibles avec le fait que la recourante arrive encore à faire le ménage, le week-end selon ses dires, et que sa mobilité n'est pas restreinte selon les constatations des experts. Au demeurant, sa médecin-traitante, la Dresse F_____, atteste uniquement de douleurs arthro-musculaires invalidantes par moments, dans son rapport du 4 mai 2018. Les plaintes concernant les douleurs paraissent ainsi largement majorées.

Il est à noter également que la recourante évalue l'intensité de sa fatigue à 10 sur 10 en permanence à l'égard de l'expert psychiatre (expertise du Dr K_____ p. 12), alors même que cette fatigue n'est pas constatée par les autres experts et que le Dr K_____ trouve la recourante vigilante.

À cela s'ajoute un environnement psycho-social intact, dès lors que la recourante est bien entourée par sa famille, boit un café tous les jours avec une copine et a des contacts téléphoniques quotidiens avec plusieurs membres de sa famille.

16. Cela étant, aucune invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut être retenue. Par conséquent, le recours sera rejeté.

17. La procédure n'étant pas gratuite, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 300.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente suppléante
Marguerite MFEGUE AYMON	Maya CRAMER

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