RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3255/2021** **ATAS/999/2023**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 18 décembre 2023

**Chambre 5**

En la cause

**A_____** recourante

représentée par Swiss Claims Network SA, mandataire

contre

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

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

## EN FAIT

**A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1973, est une ressortissante ouzbèke, résidant à Genève depuis le mois d'avril 2004.

**b.** Du 1er juin 2006 au 15 septembre 2011, l'assurée a été mariée à Monsieur B_____, ressortissant suisse, né en _____ 1963. Celui-ci est décédé en septembre 2014.

**c.** L'assurée est mariée à Monsieur C_____, ressortissant ouzbèke, né en _____ 1989, dont elle vit séparée, par jugement ARTPI/3217/2020 du Tribunal civil du canton de Genève, depuis le 1er juillet 2020.

**d.** L'assurée est mère de deux filles nées en _____ 2004 et en _____ 2013. Le premier enfant a pour père M. B_____, et le second M. C_____.

**e.** Lors de son arrivée en Suisse, l'assurée travaillait dans un cirque en tant que danseuse et dresseuse. Elle a ensuite travaillé, notamment, comme aide de cuisine à plein temps du 1er septembre 2015 au 31 juillet 2016, au service de la société D_____ SA sise à Lancy. Pour ce travail, elle recevait un salaire annuel de CHF 44'291.- (CHF 3'407.-, versé treize fois l'an). La société D_____ SA a été déclarée en faillite le 21 juin 2021 et a été radiée le 28 mars 2022.

**f.** L'assurée a également travaillé comme employée de pressing à plein temps pour la société E_____ SA, également sise à Lancy, du 9 octobre 2017 au 21 novembre 2017. Pour ce travail, elle recevait un salaire annuel de CHF 44'980.- (CHF 3'460.-, versé treize fois l'an). Ce second contrat a été résilié par l'employeur, en raison de la maladie de l'intéressée.

**B.** **a.** L'assurée souffre de douleurs chroniques dans le bas du dos. Celles-ci sont apparues suite à l'accouchement de son premier enfant en 2004.

**b.** Dans un compte rendu du 17 novembre 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM de la région lombo-sacrée. Il en a conclu que l'assurée souffrait d'une légère discopathie aux 4ème et 5ème vertèbres lombaires et 1ère fausse-vertèbre sacrale, avec dessiccation discale minime débord discal circonférentiel sans sténose du canal spinal central ou des foramens. Il relevait également l'existence des signes d'une surcharge facettaire sur la 5ème vertèbre lombaire et 1ère fausse-vertèbre sacrale à droite.

**c.** Dans un rapport du 23 décembre 2016, les docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, et H_____, médecin interne, travaillant tous deux au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ont diagnostiqué la présence chez l'assurée de lombalgies chroniques avec syndrome lombovertébral, ainsi que de potentiels troubles anxieux. Ils ont prescrit des séances de physiothérapie, en l'attente d'une décision sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, et ont recommandé que l'intéressée soit examinée par un psychiatre.

**C.** **a.** En date du 11 octobre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en mentionnant qu'elle souffrait depuis des années de lombalgies.

**b.** Dans un rapport du 1er novembre 2017 destiné à l'OAI, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a précisé qu'il suivait celle-ci depuis 2006. Elle souffrait de lombalgies mécaniques chroniques ainsi que d'un état dépressif. L'intéressée était capable de travailler à 100% (la capacité de travail fluctuant entre 50 et 100% selon le Dr I_____), mais devait éviter le travail prolongé en position statique.

**c.** En avril 2018, l'assurée a tenté de réaliser deux stages, dont un en tant que vendeuse de *take-away*, dans le cadre des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité. Ces activités étaient, en principe, adaptées à ses limitations fonctionnelles. Ces stages ont cependant dû être rapidement interrompus en raison des douleurs ressenties par l'intéressée.

**d.** Une radiographie de la colonne vertébrale a été réalisée aux HUG le 2 juillet 2018. Les docteurs J_____, spécialiste FMH en radiologie, et K_____, médecin interne, ont relevé un listel marginal non fusionné antéro-supérieur à la 6ème vertèbre cervicale, une discrète discopathie aux 4ème et 5ème vertèbres lombaires et une anomalie de transition de la charnière lombo-sacrée de type Catellvi Ib. Ils n'ont en revanche pas détecté de tassement vertébral. L'alignement vertébral était en outre conservé.

**e.** Dans un rapport du 4 octobre 2018, les docteurs G_____ et L_____, médecin interne travaillant au service de rhumatologie des HUG, ont informé le Dr I_____ que l'assurée serait prise en charge, pendant deux mois, au sein d'un programme (ProMIDos) avec plan de traitement comportant des aspects de physiothérapie, de psychomotricité, d'ergothérapie et de psychiatrie. À cette occasion, il a été relevé que l'assurée souffrait d'une importante détresse psychologique et qu'elle identifiait un lien entre ses douleurs et son moral. Elle était notamment sujette à un sentiment de culpabilité lié au fait qu'elle ne travaillait pas en raison de ses douleurs, et faisait l'objet d'un important isolement social.

**f.** Dans un rapport du 21 janvier 2019, les docteurs G_____ et M_____, médecin interne travaillant au service de rhumatologie des HUG, ont relevé que l'assurée souffrait toujours de lombalgies communes chroniques à la fin du programme de traitement ProMIDos. L'objectif de gestion et prévention des crises douloureuses n'avait pas été atteint. Le moral de l'assurée s'était toutefois amélioré, en particulier en lien avec sa participation aux groupes de parole. Les Drs G_____ et M_____ ont mentionné la présence de fortes limitations dans l'ensemble des capacités fonctionnelles, lesquelles rendaient difficile une reprise professionnelle.

**g.** Dans un rapport du 20 février 2019, le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, a noté qu'une IRM avait été réalisée le 14 février 2019. Sur la base de celle-ci, ainsi que d'un examen neurologique et electroneuromyographique, il a conclu à l'existence d'une hernie discale relativement importante sur les 5ème et 6ème vertèbres cérébrales, ainsi qu'à une contracture para-cervicale et du trapèze droit avec une limitation des mouvements de la nuque, mais sans atteinte déficitaire sensitivomotrice. Il existait également des signes en faveur d'une radiculopathie cervicale. Le médecin a recommandé une infiltration sous scopie.

**h.** Dans un rapport du 28 février 2019, le docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a relevé que cette dernière souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (code F45.4 de la 10ème édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de 2008 [ci-après : CIM-10]), ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (code F33.2). Sa pensée était figée sur sa douleur. Elle était limitée dans la majeure partie de ses activités quotidiennes et souffrait d'isolement social. L'intéressée était totalement incapable de travailler dans toute activité. Elle avait débuté, le 13 mars 2018, un traitement antidépresseur à base de Fluoxétine. Sa situation s'était néanmoins péjorée depuis le mois de février 2019 malgré l'accompagnement rhumatologique et psychiatrique dont elle bénéficiait.

**i.** Dans un rapport du 21 juin 2019 destiné à l'OAI, les Drs G_____ et M_____ ont relevé que l'assurée souffrait d'un syndrome lombovertébral fluctuant avec des épisodes aigus répétés. Ses cervicobrachialgies avaient en revanche subi une nette amélioration et n'étaient pas associées à un trouble neurologique. Lors d'un épisode aigu de ses lombalgies, elle ne pouvait rester en position stationnaire debout plus de dix minutes, en position stationnaire assise plus de vingt minutes, et sa capacité de marche était limitée à quinze minutes ; elle était en outre gênée dans le port de charges de plus de 5 kg. Sa capacité de travail était limitée en conséquence, y compris dans une activité adaptée.

**j.** Dans un rapport du 20 septembre 2019 destiné à l'OAI, le Dr O_____ a relevé que l'évolution de la symptomatologie dépressive de l'assurée était en fonction de l'intensité de ses douleurs. La capacité de pensée de celle-ci était figée sur la douleur. Le Dr O_____ a à nouveau attesté que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

**k.** Sur demande de l'OAI, les docteurs P_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, R_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et S_____, spécialiste FMH en neurologie, de la Clinique romande de réadaptation, ont rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire daté du 8 mars 2021. Selon leurs conclusions consensuelles, l'assurée souffrait d'une atteinte d'autres disques intervertébraux (lombalgies communes) (code M51) par dysbalance musculaire avec hyperlordose lombaire sévère et importante hypotonie de la sangle abdominale,

d'un syndrome cervico-brachial sur sa 6ème vertèbre cervicale (code M53.1) avec une hernie discale médiane aux 5ème et 6ème vertèbres cervicales, d'un trouble somatoforme indéterminé (code F45.9) et d'un trouble anxieux et dépressif mixte (état anxiodépressif réactionnel) (code F41.2). En revanche, elle ne souffrait pas d'un trouble dépressif (code F32 et F33), ni d'un trouble neurologique. Sur cette base, les experts ont retenu que les limitations fonctionnelles de l'intéressée étaient l'absence de port de charge et de position statique prolongée, ainsi que la nécessité de bénéficier d'un entourage de travail compréhensif et rassurant. Les experts ont attesté qu'elle était capable de travailler dans son ancienne activité d'aide de cuisine, avec un rendement diminué de 20%, et entièrement capable de travailler dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Ils plaidaient en faveur d'un retour à l'emploi avec poursuite d'un suivi par un psychiatre, ainsi que d'une kinésithérapie active.

**l.** Dans un avis du 1er avril 2021, la docteure T_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, travaillant pour le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a considéré qu'il convenait de suivre les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2021.

**D.** **a.** Par projet de décision daté du 31 mai 2021, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il comptait lui octroyer une rente d'invalidité entière pour la période du 1er novembre 2018 au 30 avril 2021, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. À partir du mois de février 2021, l'OAI considérait que sa capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité n'était plus que de 5%, ce qui mènerait à la fin de sa rente au 30 avril 2021. Toute nouvelle mesure professionnelle était par ailleurs refusée, y compris une mesure d'orientation professionnelle, vu le large éventail d'activités accessibles à l'assurée et compatibles avec ses limitations fonctionnelles.

**b.** Dans un courrier du 14 juin 2021, le Dr I_____ a contesté les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2021, en précisant que si les recommandations faites dans le rapport y relatif étaient théoriquement correctes, elles s'étaient montrées inapplicables en pratique. Selon lui, l'assurée était totalement incapable de travailler dans toute activité.

**c.** L'assurée s'est déterminée sur le projet de décision de l'OAI dans un courrier daté du 25 juin 2021, en demandant à l'OAI de réexaminer son évaluation.

**d.** Dans un rapport du 29 juin 2021, le Dr G_____ s'est déterminé sur l'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2021. Il a relevé que le diagnostic de lombalgies communes était correct, mais que le fait de retenir une hyperlordose lombaire était surprenant et menait à douter des connaissances de l'expert rhumatologue. S'agissant des troubles psychiques retenus, ils étaient en contradiction tant avec l'historique médical de l'assurée qu'avec les constatations du rapport d'expertise pluridisciplinaire lui-même, dont il ressortait une focalisation de l'intéressée sur ses douleurs lombaires. Enfin, la conclusion d'une capacité de travail entière

reposait sur des assertions qui avaient été démenties par les faits puisque l'assurée avait fait l'objet d'un suivi pendant plusieurs années par des spécialistes et que cela n'avait pas permis d'aboutir à une réduction de ses limitations fonctionnelles, lesquelles avaient un fort impact sur celle-ci, y compris dans la réalisation de tâches ménagères simples.

**e.** Par décision datée du 26 août 2021, l'OAI a accordé une rente d'invalidité entière à l'assurée, limitée à la période du 1er novembre 2018 au 30 avril 2021, en reprenant la motivation développée dans son projet de décision.

**E.** **a.** Par courrier du 23 septembre 2021, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant à sa mise au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité également pour la période postérieure au 30 avril 2021.

**b.** Par courrier daté du 22 octobre 2021, l'OAI a répondu en concluant au rejet du recours.

Au vu du rapport du Dr G_____ et de l'avis du 21 octobre 2021 de la docteure U_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, travaillant pour le SMR, l'OAI a toutefois modifié sa motivation en ce sens qu'il considérait désormais que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'ensemble de ses activités antérieures. L'intimé maintenait toutefois son appréciation selon laquelle une capacité de travail entière était exigible dans une activité sans port de charges, sans position statique prolongée et avec un employeur et des collègues de travail compréhensifs, rassurants et émotionnellement proches.

**c.** Dans un rapport du 14 décembre 2021, le Dr O_____, psychiatre traitant de la recourante, s'est déterminé sur l'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2021, en contestant ses conclusions s'agissant des limitations fonctionnelles de la recourante. Celles-ci étaient si importantes - aucune résistance à l'effort psychique, diminution des capacités cognitives et relationnelles - que sa capacité de travail dans une activité adaptée était probablement inférieure à 20%, et ce sans rendement.

**d.** La recourante a répliqué par courrier du 19 janvier 2022, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. L'intimé a dupliqué par courrier du 14 février 2022, en maintenant sa position sur la base d'un avis SMR de la Dre U_____ du 10 février 2022.

**e.** Par courrier du 14 décembre 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle comptait ordonner une expertise judiciaire psychiatrique et a proposé les noms de deux co-experts ainsi qu'un projet de mission d'expertise.

**f.** Après avoir pris note des observations des parties, la chambre de céans a proposé, par courrier du 20 janvier 2023, que la mission d'expertise soit confiée

au docteur V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ce à quoi les parties ne se sont pas opposées.

**g.** Par ordonnance d'expertise du 1er mars 2023, le mandat d'expertise a été confié au Dr V_____.

**h.** Ce dernier a rendu ses conclusions dans son rapport d'expertise du 22 juin 2023. Après une anamnèse personnelle et professionnelle, l'expert a relaté les plaintes spontanées et les antécédents médicaux, notamment psychiatriques, de l'expertisée. Concernant le status psychiatrique, l'expert a mentionné une estime de soi abaissée, ainsi qu'une récurrence des plaintes, notamment les douleurs, l'incompréhension du corps médical et de l'OAI, associées à des affects négatifs.

Sur l'échelle de dépression MADRS (hétéro-évaluation), la recourante aboutissait à un score de 23 (échelle 20 à 34) correspondant à une dépression de sévérité moyenne, avec des scores élevés pour la tension intérieure, la tristesse exprimée, les idées de mort et la réduction du sommeil. L'expert a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) comme diagnostic principal ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.0) ayant tous deux une répercussion sur la capacité de travail. Selon le médecin, les troubles étaient apparus après le premier accouchement en 2004 et s'étaient aggravés après le second accouchement, en 2013. L'évolution avait été fluctuante, entre 2004 et actuellement, mais avec une évolution globale progressivement défavorable. Le trouble dépressif était corrélé au trouble somatoforme car plus les douleurs et la détresse somatique s'intensifiaient, plus les symptômes dépressifs étaient présents. On pouvait faire remonter l'apparition de l'incapacité de travail au 1er juillet 2017, lorsque l'expertisée avait été mise en arrêt de travail de manière durable, car elle n'arrivait plus à continuer son activité d'aide à la personne, avec l'association Camarada. Le degré de gravité du trouble somatoforme était considéré comme sévère et le degré de gravité de la dépression était considéré comme moyen ; l'expert énumérait ensuite les limitations fonctionnelles de l'assurée soit : des limitations dans l'adaptation aux règles et routines, dans la planification et la structuration des tâches, dans la flexibilité et la capacité d'adaptation, dans l'usage de compétences spécifiques notamment dans le domaine linguistique, qu'elle ne pouvait pas utiliser actuellement. La capacité de jugement et la prise de décision étaient perturbées en raison du vécu de détresse et des douleurs, la capacité d'endurance était fortement diminuée, l'aptitude à s'affirmer semblait préservée, l'aptitude à établir des relations avec les autres était diminuée en raison du vécu de détresse et de douleurs physiques, de même que l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe, l'aptitude à entretenir des relations proches était préservée, l'aptitude à des activités spontanées était nettement diminuée en raison du vécu de détresse et de douleurs physiques, l'hygiène et les soins corporels demandaient de gros efforts à l'assurée selon ses dires et l'aptitude à se déplacer était diminuée en raison du vécu de détresse et de douleurs physiques. Toutes les limitations avaient pour point de départ significatif

le mois de juillet 2017. La présentation clinique et les plaintes étaient constantes au fil du temps, depuis plusieurs années et quel que soit l'interlocuteur ; elles étaient considérées comme objectivées, l'expert ayant lui-même observé certains signes dépressifs. S'agissant des ressources psychiques et mentales de l'expertisée, le psychiatre les considérait comme non altérées par les troubles, citant l'intelligence et les connaissances linguistiques. En ce qui concernait les ressources sociales et familiales, le psychiatre constatait que le réseau social s'était appauvri depuis le début des troubles et la famille était à distance. L'assurée vivait seule avec ses deux filles et la relation avec la fille aînée était conflictuelle. En conclusion, la capacité de travail dans l'activité lucrative habituelle était nulle, depuis juillet 2017 et, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert n'en imaginait pas en l'état, au vu des limitations fonctionnelles.

**i.** Les parties ont été invitées à faire leurs observations sur le rapport d'expertise. Par courrier du 29 juin 2023, la recourante a maintenu ses conclusions, considérant que le rapport d'expertise confirmait son incapacité de travail totale dans toute activité. L'OAI, par courrier du 10 juillet 2023, s'est fondé sur l'avis médical du SMR, daté du 7 juillet 2023, et a considéré, notamment, que l'assurée conservait des ressources internes et externes, qu'elle pouvait se livrer à un certain nombre d'activités et jouissait d'une certaine indépendance, ce qui excluait de retenir une incapacité de travail totale.

**j.** Les parties ont été convoquées en audience de comparution personnelle en date du 16 novembre 2023. L'assurée a confirmé ses limitations pour s'occuper de son ménage et l'aide qu'elle devait demander à sa fille aînée. Elle n'avait aucune activité avec ses deux filles et n'avait pas beaucoup d'amis. Son psychiatre, le Dr O_____, lui avait expliqué qu'il n'y avait pas de lien entre les deux péridurales qu'elle avait subies et les douleurs qu'elle ressentait, mais elle ne partageait pas cet avis, étant persuadée que des nerfs avaient été endommagés lors des accouchements, en raison de la péridurale. Elle rappelait que ses quatre sœurs n'avaient pas subi de péridurales lorsqu'elles avaient accouché en Ouzbékistan, pas plus que sa mère, qui avait accouché de 10 enfants et n'avait jamais subi de péridurale ou de césarienne.

Entendu en qualité de témoin, l'expert V_____ s'est longuement exprimé quant aux conclusions de son rapport, expliquant que l'expertisée avait une croyance non délirante qui établissait un lien entre ses douleurs et la péridurale. Cela venait d'une croyance prévalente dans sa culture et répandue en Asie centrale, comme cela ressortait de son rapport d'expertise et les références citées. Les douleurs que ressentait l'expertisée provenaient de ses propres représentations. Ces dernières n'étaient pas objectivées mais sur le long terme, cela avait débouché sur le syndrome somatoforme douloureux qui provenait, notamment, d'une dimension psychosociale. Le syndrome somatoforme douloureux était le diagnostic principal et bien que l'expertisée a eu suffisamment de ressources pour partir un mois en

Ouzbékistan en 2022, il ne fallait pas perdre de vue que ce voyage s'inscrivait dans le contexte du décès de son père et du fait que l'expertisée voulait aider sa mère. Le psychiatre confirmait encore que l'expertisée n'était pas autonome pour toutes les tâches ménagères, qu'elle se faisait aider par sa fille aînée pour la lessive et que de surcroît, elle passait la plupart de son temps couchée sur son canapé. Elle conservait quelques ressources mais il ne fallait pas faire de confusion car le fait qu'elle puisse regarder la TV, ce qui ne demandait pas de concentration, n'était pas suffisant pour en déduire qu'elle pouvait exercer une activité adaptée ; les douleurs chroniques qu'elle ressentait renforçaient la dépression et, à l'heure actuelle, l'expertisée était incapable de mobiliser ses ressources bien qu'elle dispose de certaines d'entre elles, notamment dans le domaine linguistique. Le traitement antidépresseur pouvait éventuellement être amélioré moyennant un stage de longue durée dans un service spécialisé en troubles de l'humeur, mais dans le cas de l'expertisée, qui était un cas complexe, les facteurs psychosociaux subsistaient et il serait difficile de trouver le parfait dosage d'antidépresseurs. S'il n'y avait eu qu'un seul diagnostic, l'expert expliquait qu'il n'aurait pas retenu une incapacité de travail totale ; la combinaison de deux diagnostics, soit le trouble somatoforme douloureux et la dépression, l'avait conduit à exclure toute capacité de travail, même dans une activité adaptée. Cette conclusion était d'ailleurs partagée par le Dr G_____, pour le programme ProMIDos, qui avait décrit les difficultés de l'expertisée pour exercer des tâches simples ; de surcroît, toutes les descriptions des médecins concordaient sur la sévérité des symptômes.

**k.** Sur ce, la cause été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées à l'issue de l'audience.

**l.** Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## 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).

Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi *a priori* établie.

**2.** Interjeté dans les formes prévues par la loi (art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) et dans le délai de recours de 30 jours (art. 60 LPGA), le recours est *a priori* recevable.

**3.** Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, et singulièrement sur l'éventuelle amélioration de son état de santé et augmentation de sa capacité de gain.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

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

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

**5.1** 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.

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

**5.3** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

**5.4** 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).

**5.5** 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).

**5.6** 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).

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

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

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

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par

cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

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

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

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

3. Comorbidités

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

(ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

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

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

C. Axe « contexte social »

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

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches

[…]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le

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

**7.** Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave,

l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

**8.** Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

**9.** Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

**10.**

**10.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (*cf*. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

**10.2** 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

**10.3** 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**10.4** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-

conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

**10.5** 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

**10.6** 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).

**10.7** 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).

**11.** En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent en principe pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

**11.1** Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-

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

**11.2** En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par

les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (*cf.* ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

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

**12.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**13.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

**14.** 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 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'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).

**15.** Il sied de rappeler que la chambre de céans s'est exprimée dans son ordonnance d'expertise du 1er mars 2023 sur les défauts de l'expertise administrative pluridisciplinaire du 8 mars 2021 mandatée par l'intimé et les raisons pour lesquelles elle considérait qu'une expertise judiciaire psychiatrique devait être ordonnée. Point n'est besoin de revenir sur ces raisons.

En l'espèce, la recourante considère que l'expertise administrative du 8 mars 2021 ne reflète pas la réalité et qu'en raison de ses douleurs et des troubles de la santé dont elle souffre, elle est durablement incapable de travailler.

L'intimé de son côté estime que l'on peut suivre les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qu'il a mandatée et considère que la recourante jouit d'un certain nombre de ressources qui lui permettent d'exercer une activité adaptée, contrairement aux conclusions de l'expert judiciaire.

**15.1** Il convient donc d'examiner, préalablement, si le rapport d'expertise judiciaire présente une valeur probante et si ses conclusions peuvent être suivies.

Le rapport de l'expert psychiatre V_____ correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par deux entretiens avec l'assurée, totalisant 2h30 en tout, ainsi que des entretiens téléphoniques avec, respectivement, le Dr O_____ et la docteure W_____.

Le rapport psychiatrique contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée, et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés, et l'expert a expliqué, avec clarté, les limitations fonctionnelles liées aux troubles somatoformes douloureux ainsi qu'à la dépression, de même qu'il a expliqué les liens qui existent entre ces deux troubles, la dépression venant renforcer le trouble somatoforme douloureux.

L'expert s'est également livré à une étude particulièrement convaincante sur les rapports de cause à effet établis par l'expertisée entre les deux anesthésies péridurales qu'elle a subies et ses douleurs, aboutissant ainsi à une fausse idéation de souffrir d'une atteinte invalidante, représentation qui était reconnue par

l'ensemble des médecins consultés. L'étude qualitative effectuée aux HUG sur un échantillon de femmes d'Asie centrale et du Moyen-Orient, citée dans le rapport d'expertise, démontre la dimension transculturelle qui s'intègre dans le cadre de problèmes psychosociaux et de conflits émotionnels, au sens du trouble somatoforme douloureux, chez l'assurée. L'expert précise encore qu'à côté de ces aspects culturels et psychologiques, les douleurs chroniques sont associées à des anomalies de la structure et du fonctionnement du cerveau affectant différents neurotransmetteurs, soit des douleurs nociplastiques, qui correspondent plus ou moins à la « douleur chronique primaire » reconnue dans la nouvelle CIM-11.

Dans un arrêt du 23 septembre 2021 (9C_311/2021), le Tribunal fédéral a rappelé que dans le nouveau système des expertises psychiatriques dites structurées, les facteurs négatifs socio-culturels peuvent indirectement contribuer à l'invalidité, en renforçant d'autres troubles à la santé. Il rappelle également qu'en assurance-invalidité, la cause de cette invalidité ne joue pas de rôle (contrairement à l'assurance-accidents obligatoire). Ainsi, dans la situation qui était examinée, l'expertise avait, certes, souligné qu'un licenciement et un divorce avaient contribué à l'état psychique négatif de la recourante, mais une véritable maladie psychique avait été attestée. Plusieurs jurisprudences allant dans le même sens étaient mentionnées. Avec le nouveau système des « indicateurs » dans l'expertise structurée (141 V 281), les facteurs psychosociaux et socioculturels pouvaient être désormais pris en compte (consid. 4).

**15.2** Les reproches du SMR à l'encontre du rapport d'expertise sont principalement motivés par le sentiment qu'il existe des ressources chez l'assurée et que cette dernière pourrait donc les mettre à profit pour exercer une activité adaptée. Toutefois, comme cela a été expliqué dans le rapport d'expertise, puis longuement précisé, lors de l'audience du 16 novembre 2023 suite aux questions de la représentante de l'OAI, la présence de ces ressources ne signifie pas que l'expertisée soit en mesure de les mobiliser, ce qui est notamment confirmé par l'aide qu'elle doit quémander de sa fille aînée, pour effectuer le ménage et qui est source de conflits, de même que par l'absence d'activités de l'expertisée avec ses deux filles et, enfin, la présence continuelle des douleurs, qui a été particulièrement remarquée dans le cadre du programme ProMIDos.

De toute évidence, la dimension transculturelle et psychosociale joue un rôle important dans les troubles dont souffre l'assurée. La chambre de céans considère, à la lecture du rapport d'expertise et après avoir entendu l'expert, que ses conclusions peuvent être suivies et que son expertise revêt une valeur probante. Partant, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante est incapable de travailler, à 100%, dans toute activité.

**15.3** En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, la prise en compte des revenus avec et sans invalidité n'est pas critiquée et l'on peut se fonder sur le montant de la rente entière qui a été allouée par l'OAI à l'assurée. Compte tenu de ce qui précède, l'OAI doit continuer à servir la rente d'invalidité entière à

l'assurée après le 30 avril 2021, dès lors qu'il n'y a pas eu d'amélioration de la capacité de gain, la capacité de travail dans toute activité étant nulle.

**15.4** Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

En l'occurrence, le fait que les conclusions de l'expert mandaté par l'OAI soient différentes de celles de l'expert judiciaire mandaté par la chambre de céans ne permet pas de déduire que l'autorité administrative a diligenté une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées.

Dès lors, les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

**16.** La recourante, obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.-, et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Réforme la décision de l'intimé du 26 août 2021 en ce sens qu'il n'y a pas eu d'amélioration de la capacité de gain et que la recourante a droit à une rente entière au-delà du 30 avril 2021, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, et ceci dès le 1er novembre 2018.
4. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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 | Le président |
|---|---|
| Véronique SERAIN | Philippe KNUPFER |

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