



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3372/2019

ATAS/1159/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2020**

**15<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée \_\_\_\_\_, à GENÈVE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael  
RUDERMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1970, a été employée en qualité de conseillère à la clientèle jusqu'au 31 décembre 2016, date de la fin de son dernier contrat de travail.
2. Le docteur B\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 6 juin 2016, a adressé un rapport médical à l'assureur perte de gain de sa patiente, à teneur duquel il posait le diagnostic suivant : « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) avec l'indication qu'il s'agi[ssai]t d'un épuisement professionnel dans le cadre d'une incompréhension de la hiérarchie ». Il estimait que « l'énergie mobilisable au travail [était] de 5.2 % en raison d'une fatigue importante, de dépression agitée et anxieuse, perte de l'élan vital ». Il recevait sa patiente, depuis le 3 juin 2016, à raison d'une fois par semaine et cette dernière était sous Fluoxétine, 40 mg par jour, et Euthyrox, 200 mg par jour.
3. L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), le 9 mai 2017, en raison d'une maladie de Hashimoto, de dépression, d'anxiété, de fatigue chronique avec influence sur sa capacité de travail depuis le 6 juin 2016.
4. Dans un second rapport du 27 mai 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ posait les diagnostics de : « trouble dépressif chronique actuellement modéré avec symptômes somatiques (F33.1) ; trouble anxieux généralisé (F41.1) ; cyclothymie (F34.0) ; trouble de la personnalité anankastique (F60.5) ; syndrome de fatigue chronique ; maladie de Hashimoto ». Au travail, sa patiente avait un caractère rigide, perfectionniste et s'opposait à sa cheffe hiérarchique avec laquelle elle était entrée en conflit, à tel point qu'elle avait « succombé dégoûtée par son activité ». L'empathie était toutefois retrouvée et le rendement énergétique global se situait à 48 % et l'énergie mobilisable au travail s'élevait à 35 %. L'évolution clinique avait été très lentement favorable en raison des symptômes somatiques invalidants associés. La mise en évidence d'un comportement cyclothymique avait justifié l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur à faible dose (Lamotrigine). Le pronostic était toujours réservé et la reprise d'une activité pas déterminée, une reprise le 1<sup>er</sup> septembre 2017 semblant cependant raisonnable. Par ailleurs, sa patiente ne pouvait pas travailler à un taux horaire supérieure à 80 % pour des raisons familiales.
5. L'assurée a eu un premier entretien d'évaluation d'intervention précoce auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI), le 28 juin 2017 avec un psychologue conseiller en réadaptation auquel elle avait indiqué être mère d'une fille de 11 ans et décrit son quotidien (levée à 06h30, accomplissement de quelques taches ménagères, préparation du petit-déjeuner pour sa fille, recherches d'appartement, « paperasse », préparation du repas de midi, déjeuner avec sa fille, rangement, partage occasionnel de moments entre amies, télévision, tâches ménagères diverses, souper, télévision et coucher vers 22h30-23h00 sauf exception). Elle avait souffert d'un burnout puis d'une dépression en raison d'une situation personnelle difficile. La grande fatigue qu'elle

ressentait était davantage morale que physique. Un test du sommeil était prévu. L'assurée mentionnait une anxiété au quotidien, des migraines occasionnelles mais de forte intensité, des problèmes de dos, une sensibilité aux articulations, avec des examens en cours auprès d'un rhumatologue. Elle ne voulait plus travailler dans la vente, mais plutôt dans le domaine administratif. Elle possédait un certificat de comptabilité générale et de gestion des salaires, mais pas de dactylographie.

6. L'assurée s'est vue octroyer par communication du 26 septembre 2017, des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation du 2 au 14 août 2017 auprès de I\_\_\_\_\_, puis des mesures d'intervention précoce de formation en gestion du stress, du 21 octobre 2017 au 4 avril 2018. Le 13 décembre 2017, l'OAI lui a octroyé en sus une formation en anglais auprès de SIGHT AND SOUND pour la période du 13 novembre au 22 décembre 2017. Le responsable de formation de SIGHT AND SOUND a attesté que l'assurée avait réalisé une formation de trente périodes de 60 minutes du 18 septembre 2017 au 29 octobre 2017, régulièrement et 40 heures de formation du 9 octobre 2017 au 2 novembre 2017 avec des cours suivis régulièrement.
7. L'ancien employeur de l'assurée a complété un formulaire destiné à l'OAI, le 8 septembre 2017, à teneur duquel il annonçait que le contrat de travail de la recourante avait duré du 6 mars 2013 au 31 décembre 2016, prévoyait un temps de travail de 90 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 et avait été résilié avec effet au 31 décembre 2016 en raison d'une absence de longue durée de l'employée pour cause de maladie, soit dès le 3 juin 2016.
8. L'OAI a demandé un nouveau rapport médical au Dr B\_\_\_\_\_, lequel l'a rempli le 6 juin 2017. La date du « début de la longue maladie » était le 6 juin 2016, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % et dans une activité adaptée de 100 %. Le début de l'aptitude à la réadaptation était donné dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Les limitations fonctionnelles consistaient en « fatigue, anxiété, fatigabilité (dégoût de son travail, surcharge de stress) ». La cause de l'incapacité de travail était la maladie. Le diagnostic des troubles avec effet sur la capacité de travail était décrit comme suit et existait depuis :

« 1. trouble dépressif récurrent, épisode act. léger avec syndrome somatique – 2005 (F33.01),

2. Trouble anxieux généralisé – enfance (F41.1),

3. Fatigue chronique – mai 2015,

4. Dysgraphie et dysorthographe – enfance en cours d'évalu. ».

Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient au nombre de quatre, listés ci-après, et existaient depuis :

« 1. Cyclothymie – 20taine (F34.0),

2. Trouble de pers. anankastique – adolescence (F60.5),

3. Maladie de Hashimoto – 2005,

4. Maladie migraineuse – adolescence ».

Sa patiente était en traitement ambulatoire psychothérapie, de façon hebdomadaire, « de type TPPI avec incursions de type TCC » auprès de lui depuis le 9 mai 2014. La médication était composée d'Euthyrox 100 mg (soit une substitution d'hormones thyroïdiennes en cas d'hypothyroïdie de toute origine), Fluoxétine 40 mg (soit un antidépresseur), Lamotrigine 75 mg (utilisé en prévention des épisodes dépressifs), Metfin 300 mg (soit un antidiabétique) et des compléments alimentaires. Les troubles suivants avaient été constatés : « forte fatigue avec fatigabilité persistante le matin et à la moindre contrariété, découragement au sujet de l'avenir, anhédonie et aboulie partielle, forte inquiétude ». Le pronostic était « encore réservé en raison de cette lourde fatigue résistante au traitement, lentement favorable ». La future thérapie devait comprendre un travail sur la dysgraphie essentiellement. Quant aux restrictions physiques et psychiques lors des activités exercées par sa patiente, le médecin relevait que, sur le plan physique, des « dorso-lombalgies, tension des épaules et de la nuque, douleurs aux membres inférieurs, céphalées migraineuses ». Sur le plan mental, existaient des « troubles mnésiques à court terme et de concentration, dysgraphie, dysorthographe ». Sur le plan psychique enfin, étaient relevés : « fatigue, dépressivité masquée, anxiété, hypersensibilité ». Au travail, ses restrictions se manifestaient, sur le plan physique, par une réduction de la charge et de la force, en hauteur, et de l'absentéisme et, sur le plan mental et psychique, par l'évitement des tâches ou le dépassement des délais (temps rallongé à l'écriture), la lenteur, la vulnérabilité au stress, la perte de patience et de motivation et des variations de l'humeur, une absence de confiance, une perte d'estime de soi, un problème d'interaction sociale, de l'hyper-empathie, de la jalousie des collègues, une inquiétude perpétuelle, une crainte des chiffres et des résultats. Elle ne supportait en outre pas l'injustice. Le rendement était réduit de 100 % en raison de la grosse fatigue et de 50 %, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Les restrictions pouvaient être réduites par des mesures telle que la psychothérapie et la remédiation cognitive, afin de retrouver une meilleure capacité cognitive et de concentration et l'augmentation énergétique pour un meilleur rendement. L'on pouvait s'attendre à la reprise professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Un bilan neuropsychologique était en cours.

9. Le Dr B\_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI, le 22 novembre 2017, l'état de santé de sa patiente s'étant aggravé. Il posait un diagnostic différent, soit : « 1. Fibromyalgie, épuisement, douleurs diffuses, 2. Pyélonéphrite aiguë en août 2017 ». La fibromyalgie remontait à 2016. Le diagnostic était lentement favorable, le pronostic incertain. La compliance de sa patiente était optimale et la concordance entre les plaintes et l'examen excellente. La reprise du travail était envisageable dès février 2018 à raison de quatre fois trois heures par semaine.

10. Un rapport médical a été établi à la demande de l'OAI par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, le 14 décembre 2017. La capacité de travail exigible de l'assurée dans son activité habituelle était de 90 % et dans une activité adaptée de 60-70 %. Selon ce praticien, la patiente avait fait un burnout en juin 2016 et souffrait de fibromyalgie, ce qui influençait sa capacité de travail. Elle souffrait également d'atteintes n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, soit la maladie de Hashimoto depuis 2015, de douleurs aux articulations généralisées (2016), de candidose systémique (2016), d'un surpoids, de pyélonéphrite depuis août 2017 et d'une ténosynovite sténosante à la main (2005). Le traitement ambulatoire avait duré du 21 juin 2016 au 17 novembre 2017. Dès le 1<sup>er</sup> février 2018, ce médecin jugeait que l'activité professionnelle pouvait être reprise à 60-70 % à une place de travail calme.
11. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a établi, sur mandat, un avis médical, lequel rappelait que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 3 juin 2016, en raison d'un syndrome de fatigue chronique évoluant depuis mai 2015, d'un trouble anxieux généralisé (F41.1) connu depuis l'enfance et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.11). Son médecin et son psychiatre traitant retenaient également le diagnostic de fibromyalgie. L'assurée présentait une symptomatologie polymorphe avec des douleurs articulaires diffuses, une fatigue chronique, une thymie dépressive et des troubles cognitifs. À plus d'une année du début de l'incapacité de travail, le psychiatre traitant attestait une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, dans une activité adaptée. Par la suite, ce même médecin a attesté, bien que l'évolution était lentement favorable, une incapacité de travail totale dans toute activité, puis une capacité de 30 % (quatre heures par jour, trois fois par semaine) dans une activité adaptée dès février 2018. L'appréciation du psychiatre divergeait de celle du médecin traitant, ce dernier estimant que sa patiente pouvait travailler six heures par jour dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> février 2018. Au-delà de ces discordances, le SMR peinait à comprendre ce qui justifiait médicalement une incapacité de travail dans l'activité habituelle administrative, de même que dans toute autre activité adaptée. Par ailleurs, le descriptif d'une journée type, selon un rapport établi le 30 juin 2017, faisait état d'un fonctionnement normal de l'assurée, sans fatigabilité particulière ni besoin accru de sommeil. L'assurée ne rencontrait pas de difficultés dans la gestion de ses activités quotidiennes et administratives, voyait des amies, s'occupait de sa fille et de ses chats. Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, l'assurée avait suivi un « coaching orienté placement », une formation de bureautique (70 heures) et des cours d'anglais (72 heures) dans lesquels elle s'était bien investie. Le bilan final ne mettait pas en évidence d'insuffisance dans l'acquisition des compétences. Il y avait ainsi d'importantes discordances entre le fonctionnement satisfaisant de l'assurée et l'intensité des symptômes et limitations qu'elle alléguait et qui étaient rapportés par le psychiatre. Au vu de ces éléments et de la nature des atteintes psychosomatiques, le SMR ne retrouvait pas d'éléments de gravité permettant de justifier une

incapacité de travail durable dans l'activité habituelle. Afin de préciser cet aspect, le SMR proposait néanmoins de demander une expertise psychiatrique.

12. Une expertise médicale bi-disciplinaire a été mise en œuvre.
13. Le docteur D\_\_\_\_\_, dans le cadre de l'expertise, a décrit les plaintes de l'expertisée, lesquelles consistaient en des douleurs diverses, de sorte qu'une expertise rhumatologique était justifiée. L'expertisée se déplaçait lors de son entretien sans aucune limitation et avait pu demeurer assise durant l'entretien, sans paraître algique ou dolente. Elle avait annoncé souffrir de deux épicondylites aux coudes, mais avait eu une gestuelle libre, sans limitation, durant l'entretien. L'expertisée avait mentionné être toujours hyperactive, mais avoir parfois un tout petit peu moins de rendement. L'entretien s'était déroulé sur un mode très convivial. L'expertisée avait amené quelques documents, notamment la liste de ses médicaments, son curriculum vitae et un résumé des douleurs qu'elle ressentait. Elle n'était pas quérulente ou revendicatrice, mais assez volubile. Vive d'esprit, elle pouvait reconstruire son histoire personnelle sans trop de difficultés. Il n'y avait pas de foetor éthylique. L'expertisée était vigile, orientée dans les trois modes. L'examen neuropsychologique succinct était dans les normes. Il n'y avait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Le jugement et le raisonnement étaient conservés. Il n'y avait pas d'anhédonie, aboulie ou apragmatisme chez une assurée qui avait de nombreuses activités de loisirs, telles que voir des amis à Genève, regarder la télévision, jouer avec sa fille, se rendre à la piscine ou au cinéma. L'anxiété n'était pas manifeste et rien n'indiquait qu'elle ait été présente de façon continue. Il n'y avait pas de suicidalité. L'appétit s'était normalisé, après une prise de poids due aux effets secondaires de sa médication. Du point de vue anxieux, mise à part une acrophobie (peur de la hauteur) non incapacitante et une phobie des araignées, il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM-5. L'expertisée ne souffrait pas de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang. Elle déclarait faire attention de ne pas aller trop dans les magasins, car elle avait fréquemment des compulsions d'achat. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique ni de notion d'abus ou de dépendance éthylique, de tabagisme ou de prise de substances illicites annoncée, de troubles alimentaires, ou de signes florides de la lignée psychotique, en particulier de délires, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. Le tableau clinique au niveau somatique contrastait avec celui d'une assurée qui marchait beaucoup et se déplaçait sans limitation. L'expertisée était très centrée sur ses problèmes somatiques, peut-être parfois un peu dramatique, assez rigide, et peinait à reconnaître des failles et des insuffisances. Les relations étaient plutôt du registre anaclitique, à la recherche d'un étayage, d'une sécurité parfois régressive. L'assurée avait tendance à l'impulsivité, notamment par exemple dans les achats. Elle était à la recherche de gratifications narcissiques, au motif d'un idéal de soi, probablement excessif. Elle tendait à dériver sur la sphère somatique ses conflits

intrapyschiques, qui permettaient de solliciter son entourage et de faire l'économie de toute remise en question. Le tout suggérait une personnalité du registre histrio-limite. L'expertisée avait réalisé les tests psychométriques sans grande difficulté. Il existait une mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et d'auto-évaluation avec des scores largement surcotés pour certains et une discordance inter-autoévaluation. Le Hamilton 17 items plaidait pour une symptomatologie dépressive subclinique, alors que le Beck 21 allait dans le sens d'une dépression modérée, par contre le facteur « dépression » du SCL-90Ri avec un score subpathologique semblait indiquer que celle-ci était néanmoins légère. Selon le test de Hamilton, l'anxiété était peu significative, alors que le facteur « anxiété-état » du test Spielberger était élevé et que le facteur « anxiété-trait » semblait suggérer des traits anxieux moyens. Ces résultats étaient en contradiction avec le facteur « anxiété » du SCL-90R dans les normes et le facteur « sensibilité interpersonnelle et vulnérabilité » était aussi normal. Cette discordance inter-auto-évaluation, compte tenu même de la construction de ses échelles psychométriques, suggérait en général une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes. Le SCL-90R donnait un indice de somatisation élevé, il était subpathologique pour « Symptômes divers », ce qui était attendu. Tous les autres facteurs étaient dans les normes, ce qui semblait attester, outre les plaintes somatiques, une absence d'atteinte psychopathologique majeure, en tous les cas, incapacitante. Le V.K.P. avec un score de 6 ne plaidait pas pour un trouble particulier de la personnalité, chez une assurée qui voulait donner une image très favorable d'elle-même.

Au terme de l'appréciation de l'expert, celui-ci ne retenait pas d'argument en faveur d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs, la recherche de phases maniaques ou hypomaniaques n'ayant pas été contributive et l'éventuelle cyclothymie s'inscrivait plutôt dans le contexte du fonctionnement de personnalité. Il concluait donc à un trouble dépressif majeur, subclinique qui correspondait indirectement au fonctionnement qui avait été indiqué dans le rapport du psychologue ayant fait le rapport d'intervention précoce. L'examen attentif ne donnait aucun indice en faveur d'une aggravation chez une assurée qui avait pu mener à bien toutes les mesures d'intervention précoce qui lui avaient été proposées.

L'examen clinique ne mettait pas en évidence d'anxiété cliniquement significative. Il n'y avait pas non plus d'argument pour un trouble panique, et l'histoire personnelle de l'assurée allait à l'encontre d'une anxiété chronique, si elle avait existé, elle avait dû s'inscrire à l'époque dans la symptomatologie légère. Il n'y avait aucun argument objectif qui permettait d'attester une anxiété chronique incapacitante et qui aurait dû empêcher l'assurée de réaliser toutes ses tâches domestiques, l'éducation de sa fille, ses loisirs et sa vie sociale et sentimentale à nouveau investie.

Si le Dr B\_\_\_\_\_ parlait d'une personnalité de type anankastique, il n'y avait pas d'argument selon l'expert qui plaidait en faveur d'un trouble de la personnalité

majeure depuis l'adolescence, la vie sentimentale étant investie et mouvementée et les séparations ne semblant pas avoir engendré de difficultés majeures du point de vue émotionnel. Néanmoins, ce parcours indiquait une tendance à rentrer facilement en conflit avec la hiérarchie, des relations souvent pathologiques, sur un mode compulsif, à la recherche probablement d'une complétude qu'on pouvait qualifier de probablement anaclitique. La prise de conscience était faible, la tendance aux somatisations allait de pair avec le manque de capacités introspectives. La rigidité et le perfectionnisme ne faisaient pas une personnalité obsessionnelle, qui était surtout marquée par la rigidité, chez des sujets en général marqués par le doute et l'indécision, qui pouvait confiner à l'inhibition, et des difficultés à exprimer des émotions tendres et chaleureuses. C'était plutôt l'excès qui caractérisait l'expertisée, la cyclothymie, autrement dit les variations émotionnelles, réactionnelles, faisaient partie intégrante de la personnalité limite. Dans ce cas, on pouvait parler de traits de personnalité histrio-limites, mais celle-ci ne pouvait pas être considérée comme un trouble majeur de la personnalité incapacitant.

Quant au trouble à symptomatologie somatique évoqué par le psychiatre traitant, l'expert indiquait que la symptomatologie somatique - qui paraissait ambiguë et mal systématisable, caractérisée surtout par une fatigabilité, sans grande répercussion sur le fonctionnement quotidien de l'expertisée - prouverait le diagnostic d'un trouble à symptomatologie somatique de gravité tout au plus subclinique à léger.

Les diagnostics selon le DSM-5 étaient ainsi un épisode dépressif majeur vs un trouble de l'adaptation premier épisode actuellement en rémission ou subclinique (F300.81), un éventuel trouble de l'anxiété généralisée en rémission (F41.1), un éventuel trouble à symptomatologie somatique chronique, subclinique à léger (206.25), une personnalité à traits limites (F32.4), des difficultés relationnelles, conflit professionnel et licenciement. Aucun de ces diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail.

L'expert retenait que, subjectivement, l'assurée s'estimait incapable de travailler et, globalement, menait une vie très investie. En d'autres termes, mise à part l'impression subjective qu'elle ne pouvait pas retrouver un emploi, il n'existait pas de limitations dans le champ extraprofessionnel.

Il existait une mauvaise cohérence essentiellement entre les rapports médicaux du Dr B\_\_\_\_\_, l'importance des plaintes somatiques et le fonctionnement objectif qu'on pouvait constater chez l'assurée.

D'un point de vue strictement psychiatrique, l'expert retenait une pleine capacité de travail dès le 2 août 2017, dans son ancienne activité ou une autre activité. D'un point de vue objectif, l'évolution était bonne, quand bien même l'expertisée avait, d'un point de vue subjectif, manifesté des réticences à envisager de reprendre une activité professionnelle.

- 
14. Selon le rapport d'expertise du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du 25 janvier 2018, lequel avait examiné la recourante le 8 janvier 2019 entre 8h00 et 12h00, une conclusion consensuelle avait été établie par les deux experts.

Dans son rapport, le Dr E\_\_\_\_\_ exposait que du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas d'amyotrophie, de trouble sensitivomoteur. La personne assurée se mouvait, s'habillait et se déshabillait de manière fluide et autonome, elle avait été capable de rester assise sans opter pour une position antalgique durant tout l'entretien. Un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail consistait en des lombopygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, minimes troubles facettaires postérieurs 1-5-SI, alors que les autres diagnostics (syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de fibromyalgique, syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, status post-thyroïdite de Hashimoto puis maladie de Basedow en 2015 et 2016, status post-pyélonéphrite en 2017, status post-cure de ténosynovite sténosante des pouce gauche et droit en 2017, tachycardies et palpitations stabilisées par Beloc Zoc, Omalgies gauche et droite sans signe de conflit ou de tendinopathie, talalgies à gauche sans substrat organique) n'affectaient pas la capacité de travail.

L'expert relevait que le status lors de l'expertise mettait en évidence un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, alors sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il n'y avait pas de signe d'instabilité ou de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. Le bilan radiographique était rassurant dans la mesure où l'expert notait essentiellement de minimes troubles dégénératifs facettaires postérieures lombaires que peu significatifs. Il constatait qu'en ce qui concernait l'aspect rhumatologique et médical, la maladie semblait stabilisée dans le sens où on assistait à une chronicisation de la symptomatologie douloureuse.

Du point de vue somatique, il était opportun que l'expertisée bénéficie d'une approche physiothérapeutique à sec, voire en piscine, avec application de jets de massages et ce, dans le but d'éviter tout déconditionnement musculaire. La poursuite d'une médication décontracturante et antalgique prise de manière plus régulière, pouvait être proposée. Quant à la cohérence et la plausibilité des plaintes de l'expertisée, l'expert relevait que, du point de vue rhumatologique, le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Celle-ci était en lien avec une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs insertionnelles multiples fibromyalgiformes. Il n'y avait pas à proprement parler de divergence dans le dossier. L'assurée disposait de ressources, gérait son ménage de manière indépendante, s'occupait de sa fille et était capable de sortir de son appartement, de sorte qu'elle n'était pas recluse sur son lieu de vie. L'affection rhumatologique n'interférait que peu sur la durée de l'incapacité de travail et une reprise d'une activité professionnelle paraissait être en lien avec une surcharge due au stress ambiant. Dans son activité professionnelle antérieure du point de vue

rhumatologique, la personne assurée ne devait pas présenter de diminution de performance de plus de 20 % au vu de sa longue inactivité professionnelle. Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquaient que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure de bureau était estimée à 100 %. Son activité de bureau paraissait déjà être une activité adaptée. La situation ne semblait pas s'être cristallisée. Les troubles fonctionnels étaient plausibles du point de vue médical, cependant le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de son impotence fonctionnelle.

Du point de vue bi-disciplinaire, en tenant compte des aspects rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail de l'expertisée dans son activité habituelle et antérieure était estimée à 100 % avec diminution de rendement de 20 %, dès le jour de l'expertise. L'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique et était capable de travailler à 100 %.

15. Le 15 février 2019, le SMR, soit pour lui la doctoresse F\_\_\_\_\_, a résumé les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire et a retenu qu'aucune pathologie associée ressortait de l'assurance-invalidité, la capacité de travail exigible était de 100 % dans l'activité habituelle ou une activité adaptée.
16. L'OAI a fait parvenir à l'assurée, par pli du 19 février 2019, un projet de décision de refus de prestations au motif qu'à teneur de l'ensemble des éléments médicaux recueillis, il ne pouvait être retenu d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.
17. Le 28 mars 2019, l'assurée s'est opposée par écrit audit projet de décision, en indiquant qu'elle souffrait de nombreux maux qui réduisaient à néant sa capacité de travailler et avaient des répercussions sur tous les aspects de sa vie. Suivie par plusieurs médecins, elle affirmait souffrir de la maladie de Hashimoto, de migraines, de dépression, d'anxiété, de fatigue chronique, de tachycardie, du syndrome du côlon irritable et de fibromyalgie.
18. Le 24 juin 2019, le Dr B\_\_\_\_\_ a contesté les conclusions de l'expert dans la mesure où sa patiente était trop pudique pour avoir expliqué ses faiblesses à un expert qu'elle ne connaissait pas. Le diagnostic était faux. Le diagnostic de personnalité à traits limites ne correspondait pas au code F32.4 dans la liste DSM-5 ou CIM-10. Le code F32 correspondait aux troubles affectifs et les codes « personnalité » au F60. Ainsi le F32.4 ne correspondait à rien sauf un trouble dépressif majeur, en rémission partielle.
19. Le Dr C\_\_\_\_\_ a rédigé une brève note le 24 juin 2019 pour attester que l'état psychologique et physique de sa patiente se détériorait depuis le refus de rente de l'OAI.
20. Le 16 juillet 2019 à la suite de l'audition de l'assurée, le SMR a rédigé un rapport à teneur duquel il rappelait que l'expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée n'avait pas mis en évidence d'atteinte à la santé au sens de l'AI. En l'absence de limitations significatives aux plans psychiatrique et rhumatologique, une capacité

---

de travail entière était attestée dans l'activité habituelle. En procédure d'audition, l'assurée s'était opposée au projet de décision du 19 février 2019, en fournissant un rapport médical de son psychiatre (Dr B\_\_\_\_\_, 24 juin 2019), de son généraliste (Dr C\_\_\_\_\_, 24 juin 2019) et de son cardiologue (Dr G\_\_\_\_\_, 12 avril 2018). D'un point de vue psychiatrique, le Dr B\_\_\_\_\_ contestait la valeur convaincante de l'expertise psychiatrique, en raison de son manque d'objectivité et d'un certain parti pris dans les conclusions, estimant que le fond et la forme de cette expertise devaient être raisonnablement rejetés. Une rente semblait être une juste mesure vu les troubles psychiques et somatiques de l'assurée. Le psychiatre traitant apportait certaines précisions concernant l'anamnèse de l'assurée, son vécu de la procédure d'expertise et du refus de rente. D'un point de vue somatique, les Drs C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ mentionnaient une tachycardie sinusale probablement aggravée par le stress psychologique de la décision de refus de l'OAI, et nécessitant un traitement spécifique. Il ne s'agissait là pas d'un élément nouveau qui aurait été ignoré dans l'appréciation de l'exigibilité, dès lors que cette problématique était prise en compte dans les conclusions du SMR du 15 février 2019. Les éléments apportés en procédure d'audition ne remettaient pas en cause la valeur convaincante de l'expertise psychiatrique, ni les conclusions du 15 février 2019.

21. Par pli recommandé du 17 juillet 2019, l'OAI a adressé sa décision de refus de prestations à l'assurée, dans la mesure où la procédure d'audition ayant suivi l'opposition au projet de décision du 28 mars 2019 et les certificats médicaux fournis à cette occasion n'étaient pas propres à remettre en cause la valeur convaincante de l'expertise médicale et les conclusions prises précédemment, à savoir que l'atteinte à la santé n'était pas durablement incapacitante et dès lors pas du ressort de l'assurance-invalidité.
22. Le 9 septembre 2019, le docteur H\_\_\_\_\_ a attesté à la demande de la recourante que cette dernière se plaignait de céphalées depuis l'âge de 10 ans. Ces céphalées avaient fait l'objet, en juillet 2010, d'investigations dans le service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Elles apparaissaient surtout lors de l'orthostatisme. Le diagnostic était celui d'un syndrome d'hypotension spontanée du liquide céphalo-rachidien. Il s'agissait vraisemblablement d'un syndrome d'hypotension intracrânienne spontanée en l'absence de brèche ou d'autres causes sous-jacentes décelables. Après un traitement conservateur hospitalier et au vu de la persistance des céphalées, l'assurée avait bénéficié alors d'un « blood patch » épidural (injection de sang autologue dans l'espace épidural, avec un volume de sang d'environ 15 cc). Cette intervention avait permis de nettement améliorer les symptômes de la patiente. Le médecin l'avait vue, en mars 2019, car elle était en proie à nouveau à des céphalées fréquentes dont l'anamnèse céphalalgique permettait de retenir deux étiologies : une maladie migraineuse sous-jacente ainsi qu'une céphalée de tension. Les plaintes de la patiente étaient cohérentes par rapport à l'anamnèse céphalalgique car les céphalées avaient des facteurs déclencheurs, s'accompagnaient de photophobie

et de phonophobie et l'anamnèse familiale révélait une mère, un grand-père et une fille migraineux. Les céphalées de tension pouvaient s'expliquer par un parcours de vie difficile avec un phénomène d'épuisement progressif et un état dépressif. L'évaluation de la capacité de travail de l'assurée était difficile. Sur le plan strictement neurologique, si l'on pouvait mieux maîtriser et adapter un traitement pour diminuer la fréquence et l'intensité des céphalées, on pouvait admettre une capacité de travail à 100 %. En revanche, si elle devait présenter une réponse peu efficace à la thérapeutique, la fréquence des céphalées pouvait entraîner une incapacité de travail sur le plan strictement neurologique réduite.

23. Le 16 septembre 2019, l'assurée a recouru contre le refus de l'OAI devant la chambre de assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Elle contestait la valeur probante des expertises mises en œuvre par l'OAI compte tenu des conclusions du psychiatre traitant et des lacunes de l'expertise psychiatrique. L'instruction n'était pas complète au vu du rapport neurologique établi par le Dr H\_\_\_\_\_ qui mettait en évidence des troubles neurologiques qui n'avaient fait l'objet d'aucune investigation ni d'appréciation globale au regard de la fibromyalgie dont elle souffrait. Elle concluait, sous suite de frais, à l'annulation de la décision entreprise, au constat qu'elle avait le droit à une rente de l'OAI, après la mise en œuvre, le cas échéant, d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, rhumatologie et neurologique) ou le renvoi du dossier à l'OAI.
24. La recourante a complété son recours le 14 novembre 2019, contestant le bien-fondé de l'expertise réalisée par le Dr D\_\_\_\_\_, lequel avait sous-estimé les diagnostics interférant avec la capacité de travail de l'assurée en raison de l'attitude de cette dernière lors de l'expertise. L'assurée avait de la peine à dévoiler ses affects. La rigueur et la méfiance d'origine traumatique de l'assurée avaient produit un amalgame paranoïaque. Elle était sujette à des burnouts et ressentait des douleurs parfois insupportables au quotidien qui anéantissaient ses ressources. Les céphalées migraineuses attestées après le prononcé de l'expertise n'avaient pas été prises en compte.
25. Le 10 décembre 2019, l'OAI a répondu au recours en concluant au rejet de celui-ci en se fondant sur les conclusions des expertises rhumatologique et psychiatrique des Dr E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.
26. Par courrier du 16 janvier 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions, contestant toute valeur probante à l'expertise psychiatrique.
27. Le 6 février 2020, l'intimé en a fait de même.
28. Le 4 février 2020, l'OAI a fait parvenir une dénonciation anonyme qu'il avait reçue contre la recourante comprenant des extraits de pages internet appartenant à la recourante (sexy eyes, A\_\_\_\_\_, aux mille et un regard de Shenna) et de messages (avec le numéro de la recourante) concernant une activité lucrative de pose ou extension de cils pour des prix allant de CHF 70.- à CHF 250.- la pose.

29. Invitée à se déterminer sur cette dénonciation, la recourante a pris position le 20 août 2020, en exposant qu'elle n'avait jamais exercé une activité dans le domaine des soins esthétiques mais envisagé de le faire à la suite de son licenciement. Elle avait suivi une formation et obtenu un diplôme en 2017 et ouvert deux sites internet visés par la dénonciation. Son état de santé ne lui avait pas permis de mettre en œuvre son projet. Elle n'avait jamais eu de clientèle ou de chiffre d'affaires. L'Hospice général avait également reçu une dénonciation qu'il avait finalement classée.
30. Invité à produire le rapport d'enquête, l'Hospice général a adressé à la chambre de céans un document selon lequel l'assurée a indiqué avoir fait une formation en « extension de cils » en 2016, alors qu'elle était toujours en emploi auprès de son dernier employeur. Lors de l'enquête, elle ne faisait que deux poses par mois, à CHF 40.- par pose. Le revenu ne lui permettait que de couvrir le coût du matériel. Elle voulait écouler son stock.
31. Par pli du 24 septembre 2020, la recourante a expliqué avoir continué à percevoir des prestations de l'Hospice général, de sorte que l'enquête avait selon elle été classée.
32. Le 5 octobre 2020, l'OAI a soutenu qu'à teneur des informations contenues dans le rapport d'enquête précité, les ressources personnelles de la recourante étaient préservées, ce qui était incompatible avec une atteinte psychiatrique sévère et incapacitante.
33. Le 12 octobre 2020, la recourante a contesté le point de vue de l'OAI. Elle n'était plus capable de travailler, sa vue se dégradait, elle était atteinte de fibromyalgie, était intolérante au stress que pourrait provoquer une activité professionnelle.
34. 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), 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. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.
3. 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

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

a. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à

---

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

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standards qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ;
- 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) ;
- complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) ;
- 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).

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 : autoperception 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).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

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. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

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

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

### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

## II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

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

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

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères

---

d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

5. L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes 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 (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

- a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

---

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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).

f. 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).

6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptible 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).
7. a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la

mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

b. 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).

c. 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (RS 101 – Cst ; 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).

8. En l'espèce, au vu des importantes discordances entre le fonctionnement satisfaisant de la recourante et l'intensité des symptômes et limitations qu'elle alléguait, l'intimé, sur proposition du SMR, a mandaté deux experts, un psychiatre et un rhumatologue, pour procéder à une expertise bi-disciplinaire. La recourante a ainsi fait l'objet d'un examen clinique par chacun des deux experts. Les rapports des experts comportent une anamnèse familiale, psycho-sociale et professionnelle complète et détaillée, de même qu'un résumé des plaintes, des prises en charge médicales et l'exposé du status clinique. Les experts ont procédé à une appréciation et discussion du cas en se fondant sur un dossier complet. Leurs conclusions, exemptes de contradictions, sont motivées, claires et convaincantes, notamment quant aux raisons pour lesquelles l'expert-psychiatre s'est écarté de l'avis médical du psychiatre traitant de la recourante.

Il s'ensuit que l'expertise bi-disciplinaire remplit tous les réquisits permettant de lui attribuer pleine valeur probante, de sorte que la chambre de céans n'a aucun motif d'ordonner une autre expertise.

Elle appréciera dès lors l'ensemble des preuves sans instruction complémentaire.

9. S'agissant d'abord du diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, l'expert-rhumatologue a retenu uniquement des lombopyalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire – minimes troubles facettaires postérieurs L5-S1. Il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. Le bilan radiographique était rassurant. Il mettait en évidence des minimes troubles dégénératifs facettaires postérieures lombaires peu significatifs. La thérapie (physiothérapie et médicamenteuse) était conduite dans les règles de l'art, sans interruption ni problème de coopération. Les possibilités thérapeutiques n'étaient pas épuisées. La maladie rhumatologique semblait stabilisée. Quant à la cohérence et la plausibilité des plaintes, du point de vue rhumatologique, le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, laquelle était en lien avec une nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur avec douleurs intentionnelles multiples fibromyalgiformes. Sa capacité de travail dans son ancien travail de bureau, activité adaptée, était entière. L'expert retenait une diminution de performance de 20 % au vu de la longue inactivité professionnelle. Ainsi d'un point de vue rhumatologique, la recourante jouissait d'une pleine capacité de travail.

L'expert-psychiatre n'a pas retenu de psychopathologie incapacitante. Les diagnostics d'épisode dépressif majeur vs trouble de l'adaptation premier épisode en rémission ou subclinique (F300.81), d'éventuel trouble de l'anxiété généralisée en rémission (F41.1), d'éventuel trouble à symptomatologie somatique chronique, subclinique à léger (206.25), de personnalité à traits limites non décompensés (F32.4) n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Il a relevé l'absence de toute limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. La capacité de travail était de son point de vue également entière.

Concernant, ensuite les ressources personnelles de l'assurée et le contexte familial et social, les experts ont constaté que l'assurée gérait son ménage de manière indépendante, s'occupait de sa fille, était capable de sortir de chez elle. Elle n'était pas recluse. Ses relations sociales étaient préservées avec son entourage à l'instar de certaines activités de loisirs.

Des divergences existent entre les limitations alléguées par la recourante et les observations faites par les deux experts et ses propres déclarations. Les allégations de nombreuses atteintes sont subjectives et en totale discordance avec le comportement et le quotidien de la recourante. Cette dernière n'a relaté à aucun des experts l'existence de limitations dans ses tâches quotidiennes dues à ses atteintes somatiques ou psychiques. Elle a au contraire décrit des tâches quotidiennes qu'elle gérait de manière indépendante, ses interactions sociales et ses loisirs. Alors qu'elle a ensuite minimisé ces éléments sous la plume de son psychiatre traitant. Reprenant les griefs de sa patiente contre l'expertise, le psychiatre traitant a évoqué pour cette dernière des limitations dans son quotidien sans les relier à une cause somatique ou psychique précise, à l'exception de la mention d'un « état d'épuisement quasi constant l'empêchant de vivre un quotidien agréable ». Le psychiatre traitant

dénonce en outre une erreur dans le diagnostic de l'expert quant au trouble de la personnalité à traits limites auquel l'expert a ajouté la référence F32.4.

Les prises de position du psychiatre traitant - lequel n'est pas d'accord avec l'expertise - ne contiennent pas d'éléments qui auraient été omis par l'expert. Son appréciation divergente quant à la capacité de travail de la recourante ne permet pas de remettre en cause l'expertise, neutre, ordonnée par l'OAI. L'erreur invoquée quant au code de référence du trouble de la personnalité ne crée pas de doute sur le diagnostic posé et expliqué dans le rapport par l'expert. Cela apparaît en outre sans pertinence dans la mesure où tant le diagnostic du psychiatre traitant (personnalité anankastique) ou de l'expert (personnalité à traits limites) n'avait pas de répercussion selon ces derniers sur la capacité de travail de la recourante. Les répercussions des atteintes psychiques de la recourante sur son quotidien et sa capacité de travail sont contradictoires avec les constatations de l'expert, lequel a exposé les raisons de se départir de l'avis du médecin traitant avec détails. L'appréciation de la valeur de l'expertise rhumatologique ne relève pas du domaine de compétence du psychiatre traitant de la recourante. Pour l'ensemble de ces motifs, les avis médicaux des médecins de la recourante ne l'emportent pas sur l'expertise bi-disciplinaire qui apparaît convaincante et retient des diagnostics et une absence de limitation en adéquation avec la situation réelle de la recourante et non avec ses seules plaintes.

La preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est dès lors pas rapportée.

10. Au vu de ce qui précède, conformément à l'expertise bi-disciplinaire, la chambre de céans retient que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail est totale dans toute activité, sans diminution de rendement due aux atteintes somatiques ou psychiques.
11. Le recours, mal fondé, est rejeté.
12. La recourante plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
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

Marie NIERMARÉCHAL

Marine WYSSENBACH

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