RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3484/2019** **ATAS/333/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du 15 avril 2021

**5ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame A_____, domiciliée _____, à CAROUGE, représentée par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés | recourante |
| contre | |
| OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE | intimé |

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, employée de bureau, mariée et mère d'un enfant, 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) qui a été enregistrée en date du 2 avril 2013. Dans le formulaire ad hoc, elle a décrit ses troubles de la santé comme étant d'origine maladive, soit un « syndrome – somatoforme » déclaré comme existant depuis 1997, mais diagnostiqué en 2006, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent ; les médecins traitants étaient le docteur B_____, généraliste, le docteur C_____, psychiatre et la doctoresse D_____, rhumatologue.

2. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a rendu un rapport d'évaluation en date du 23 mai 2013 qui se fondait sur le dossier et sur un entretien avec l'assurée qui avait eu lieu le même jour. L'assurée était présentée, sous l'angle de l'impression générale, comme fragile psychologiquement, avec des signes dépressifs importants, des pleurs récurrents lors de l'évocation de son état de santé et de sa situation personnelle et professionnelle, ayant besoin d'être rassurée. Selon l'avis du médecin traitant, le Dr B_____, l'activité habituelle exigible était de 60%. L'assurée, questionnée sur son avenir professionnel, déclarait vouloir continuer dans son activité professionnelle, même à 60 %, tout en souhaitant baisser son taux à 50% de manière à pouvoir adapter son rendement à son rythme de travail.

3. Dans un avis médical du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) du 18 juin 2013, la doctoresse E_____ résumait le dossier et les avis des médecins traitants de l'assurée, notamment le Dr B_____, qui suivait l'assurée depuis 2003 et retenait comme diagnostic incapacitant, un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie et un trouble dépressif récurrent moyen, ce qui, selon lui, influençait et diminuait le taux d'activité, qui était de l'ordre de 60%, le Dr C_____ qui, dans son rapport du 16 avril 2013, retenait le même diagnostic et estimait la capacité de travail à 50%, depuis avril 2013 et enfin la Dresse D_____, qui dans son rapport du 17 mai 2013, estimait la capacité de travail à 50%. Le médecin du SMR concluait son avis en recommandant une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, psychiatrie et médecine générale.

4. Suivant les recommandations du SMR, l'OAI a mandaté trois experts, la doctoresse F_____, rhumatologue, le docteur G_____, psychiatre, et le docteur H_____, généraliste, qui ont rendu un rapport d'expertise en date du 28 mars 2014. Selon les conclusions des experts, les atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient des lombalgies et cervicalgies chroniques ; les maladies sans répercussion sur la capacité de travail étaient un épisode dépressif d'intensité légère à moyenne, un syndrome douloureux chronique, une obésité de classe 2, une incontinence urinaire mixte dès 2011, un status après colique néphrétique en 1997, un status après cure d'hémorroïdes en 2013, des malaises d'origine indéterminée, vraisemblablement de rejet, d'origine neurovégétative ou psychogène, une lithiase

rénale droite, ainsi qu'une allergie possible aux pénicillines. Les limitations fonctionnelles et restrictions psychiques liées aux atteintes à la santé incapacitante étaient une limitation dans les travaux lourds et les ports répétés de lourdes charges en raison des douleurs du rachis. S'agissant des répercussions sur la capacité de travail, l'activité habituelle était exigible à plein temps sans perte de rendement. La présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité, sa durée, dans le cadre d'un trouble de la lignée somatoforme était niée. L'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, était niée. Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie était niée. Un échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art était nié. Une incapacité de travail dans son activité professionnelle actuelle était niée et la capacité de travail exigible dans l'activité actuelle était fixée à 100% avec, comme limitations fonctionnelles, éviter les ports répétés de lourdes charges et les travaux lourds ; une activité adaptée devait, selon les experts, présenter une situation peu stressante avec des temps de repos possibles, au regard de la fatigabilité de l'assurée. Il était mentionné que tous les traitements avaient été inefficaces sur le plan rhumatologique, mais que la problématique principale était la fibromyalgie ; il n'y avait aucune proposition thérapeutique hormis la prise en charge de l'incontinence urinaire. Le pronostic était objectivement bon, mais subjectivement mauvais. Aucune mesure professionnelle n'était indiquée, l'activité professionnelle actuelle étant, selon les experts, adaptée.

5. Par avis médical du 6 juin 2014, le médecin-conseil du SMR a recommandé à l'OAI de suivre les conclusions des experts.

6. En date du 8 août 2014, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus de toute prestation. En l'absence de contestation de la part de cette dernière dans le délai fixé, l'OAI a rendu une décision de refus de toute prestation, datée du 26 septembre 2014. Faute de recours de l'assurée, ladite décision est entrée en force.

7. L'assurée s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) qui a ouvert un délai-cadre d'indemnisation, par l'assurance-chômage, du 14 janvier 2015 au 31 janvier 2017.

8. En date du 30 mars 2016, PRO entreprise sociale privée (ci-après : PRO), centre d'évaluation professionnel mandaté par l'office régional de placement (ORP), a rendu un rapport après avoir effectué une évaluation professionnelle de l'assurée. La synthèse dudit rapport établissait un taux d'activité de 50% sur une période initiale d'un mois, allant du 29 février au 25 mars 2016, mais qui, en raison des troubles de la santé de l'assurée, s'était finalement réduite à une quinzaine de jours, avec un rendement en qualité de 70% et un rendement en temps de 33%. Quant à la capacité à exercer durablement une seule et même activité, il était recommandé que l'assurée ait la possibilité d'alterner régulièrement deux activités, voire davantage, afin d'être en mesure de travailler jusqu'à la fin de sa journée de travail, quel que soit son taux de présence ; il était mentionné des difficultés de concentration et le

fait qu'il était nécessaire de répéter la consigne afin qu'elle soit comprise et intégrée. L'attitude de l'assurée était considérée comme respectueuse et courtoise vis-à-vis du supérieur et des collègues avec une facilité de communication ; l'adaptation à l'environnement de travail était considérée comme plutôt aisée ; la qualité du travail n'était pas toujours de 100%, mais l'assurée corrigeait ses erreurs lorsqu'on les lui faisait remarquer ; il était mentionné que l'assurée se plaignait souvent, essayait toutes les activités, mais demandait souvent à arrêter quand elle avait trop mal ou qu'elle rencontrait des difficultés ; son engagement personnel et son investissement dans les activités de l'atelier montraient que l'assurée était motivée à être en activité.

9. En date du 15 décembre 2016, l'OCE a informé l'assurée que son délai-cadre arrivait à échéance et que tout versement de prestations cantonales serait interrompu à compter du 14 janvier 2017 ; faute d'emploi, il lui était conseillé de s'adresser à l'Hospice général, afin d'éviter de se retrouver sans ressources.

10. L'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations d'invalidité qui a été enregistrée par l'OAI en date du 12 janvier 2017. S'agissant de l'atteinte à la santé, l'assurée indiquait qu'il s'agissait de problèmes physiques et psychiques qui existaient depuis 2007, avec maintenant une péjoration de son état. Les mêmes médecins traitants que ceux figurant dans la précédente demande de prestations d'invalidité étaient à nouveau mentionnés par l'assurée.

11. En date du 13 janvier 2017, l'OAI a accusé réception de la demande de l'assurée et lui a rappelé que cette dernière avait déjà fait l'objet d'une décision du 26 septembre 2014 et qu'il appartenait désormais à l'assurée de rendre plausible que l'invalidité s'était modifiée, dans l'intervalle, de manière à influencer ses droits.

12. À cet effet, le Dr B_____ a adressé un courrier à l'OAI, en date du 6 février 2017, rappelant que les problèmes médicaux dont souffrait sa patiente étaient actuellement les suivants : des douleurs musculo-tendineuses multiples, compatibles avec un syndrome somatoforme douloureux persistant ; un état dépressif sévère ayant nécessité récemment un recours aux urgences psychiatriques, puis une prise en charge de deux mois, dans le cadre du centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégré (ci-après : CAPPI) de la Jonction ; des douleurs articulaires des genoux correspondant à une arthrose bilatérale ; des lombalgies chroniques sur spondylarthrose, traitées par la Dresse D_____ ; une obésité morbide avec un BMI à 40, la patiente étant en attente d'une chirurgie bariatrique ; une incontinence urinaire de type urgent ; des troubles de concentration et des troubles cognitifs légers, non encore investigués. Le médecin traitant mentionnait le rapport d'évaluation PRO qu'il joignait en annexe, indiquant que ce dernier avait mis en évidence des problèmes de santé sous forme de douleurs lombaires et articulaires, de mobilité réduite, d'absence de persévérance dans l'activité professionnelle avec un rendement très faible, de pertes de concentration et de mémoire et de fréquents malaises avec chutes et vomissements, nécessitant

des périodes de repos. Un rapport médical séparé devait encore être établi par le psychiatre traitant.

13. Le Dr C_____ a adressé un courrier à l'OAI, en date du 7 février 2017, précisant que la patiente avait repris ses consultations et qu'elle souffrait, sur le plan psychiatrique, de troubles dépressifs sévères et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

14. Une lettre de sortie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), département de santé mentale et de psychiatrie, datée du 3 février 2017, était également communiquée à l'OAI, faisant état d'une admission en date du 15 novembre 2016 et d'une sortie en date du 6 janvier 2017 ; le diagnostic principal retenu était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique en rémission partielle F 33.1, avec comme autre diagnostic une obésité de type 2 et une fibromyalgie. Les éléments anamnestiques depuis la naissance jusqu'à l'admission étaient mentionnés ; le status à l'entrée était décrit comme une personne tendue et anxieuse, collaborante, sans trouble attentionnel ni mnésique, à l'expression triste, avec des pleurs abondants, un sentiment de dévalorisation intense, une anhédonie, une aboulie, un sentiment de culpabilité et une diminution de l'estime de soi, ainsi qu'une baisse de l'élan vital, des troubles du sommeil et des ruminations anxieuses. L'assurée rapportait des idées noires par le passé, mais inexistantes actuellement ; aucun élément de la lignée psychotique n'était relevé, ni d'hallucination audiovisuelle. Il était mentionné que l'assurée avait bénéficié d'un programme de soins intensifs basé sur des entretiens médicaux infirmiers réguliers, qu'elle était initialement réfractaire à participer au groupe et qu'elle avait pu bénéficier d'un suivi psychosocial pour un soutien social effectif, que sur conseil de l'assistante sociale, elle avait entrepris des démarches pour refaire une demande de prestations d'invalidité qui avait été encouragée par son médecin traitant. Après avoir commencé à participer activement au groupe, la patiente avait pu se recentrer sur elle-même et prendre de la distance ; la thymie s'était améliorée, ainsi que le sommeil, et avait conduit à une atténuation de la symptomatologie anxieuse et une meilleure gestion de ses problèmes sociaux. Sur le plan pharmacologique, la patiente refusait de reprendre la Duoléxine et cela malgré les explications fournies, à maintes reprises, sur l'importance d'un tel traitement et l'absence d'un effet secondaire sous forme de prise de poids ; il était mentionné qu'un traitement par Fluoxétine 20 mg avait été instauré, à mi-janvier, par son psychiatre. À la sortie, l'assurée n'avait pas de désorientation temporo-spatiale ni de troubles cognitifs, la thymie était neutre, les affects étaient congruents et mobilisables, mais il persistait une labilité émotionnelle importante ; le sommeil était satisfaisant et il n'y avait plus de ruminations ; aucun élément psychotique n'était relevé et l'assurée démontrait une bonne capacité d'introspection nosognosique. Un suivi psychiatrique lui était recommandé, avec poursuite d'un traitement antidépresseur.

15. En date du 17 juillet 2017, le SMR a rendu un avis médical ; la doctoresse I_____ a considéré que l'aggravation avait été rendue plausible au vu des pièces qui

avaient été communiquées par l'assurée ; elle a recommandé d'écrire au CAPPI de la Jonction pour avoir le rapport de consultation et de demander un rapport médical initial aux trois médecins traitants de l'assurée.

16. Se fondant sur la proposition du SMR, l'OAI a confirmé à l'assurée, par courrier du 18 juillet 2017, qu'il entrait en matière sur sa nouvelle demande de prestations d'invalidité.

17. En date du 19 juillet 2018, le SMR a rendu un avis médical. La Dresse I_____ a rappelé qu'il s'agissait d'une deuxième demande pour aggravation psychique et a résumé les rapports des médecins traitants, notamment :

    - le courrier du Dr B_____, posant les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, état dépressif sévère ayant nécessité un recours aux urgences psychiatriques, puis une prise en charge de deux mois aux EPI, lombalgies chroniques sur spondylarthrose, obésité morbide en attente de chirurgie bariatrique, incontinence urinaire de type urge ; le stage professionnel mis en place à la fondation PRO avait été interrompu au bout de 15 jours du fait des douleurs, de fréquents malaises avec chute et vomissements, de troubles de la concentration et de la mémoire et de labilité émotionnelle ;
    - le rapport médical du 8 août 2017 du psychiatre traitant, posant le diagnostic de syndrome douloureux et de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne et de fibromyalgie, justifiant une incapacité de travail total dans toute activité, avec indication d'un traitement par Fluoxétine 20 mg par jour ;
    - le rapport médical du 13 octobre 2017 du médecin traitant rhumatologue, considérant que la capacité de travail était nulle dans toute activité en raison de la fibromyalgie diagnostiquée en 2007, d'un tunnel carpien bilatéral, d'une lombo discarthrose avec discopathie étagée, une arthrose bilatérale des genoux, d'un état dépressif, d'une obésité, de syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP, d'une incontinence urinaire sur descente de vessie ; l'assurée souffrant de lombalgies, gonalgies et douleurs des membres supérieurs avec accro paresthésies, un traitement par Tramal de 5 mg par jour et de Fluoxétine de 20 mg par jour était mentionné ;

    Compte tenu de ces éléments, le médecin du SMR considérait qu'il était nécessaire de mettre en place une expertise tri-disciplinaire, soit en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie.

18. L'OAI a suivi les recommandations du SMR et a informé l'assurée de son intention de la soumettre à une expertise médicale pluridisciplinaire, par courrier du 20 juillet 2018 ; l'OAI a mandaté les médecins suivants : les docteurs H_____, pour la médecine interne, et J_____, pour la psychiatrie, et la doctoresse K_____ pour la rhumatologie. L'assurée a été informée des noms et des spécialités des experts, ainsi que de sa possibilité de demander la récusation des experts, pour des motifs pertinents, par courrier du 2 janvier 2019 ; elle n'a pas réagi.

19. Les experts ont rendu leur rapport en date du 25 avril 2019, en mentionnant que l'examen psychiatrique avait eu lieu le 14 février 2019, l'examen rhumatologique le 21 février 2019 et l'examen de médecine interne le 26 février 2019.

    S'agissant de l'experte en rhumatologie, l'entretien avec l'assurée a duré 1h30. L'experte a résumé les motifs et les circonstances de l'expertise, notamment l'avis médical SMR du 19 juillet 2018 et le fait qu'il s'agissait d'une deuxième demande de prestations d'invalidité datant du 12 janvier 2017, déposée après celle du 2 avril 2013. L'experte a noté les périodes d'incapacité de travail avec l'évolution et le fait qu'elles étaient documentées et a indiqué, comme autre document de référence, l'expertise de 2014 ; elle a mentionné également l'avis médical SMR du 19 juillet 2018.

    L'experte a eu à sa disposition l'intégralité du dossier de l'OAI et a notamment cité les autres pièces qu'elle avait recueillies soit : la lettre de sortie du 3 février 2017 du département de santé mentale et de psychiatrie ; les rapports médicaux neurologiques du 24 septembre 2018 et du 7 février 2019, le compte rendu opératoire du 7 février 2018, la lettre de sortie du 21 février 2018, le rapport de consultation ambulatoire du 14 mars 2018, le rapport de consultation ambulatoire de suivi du 25 mars 2018, adressés au Dr B_____, et la convocation pour un examen gynécologique du 26 mars 2019. L'experte a également cité les examens radiologiques, soit les radiographies de la colonne lombo-sacrée face et profil, des genoux face et profil et des mains face et oblique, du 21 février 2019, ainsi que les examens de laboratoire, à savoir des examens sanguins du 26 février 2019. Elle a également pris connaissance de l'examen médical supplémentaire, soit l'échelle de somnolence d'EPWORTH, du 26 février 2019. Elle n'a pas indiqué avoir eu recours à des informations fournies par des tiers et a examiné le rapport d'expertise précédent, soit celui du 28 mars 2014, effectué, notamment, par la Dresse F_____, rhumatologue. Ces rapports et documents ont fait l'objet d'une synthèse sous chiffre 2 « Synthèse du dossier », avec, de surcroît, la décision du 26 janvier 2014 de refus de toute prestation de l'OAI ; de l'IRM du rachis lombaire du 29 janvier 2016 ; du rapport du centre d'évaluation professionnelle PRO du 29 février au 11 mars 2016 ; du rapport du 28 novembre 2016 au Dr B_____ pour un possible traitement chirurgical de l'obésité ; des rapports du Dr B_____ à l'OAI du 6 février 2017 et du 27 juillet 2017 ; des rapports du Dr C_____ à l'OAI du 7 février 2017 et du 8 août 2017 ; de la scintigraphie osseuse du 13 mars 2017 à la Dresse D_____ et du rapport de la Dresse D_____ à l'OAI du 13 octobre 2017. L'entretien entre l'experte et l'assurée a été décrit sous chiffre 3 « Entretien », sur six pages, en décrivant les plaintes de l'assurée et en approfondissant l'affection actuelle, l'assurée se plaignant essentiellement de douleurs du rachis lombaire et des quatre membres et faisant état de douleurs constantes qu'elle situait sur une échelle de 6-7/8 sur 10 avec parfois des douleurs plus vives, durant plusieurs heures, estimées à 10/10. L'experte a noté que les descriptions des douleurs étaient très imagées, décrites sur un ton catastrophique, décrivant qu'à plusieurs reprises

elle avait dû être portée jusqu'à son lit par son mari et/ou par son fils - qui vivait encore en ménage commun - lorsque les douleurs étaient intenses. Elle présentait son mari comme compréhensif, mais son fils comme se montrant impatient et avec lequel il y avait parfois quelques tensions. En raison des douleurs, l'assurée déclarait ne pas pouvoir effectuer les tâches ménagères quotidiennes, sauf quand elle se sentait bien ; dans ce cas, elle pouvait faire la cuisine et quelques rangements, mais si elle n'était pas dans un « bon jour », elle ne faisait rien de toute la journée et restait couchée. Elle indiquait que la prise d'un comprimé de Dafalgan, lors de crises, n'améliorait pas la situation, et déclarait n'avoir pas d'autres réserves médicamenteuses pour les douleurs plus intenses. Elle s'efforçait de marcher entre un quart d'heure et une demi-heure par jour, suite aux conseils qui lui avaient été donnés par les médecins, en lien avec la pose d'un by-pass. Selon l'experte, l'anamnèse systématique ne faisait pas apparaître une maladie rhumatismale inflammatoire, il n'y avait pas de psoriasis, pas de raideur matinale, pas de douleur nocturne insomniante, pas d'épisode d'épanchement articulaire entre autres. Il n'y avait pas de syndrome de dépendance et l'anamnèse familiale établissait que le père de l'assurée était décédé d'un cancer à 60 ans, sa mère n'avait rien de particulier, l'assurée faisait partie d'une nombreuse fratrie avec 14 frères et sœurs, quelques cas de cancer et quelques cas de diabète. Comme événements particuliers, l'assurée décrivait des maltraitances de la part de son premier mari, en République Dominicaine, ce qui l'avait incitée à émigrer avec son fils. L'assurée présentait comme antécédents personnels médicaux, depuis l'expertise de 2013, des investigations sur le plan neurologique, un électroneuromyogramme des membres supérieurs et des membres inférieurs, mais pas de nouvelles radiographies ou IRM. L'assurée décrivait ensuite son parcours professionnel comme employée de bureau à 100% depuis 2004, puis son passage à 80% en 2014, puis à 50% jusqu'à son licenciement à la fin de l'année 2015. Elle expliquait que la situation s'était progressivement dégradée avec un absentéisme de plus en plus important et des crises de douleurs, ainsi que des troubles du comportement à savoir que lorsqu'elle avait des douleurs intenses, elle « pétait le plomb » (sic), il lui arrivait de crier dans le bureau et elle terminait très souvent sa journée de travail à l'infirmerie de son employeur. Dans le tableau clinique par rapport au travail, l'assurée déclarait que la fonction d'employée de bureau n'était plus envisageable pour elle, car en raison des douleurs importantes, elle ne pouvait plus effectuer des tâches répétitives ou des classements ou du travail d'archivage qui nécessite de marcher passablement et de porter de lourds classeurs ; elle expliquait que sur son dernier lieu de travail, elle faisait de plus en plus souvent appel à l'aide de ses collègues, ce qui avait rendu progressivement la situation de plus en plus difficile à leur égard. À son domicile, l'assurée décrivait le même mode de faire, à savoir que lorsqu'une douleur plus importante survenait, elle demandait l'aide de son mari, qui était actuellement au chômage, pour toutes les activités de la vie quotidienne. Sous anamnèse sociale, l'assurée expliquait être remariée depuis 2012, n'avoir pas d'enfant issu de ce couple et vivre avec son fils

issu de la première union en République Dominicaine et qui était âgé de 26 ans ; il était encore étudiant et lui-même père de deux enfants, nés en 2010 et en 2013. Le petit-fils de l'assurée vivait avec elle, alors que la petite-fille de l'assurée vivait avec sa maman chez les parents de celle-ci. L'experte notait que le visage de l'assurée s'illuminait lorsqu'elle parlait de son petit-fils, seul rayon de soleil et seul point positif de sa vie selon l'assurée. Elle habitait un appartement de quatre pièces au troisième étage sans ascenseur et expliquait qu'il lui était difficile de monter/descendre les escaliers pour sortir de chez elle, mais qu'elle se trouvait à proximité d'un centre d'achats et de plusieurs commerces. Tous ces déplacements étaient par ailleurs effectués soit en voiture, conduite par son mari, soit dans les transports publics. Hormis le cercle familial restreint, l'assurée précisait que depuis quelques années, elle avait noué quelques amitiés avec les membres d'une église évangélique qu'elle fréquentait. Il n'y avait selon elle pas d'événements marquants ; invitée à décrire le déroulement détaillé représentatif d'une journée-type, organisation des loisirs, hobbies, moyens de transport, etc., l'assurée exposait se lever souvent très tard, pas avant 10h00, car elle dormait souvent de façon discontinue et dormir davantage le jour que la nuit. Après sa toilette, elle vaquait à quelques occupations, puis se recouchait ou s'allongeait sur le canapé ; si elle était dans une bonne journée, elle pouvait faire quelques tâches ménagères et cuisiner pour le repas de midi qu'elle prenait avec son mari. L'après-midi, elle tentait de sortir un quart d'heure/une demi-heure, si elle était suffisamment bien ; le reste du temps, elle regardait la télévision ou somnolait ; le soir, elle prenait le repas avec son mari, son fils et son petit-fils, puis se couchait en général vers 22h00, mais ne s'endormait pas tout de suite. Sur le plan des loisirs, elle n'en décrivait aucun, sauf s'occuper quelque peu de son petit-fils, ajoutant que ce dernier était gardé dans une structure pendant la journée. Elle n'avait pas de hobbies. Sur le plan des vacances, elle expliquait que l'année précédente, ses amis de l'église évangélique lui avaient offert un voyage en Israël, mais elle en garde un mauvais souvenir en raison d'une phobie de l'avion et sur place, elle avait eu passablement de douleurs, ajoutant que c'était pourtant « des vacances balnéaires qui devaient lui faire du bien ». Elle ajoutait prendre occasionnellement la voiture pour ses déplacements, toujours conduite par son mari, et prendre les transports publics pour ses autres déplacements lorsqu'elle était seule. Le supermarché était près de chez elle, mais elle déclarait que les courses sont effectuées par son mari. S'agissant des activités ménagères, elle expliquait que la plupart du temps, c'était son mari et sa belle-sœur qui s'en chargeaient quand elle ne pouvait plus les assumer, sinon elle faisait quelques tâches ménagères légères quand elle était bien. S'agissant de l'administration, c'était son mari ou son assistante sociale qui s'en occupait. Elle n'avait pas d'animaux, elle n'aimait pas lire, elle regardait trois à quatre heures par jour la télévision, elle allait peu sur son ordinateur, ou WhatsApp sur son téléphone portable. Pour le traitement suivi à ce jour y compris médicamenteux, les renseignements avaient été pris le 14 février 2019, l'assurée prenait de la Fluoxétine, 20 mg le matin depuis deux ans, ainsi que du Tramal retard 50 mg

depuis plus d'un an et du Dafalgan 1 g en réserve, la dernière prise de Dafalgan datant d'un mois selon ses déclarations. Sur le plan rhumatologique, hormis les séances de physiothérapie passive à raison de 9 à 36 séances par année, ces dernières années, il n'y avait pas eu d'autres modalités thérapeutiques, la patiente précisant qu'elle ne pouvait pas se les offrir, car elle n'avait pas d'assurance complémentaire. Sur le plan de la perception de l'avenir en général et en lien avec une activité professionnelle, la patiente se disait très préoccupée par sa situation pour laquelle elle ne voyait pas d'issue, car les douleurs étaient de plus en plus intenses et la limitaient dans toutes ses activités. Dans cette situation, elle ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle même à temps partiel.

À l'issue de cet entretien, l'experte a mentionné qu'il n'y avait pas d'incohérence manifeste.

Sous chiffre 4 « Constatations », l'experte remarquait que la patiente était relativement collaborante, mais très démonstrative ; elle se tenait le bas du dos, soupirait et geignait à plusieurs reprises lorsqu'elle était examinée et lorsqu'on lui demandait de se mobiliser. La démarche était lente et à petits pas, très précautionneuse, les différentes articulations étaient ensuite décrites avec les signes de tuméfaction et les douleurs manifestées par l'assurée qui, au niveau des épaules, montrait des phénomènes de lâchage démonstratif. L'experte citait notamment le fait qu'alors qu'elle avait demandé à l'assurée de s'accroupir, celle-ci s'était effondrée sur les fesses, « prétextant » une douleur intense au niveau des rotules, puis se relevait par elle-même en s'appuyant sur les avant-bras. L'experte décrivait une douleur extrême à la palpation des épineuses à tous les niveaux lors de l'examen du rachis cervical ; pour le rachis dorsolombaire, l'experte décrivait des gémissements de l'assurée lorsqu'elle se relevait de la flexion antérieure du tronc avec des inclinaisons latérales et rétroflexions bonnes et symétriques, mais ressenties comme très douloureuses et des douleurs à la palpation des deux crêtes iliaques. Au niveau des épaules, l'assurée annonçait des douleurs à la mobilisation des deux côtés, en actif en passif, le testing étant toutefois relativement bien tenu avec des phénomènes de lâchage démonstratif. Au niveau des coudes, il n'y avait pas de tuméfaction, pas de douleurs, mais des phénomènes de lâchage lors de la contraction et la contre-résistance des muscles radio. Au niveau des poignets et des mains, l'assurée déclarait une importante douleur à la mobilisation des poignets et des articulations des doigts et des pouces ; l'experte notait toutefois que les mobilités articulaires n'étaient pas restreintes et qu'il n'y avait pas de tuméfaction articulaire. Au niveau des hanches, l'assurée décrivait des douleurs lombaires intenses et à la mobilisation des deux hanches, principalement la gauche ; elle se tordait littéralement de douleurs de façon très démonstrative lorsque l'experte examinait la hanche gauche ; toutefois, en examinant lentement les deux articulations, l'experte notait que les mobilités étaient tout à fait bonnes et symétriques. Pour les genoux, l'assurée décrivait des douleurs à la flexion complète des deux genoux, avec une flexion extension 140 – 0 – 0° des deux côtés. Pour les

chevilles et les pieds, l'assurée annonçait des douleurs à la palpation à tous les rayons, ainsi qu'à la manœuvre de GAENSLEN des deux côtés ; l'experte notait que les mobilités articulaires étaient dans la norme. L'experte mentionnait la présence de tous les points de fibromyalgie, à savoir 18/18, et la présence de 3 signes sur 5 de non-organicité de WADDELL. Le comportement de l'assurée lors des examens était considéré par l'experte comme adéquat et collaborant, mais démonstratif et majorant. Les radiographies du 21 février 2019 étaient ensuite décrites par l'experte. Sous chiffre 5, il était mentionné qu'il n'y avait pas d'information éventuelle fournie par des tiers.

Sous chiffre 6 « Diagnostics », l'experte décrivait un tableau algique effectivement au premier plan à l'anamnèse qui - selon les allégations de l'assurée - revêtait un caractère très incapacitant. Toutefois, selon l'experte, l'examen clinique était rassurant avec de bonnes mobilités articulaires, à la fois au niveau périphérique et au niveau du rachis. Pour l'examen radiologique demandé lors de l'expertise, soit la colonne lombaire, les genoux et les mains, l'experte le déclarait également dans les normes, indiquant qu'il n'y avait en particulier pas d'atteinte dégénérative relevante. L'experte retenait donc un syndrome douloureux chronique ou fibromyalgie n'ayant pas de caractère incapacitant sur le plan ostéoarticulaire strict.

Sous chiffre 7, « Évaluation médicale et médico-assurantielle », l'experte résumait l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale de l'assurée ; elle indiquait que la capacité de travail était motivée par l'aggravation des douleurs poly-articulaires migratrices présentées par l'assurée, ainsi que par un état dépressif récurrent. L'experte notait que l'assurée décrivait les crises douloureuses survenues à son dernier poste de travail de façon très théâtrale, indiquant que lorsque les douleurs étaient insoutenables, il lui arrivait d'hurler dans son bureau et que durant les derniers temps, elle finissait souvent sa journée de travail à l'infirmerie de son employeur. Les investigations sur le plan ostéoarticulaire et neurologique n'avaient pas montré de pathologies relevantes ; le fait qu'aucun examen ne démontrait d'anomalie avait d'ailleurs un caractère très frustrant pour l'assurée, ce qu'elle soulignait à plusieurs reprises pendant l'entretien. Celle-ci doutait du diagnostic de fibromyalgie, étant persuadé qu'elle souffrait d'une autre pathologie que les médecins n'avaient, pour l'instant, pas décelée. Selon l'experte, l'évaluation clinique effectuée lors de cette expertise, que ce soit l'anamnèse l'examen clinique ou encore les radiographies effectuées ce jour, n'évoquait pas d'autre diagnostic qu'un syndrome douloureux chronique ou fibromyalgie, ce qui conduisait l'experte à considérer que la capacité de travail de l'assurée était de 100% et ceci dans toute activité professionnelle. S'agissant de l'évolution des traitements, l'experte constatait que dans un contexte de fibromyalgie, il était habituel que toutes les thérapies tentées se soldent par un échec, ce qui était actuellement le cas chez cette assurée. Selon elle, il n'y avait pas d'autres mesures de réadaptation ou de traitement à proposer, car dans ce type de tableau clinique, il fallait encourager la pratique d'activité physique régulière, ce qui paraissait comme extrêmement

compromis chez l'assurée qui était intimement persuadée que toute activité physique avait pour elle un effet néfaste. Selon l'experte, le traitement actuel de physiothérapie passive n'avait pas de justification et devrait être remplacé par une activité physique en groupe, qui serait plus stimulante. De même, sur le plan de la réadaptation, l'experte suggérait d'inclure l'assurée dans un programme de réentraînement progressif en groupe, tout en notant que l'assurée paraissait peu motivée pour ce type d'approche thérapeutique. S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'experte notait qu'il n'y avait pas d'incohérence manifeste mais plutôt des phénomènes d'auto-limitation, d'une part, et des phénomènes d'exagération, d'autre part. Durant l'examen clinique, la patiente se montrait démonstrative, voire même théâtrale, lorsqu'elle s'effondrait sur les fesses, alors que l'experte lui avait demandé de s'accroupir. S'agissant des capacités, des ressources et des difficultés, l'experte notait qu'elles semblaient préservées, car son mari était très compréhensif, sa belle-sœur également très soutenante, ainsi que la communauté religieuse qu'elle fréquentait depuis quelques années. Pour les ressources personnelles, l'assurée était autonome pour les activités de la vie quotidienne habituelle et pour les ressources externes, hormis le cercle familial, l'assurée fréquentait une église évangélique qui la soutenait.

Sous chiffre 8 « Réponses aux questions du mandant », l'experte considérait que dans son activité habituelle, l'assurée pouvait exercer une activité de huit heures par jour, que sa performance n'était pas réduite durant ce temps de présence, que l'assurée avait globalement une capacité de travail dans son activité habituelle de 100% et que la capacité de travail n'avait pas évolué au fil du temps, depuis le rapport de 2014. Dans une activité adaptée, qui correspondrait aux aptitudes de l'assurée, l'experte répondait que toute activité était envisageable, que l'assurée pouvait travailler au maximum huit heures par jour, qu'il n'y avait pas de diminution de rendement, que sa capacité de travail dans une activité adaptée sur le marché ordinaire du travail était de 100%, et qu'il n'y avait pas de changement par rapport à la situation de 2014. Enfin, l'experte considérait qu'il n'y avait pas d'amélioration de la capacité de travail possible par des mesures médicales.

S'agissant de l'expert en psychiatrie, l'entretien avec l'assurée a duré 1h30, le 14 février 2019. L'expert a résumé les motifs et les circonstances de l'expertise, notamment par l'avis médical SMR du 19 juillet 2018 et du fait qu'il s'agissait d'une deuxième demande de prestations d'invalidité datant du 12 janvier 2017, déposée après celle du 2 avril 2013. L'expert a noté les périodes d'incapacité de travail avec l'évolution et le fait qu'elles étaient documentées, et a indiqué comme autre document de référence l'expertise de 2014. S'agissant des sources utilisées, sa liste correspondait à celle qui avait été énumérée préalablement par les deux experts cités supra. Sous chiffre 2 « Synthèse du dossier », l'expert psychiatre a résumé le rapport d'expertise de 2014, puis les différents documents médicaux et rapports déjà cités par le co-expert rhumatologue.

Sous chiffre 3 « Entretien », l'expert a cité les indications fournies spontanément par l'assurée sur son parcours professionnel depuis 2004, jusqu'à 2015, année de son licenciement. L'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas trouvé de travail pendant qu'elle était inscrite au chômage et que lorsqu'elle était placée chez PRO en évaluation professionnelle, sa capacité de travail avait été estimée à 30%, alors qu'elle s'occupait de coller des étiquettes ; elle en concluait que le bilan était négatif concernant sa capacité de travail. En définitive, l'assurée considérait que personne ne voulait d'elle sur le plan professionnel. Elle indiquait encore avoir été prise en charge par son psychiatre depuis 2007, le Dr C_____, qu'elle voyait une fois toutes les une à deux semaines, mais qu'auparavant elle ne voyait qu'une fois par mois. Elle a indiqué avoir été hospitalisée en milieu psychiatrique à deux reprises, la première fois en dormant sur place et la deuxième fois en IAI, allant tous les jours, à la fin de l'année 2017 ; selon l'assurée, ces démarches n'avaient pas été très utiles. Elle considérait que le traitement à la Fluoxétine la rendait « cinglée » (sic), ajoutant que son mari travaillait, qu'elle avait droit à des aides, qu'une personne du service social l'avait aidée pour rédiger son courrier, et qu'elle était suivie aux services sociaux de Carouge. L'expert a mentionné que l'assurée ne parvenait pas à se prononcer sur l'évolution de son état psychique ; dans l'entretien approfondi, l'expert a relevé que pour la flexion actuelle, les douleurs étaient au premier plan. L'assurée considérait qu'on lui avait menti, notamment les médecins, car elle n'allait pas mieux. Elle se plaignait que le médecin mette tout sur le compte de la fibromyalgie. Selon elle, elle n'aimait pas lire, mais elle regardait des émissions à la télévision qui lui faisaient oublier qui elle était ; elle peinait à suivre un film, car elle avait tendance à s'endormir ; si elle ne parvenait pas à assumer ses tâches administratives, elle se faisait aider par une assistante sociale ; elle se plaignait de troubles mnésiques et oubliait souvent ses rendez-vous, cela concernait surtout les événements récents. Questionnée sur son fonctionnement intellectuel, l'assurée disait qu'elle essayait de ne pas trop penser, mais ne parvenait pas à dire si elle parvenait à s'organiser ou pas. Elle mentionnait même que parfois elle était incapable de tenir une casserole dans ses mains ; l'assurée ne savait pas si elle présentait une accélération ou un ralentissement psychomoteur et se plaignait de ruminations, ajoutant à nouveau qu'on lui mentait, qu'on lui avait fait du mal, qu'on s'était acharné contre elle. Elle décrivait qu'elle avait parfois des hallucinations, entendant des voix masculines de gens morts qu'elle avait connus qui s'exprimaient en espagnol, toutefois cela ne l'inquiétait pas particulièrement. Elle ne parvenait pas à dire si elle est anxieuse de nature, mais ajoutait qu'elle dormait peu, qu'elle avait peur du noir et peur d'être enfermée, mais ne parvenait pas à dire s'il y avait des épisodes d'anxiété paroxystique ou non ; elle ne parvenait pas non plus à dire s'il y avait des crises d'agoraphobie, ajoutant que le plus souvent, elle sortait avec son mari ou avec son fils. Elle sortait parfois toute seule, mais elle ne pouvait rien porter de très lourd et considérait qu'elle n'avait rien apporté aux autres. Il n'y avait pas d'anxiété sociale, l'assurée avait ajouté qu'elle avait appris à ne pas trop parler et qu'elle ne se sentait bien que dans son sommeil,

ce qui lui permettait alors de ne penser à rien ; elle pouvait aussi parfois conduire son véhicule et utiliser les transports publics. Elle disait ressentir de la fatigue en lien avec les douleurs et être fatiguée de devoir supporter ses douleurs ; elle ne dormait pas bien la nuit et plutôt la journée, au moins 3-4 heures durant la journée. Il y avait une augmentation de la fatigabilité ; elle considérait qu'on lui avait menti en prétendant que perdre du poids irait mieux suite à une intervention chirurgicale lui ayant permis alors de passer de 120 à 77 kg. Toutefois, selon elle, cette opération avait été un succès, mais aussi un échec, car elle n'avait pas conduit à une diminution des douleurs suite à la perte de poids. Questionnée pour savoir si ses enfants lui procuraient du plaisir, elle ne parvenait pas vraiment à répondre ; toutefois, face à ses petits-enfants, elle devait se montrer forte, et l'aîné de ses petits-enfants lui faisait souvent remarquer qu'elle se plaignait beaucoup. Elle disait présenter des idées noires, mais pas d'idées de suicide. Elle avait fait une tentative de suicide, mais cela n'avait pas marché, en 2005. La latence d'endormissement était augmentée, mais elle ne prenait plus de somnifères ; durant la journée, elle s'endormait très facilement, elle avait des réveils nocturnes et son sommeil n'était pas réparateur. L'expert n'a noté aucune dépendance au tabac, à l'alcool ou à la toxicomanie ; il a noté comme antécédents personnels médicaux des troubles de l'humeur et des troubles somatoformes ; il a parcouru la formation scolaire et le parcours professionnel de l'assurée, ainsi que ses activités professionnelles et positions occupées, et sous le tableau clinique par rapport au travail, il a noté des douleurs et l'incapacité de l'assurée de pouvoir donner ce qu'elle aimerait donner, mais ce que son corps refusait. Sous anamnèse sociale, l'assurée avait déclaré être mariée à un ressortissant kosovar depuis 2012 sans avoir d'enfants avec lui ; il s'agissait d'un troisième mariage ; elle avait un fils, ainsi que deux petits-enfants de 9 et 6 ans qu'elle voyait régulièrement, car cela lui changeait les idées ; ils venaient aussi le week-end lui rendre visite ; son fils était séparé et il avait une garde partagée.

L'assurée avait une sœur qui vivait au Tessin qu'elle voyait une fois par année, mais avec qui elle s'entretenait régulièrement au téléphone ; elle participait également aux activités d'une communauté religieuse, ne parvenait pas à échanger avec les autres, et ne faisait pas partie d'associations. L'expert a souligné que dans le rapport du 3 février 2017 du CAPPI, il était mentionné qu'elle conservait de très bonnes relations avec son deuxième mari et la famille de ce dernier. S'agissant du déroulement détaillé représentatif d'une journée-type, l'assurée a déclaré se réveiller assez tôt entre 6 et 7h00, ne pas faire sa toilette le matin ; elle restait à la maison avant de recevoir la visite de sa belle-sœur qui venait l'aider pour le ménage. L'assurée a déclaré que son mari s'occupait aussi beaucoup d'elle, mais qu'actuellement il était au chômage. L'assurée ne sortait pas tous les jours de son domicile ; l'expert a noté que les réponses étaient très imprécises et qu'il n'était pas possible d'obtenir le déroulement détaillé des journées de l'assurée. Parmi les loisirs et hobbies de cette dernière, l'expert mentionnait le lèche-vitrine et pour les vacances le fait que l'année d'avant, l'assurée était allée en Israël avec des

membres de sa communauté religieuse, ce qui avait été très positif pour elle. L'assurée avait déclaré reprendre la voiture ou les transports publics ; s'agissant des courses, elle avait de la peine à porter les commissions, et s'agissant des activités ménagères, c'était sa belle-sœur qui venait l'aider pour le ménage. L'administration était parfois faite avec l'aide de son assistante sociale ; l'assurée n'avait pas d'animaux, ne lisait pas, mais regardait la TV et surfait sur Internet. En ce qui concernait la perception de l'avenir, l'assurée avait déclaré qu'elle ne servait à rien et l'expert a noté qu'il n'y avait pas d'incohérences manifestes apparues au cours de l'entretien.

Sous chiffre 4 « Constatations », l'expert a noté que l'assurée était ponctuelle à son rendez-vous, que la présentation vestimentaire était sans particularité et qu'elle se déplaçait sans trop de difficultés. Elle était décrite comme peu projective par rapport au thérapeute, mais ni méfiante, ni interprétative durant la séance ; l'expert notait toutefois que le comportement était adéquat, mais avec une certaine immaturité, que l'assurée était peu collaborante, car il était parfois difficile d'obtenir des réponses précises, qu'elle était démonstrative et clairement majorante. Sous la rubrique « Informations fournies par des tiers », l'expert citait le rapport du docteur L_____, à l'attention du Dr B_____ du 3 février 2017, soit la prise en charge du 15 novembre 2016 au 6 janvier 2017. Sous chiffre 6 « Diagnostics », l'expert a mentionné un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4 et un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger sans syndrome somatique F 33.0. Sous chiffre 7 « Évaluation médicale et médico-assurantielle », l'expert a résumé l'évolution personnelle et professionnelle sociale et médicale de l'assurée, indiquant que cette dernière apportait des troubles mnésiques, des ruminations anxieuses, de l'émotivité, de la fatigue secondaire aux douleurs, une tristesse occasionnelle, une réduction manifeste de la capacité à éprouver du plaisir, des sentiments de dévalorisation, une faible confiance en soi, des idées noires, mais sans rapporter de troubles de la concentration, d'impulsivité, d'irritabilité ou d'idées suicidaires. L'expert a noté qu'il ne parvenait pas à savoir clairement si l'assurée parvenait à s'organiser, si elle présentait une accélération ou un ralentissement psychomoteur ou si elle présentait des épisodes d'anxiété paroxystique et des crises d'agoraphobie, pas plus que des émotions positives. Il a mentionné que l'expression de certaines plaintes l'avait laissé dubitatif, comme la description des hallucinations auditives. À l'examen clinique, il observait que les réponses n'étaient pas toujours informatives et souvent imprécises et qu'il était extrêmement difficile de savoir ce que l'assurée faisait de son quotidien, pas plus qu'il n'avait été facile de savoir si elle s'occupait ou non de ses petits-enfants. Un certain nombre de questions et d'éléments étaient restés sans réponse concernant l'appréciation des symptômes. L'expert a toutefois mentionné qu'il n'observait pas de troubles de la concentration, de l'attention ni de la mémoire et que l'assurée était extrêmement plaintive et avait tendance à se victimiser. L'attitude clairement majorante avait aussi été observée par les autres experts et il y avait clairement un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. L'assurée se plaignait

également des médecins, et la tristesse, ainsi que la souffrance psychique de l'assurée, étaient difficiles à apprécier compte tenu de l'attitude extrêmement plaintive qu'elle avait ; l'expert a encore mentionné que cette souffrance ne l'avait pas particulièrement touché. En se fondant sur ces éléments, l'expert a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, considérant que les malaises présentés par l'assurée s'inscrivaient dans le cadre du trouble somatoforme, vu l'absence de cause somatique. Les comportements démonstratifs et majorants lui ont fait poser le diagnostic différentiel de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F 68.0 avec la présence de trois signes de non-organicité de WADDELL sur cinq. L'expert psychiatre a encore ajouté que le fait que l'assurée doutait du diagnostic de fibromyalgie et des appréciations médicales qui y étaient relatives correspondait, selon son expérience clinique, à un trouble somatoforme. Selon lui, les limitations rapportées résultaient clairement d'une exagération des symptômes, les caractéristiques de certaines plaintes étant très vagues avec de surcroît les difficultés pour obtenir un descriptif précis du quotidien de l'expertisée. Le dossier médical faisait aussi apparaître que l'assurée conservait de bonnes relations sociales et qu'elle avait de bonnes aptitudes, ce qui ressortaient notamment du rapport d'évaluation chez PRO et du rapport psychiatrique au CAPPI ; la demande de soins n'était pas continue avec des interruptions dans la prise en charge psychiatrique et l'expert ne retenait aucune limitation fonctionnelle en lien avec les troubles psychiques de l'assurée, ajoutant qu'elle pouvait travailler huit heures par jour sans diminution de rendement selon lui. L'expert constatait que les mesures de réadaptation avaient été un échec, malgré le fait que sur le plan des relations interpersonnelles, il n'y a aucun problème, ajoutant que la compliance au traitement médicamenteux était bonne pour le Tramadol et la Fluoxétine. Selon l'expert, il n'y avait pas de propositions thérapeutiques à formuler et en ce qui concernait la réadaptation, il n'y avait pas d'autres mesures qui soient indiquées ou contre-indiquées. Sur le plan de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a répété que les plaintes subjectives étaient beaucoup plus importantes que les constatations et qu'il y avait clairement des phénomènes d'exagération des symptômes. Au quotidien, il apparaissait que l'assurée était très peu active, mais qu'elle livrait peu d'informations ; elle se montrait évasive lorsque l'expert avait voulu savoir si elle s'occupait régulièrement de ses petits-enfants, du fait que son fils était séparé de la mère des enfants. Les examens étaient partiellement valides, compte tenu d'une collaboration assez moyenne de l'assurée, et l'expert retenait les mêmes affections que celles retenues par le psychiatre traitant de l'assurée, hormis pour la sévérité de la dépression qu'il jugeait légère à moyenne et ceci conformément à l'impression du précédent expert psychiatre, ayant participé à l'expertise de 2014, le Dr G_____. Sur le plan de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de l'assurée, l'expert a noté que l'aptitude à la communication était conservée, que l'assurée pouvait respecter un cadre, même si elle manquait parfois des rendez-vous ; si elle avait besoin d'aide, elle pouvait se tourner vers son

assistante sociale ; il n'y avait pas d'élément qui suggérait une rigidité mentale et elle pouvait, semble-t-il, s'organiser. Bien que l'assurée se soit plainte d'une augmentation de la fatigabilité et probablement d'une moindre endurance, l'expert ne l'avait pas observée durant l'entretien ; il notait que l'assurée conservait des activités, notamment au sein d'une communauté religieuse, avec un récent voyage en Israël, qu'elle avait beaucoup apprécié. Sur le plan des ressources étaient mentionnés : le mari, la belle-sœur et la communauté religieuse, et sur le plan des ressources personnelles et externes, il était renvoyé auxdites ressources.

Sous chiffre 8 « Réponses aux questions du mandant », l'expert a noté que dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'expertisée était de huit heures par jour sans diminution de rendement, que sa capacité de travail était de 100% et que depuis le dernier rapport, la capacité de travail à 100% persistait. Dans une activité adaptée aux aptitudes de l'assurée, l'expert a noté que la question était sans objet vu la pleine capacité de travail dans son activité antérieure, qu'une activité adaptée pouvait être exercée huit heures par jour, qu'il n'y avait pas de baisse de rendement, qu'elle pouvait travailler à 100% et que depuis le dernier rapport, la capacité de travail entière persistait. S'agissant des éventuelles améliorations qui pouvaient être apportées par des mesures médicales, l'expert a mentionné la poursuite des mesures déjà mises en place.

S'agissant de l'expert généraliste, l'entretien avec l'assurée a duré 1h30, le 26 février 2019. L'expert a résumé les motifs et les circonstances de l'expertise, notamment par l'avis médical SMR du 19 juillet 2018 et du fait qu'il s'agissait d'une deuxième demande de prestations d'invalidité datant du 12 janvier 2017, déposée après celle du 2 avril 2013. L'expert a noté les périodes d'incapacité de travail avec l'évolution et le fait qu'elles étaient documentées et a indiqué comme autre document de référence l'expertise de 2014. S'agissant des sources utilisées, sa liste correspondait à celle qui avait été énumérée préalablement par les deux précédents co-experts.

Sous chiffre 2 « Synthèse du dossier », l'expert généraliste a résumé le rapport d'expertise de 2014 puis les différents documents médicaux et rapports déjà cités par ses co-experts. Sous chiffre 3 « Entretien », l'expert a cité les indications fournies spontanément par l'assurée, notamment les multiples douleurs articulaires, l'incontinence urinaire, l'apnée du sommeil et la perte de 30 kilos suite à l'intervention type « Sleeve » pratiquée aux HUG. L'entretien s'est approfondi sur divers thèmes. Pour l'affection actuelle, l'expert a relevé qu'une intervention était prévue en raison de la présence d'un fibrome utérin et que ladite opération pouvait améliorer l'incontinence, sans quoi son gynécologue avait dit à l'assurée qu'une autre intervention serait envisagée. Dans l'anamnèse systématique, l'expert a consigné que sur le plan cardiovasculaire, l'assurée était vite essoufflée à l'effort surtout dès que cela montait, décrivait des œdèmes aux membres inférieurs, et ajoutait que des crampes nocturnes étaient fréquentes. Après consultation d'un cardiologue pendant les années 2009 et 2010, les examens avaient révélé que tout

était normal. Selon l'assurée, elle pouvait avoir des malaises avec perte de connaissance de cinq à sept minutes sans prodromes, le dernier remontant à deux ou trois mois ; les investigations qui avaient été nombreuses n'avaient toutefois rien révélées d'anormal et l'assurée n'avait pas de symptômes d'hypertension artérielle. Sur le plan gastroentérologique, l'assurée a déclaré que son appétit était conservé et qu'elle suivait le type d'alimentation qui lui avait été indiqué après la gastrectomie qu'elle avait subie le 5 février 2018. Elle ne présentait pas de régurgitation ni de dysphagie et ne se plaignait pas de nausées, ni de vomissements ; elle n'avait pas d'intolérance alimentaire et le transit était décrit comme plutôt à type de constipation. Sur le plan gynécologique, l'assurée était toujours réglée normalement et ne prenait pas de contraception. Sur le plan neurologique, elle décrivait des céphalées occipitales irradiantes à droite et des paresthésies sans parésie au niveau des gros orteils des deux côtés, ainsi qu'aux trois premiers doigts des mains, étant rappelé qu'elle portait des attelles aux deux poignets. Sur le plan ophtalmologique, l'expert notait une probable presbytie non corrigée. Sur le plan O.R.L., il n'y avait pas de plaintes particulières ; sur le plan pulmonaire, il était décrit une dyspnée à l'effort, dès que cela montait, et les syndromes d'apnée du sommeil avaient disparu en juin 2018 grâce aux résultats obtenus par la gastrectomie. Sur le plan urologique, l'expert mentionnait l'incontinence urinaire mixte et la nécessité d'un port de protection, tout en rappelant que l'ablation du fibrome qui était programmée et qui pouvait appuyer sur la vessie, pouvait faire disparaître ce symptôme, faute de quoi une autre intervention serait proposée par le gynécologue. Sur le plan métabolique, il n'y avait pas de diabète ni de dyslipidémie depuis l'intervention gastrique. Une hypothyroïdie aurait été découverte au bilan préopératoire ; l'assurée ignorait et ne suivait pas de traitement dans ce sens. Il n'y avait pas de tabagisme, d'alcoolisme, de toxicomanie, ni aucun trouble somatique secondaire et syndrome de dépendance. L'assurée a décrit à l'expert généraliste de la même façon qu'elle avait décrit aux deux autres co-experts les faits formant son anamnèse familiale, les événements particuliers à sa naissance, les antécédents personnels médicaux, sa formation scolaire et son parcours professionnel, ses activités professionnelles et les positions occupées. Sous la rubrique tableau clinique par rapport au travail, l'assurée a indiqué qu'elle était dans l'impossibilité d'exercer une activité quelconque en raison de ses douleurs. Appelée à décrire le déroulement détaillé représentatif d'une journée-type de l'organisation des loisirs, hobbies, etc., l'assurée a déclaré que si elle n'avait que peu dormi, elle ne se levait qu'à 11 heures et ne faisait rien ; parfois, elle faisait à manger, autrement c'était son mari ou son fils qui le faisait. Elle s'étendait après le repas, mais ne dormait que rarement. Elle ne faisait rien de particulier l'après-midi, elle ne lisait pas et ne regardait pas la télévision, n'avait aucun loisir, ne prenait pas de vacances, ne conduisait sa voiture que sur des petits trajets, mais prenait les transports publics. S'agissant des courses, elle y allait avec son mari, mais marchait très peu, et ajoutait qu'il lui arrivait de s'asseoir par terre dans le magasin, car ses jambes ne la portaient plus. Elle menait très peu d'activités ménagères et à son rythme ; pour l'administration, elle était aidée par son mari ou

son fils et parfois par le social ; elle n'avait pas d'animaux, ne lisait pas, regardait très peu la TV et s'endormait devant ; elle ne surfait pas sur Internet et ne faisait pas de bricolage. Elle n'avait aucune perception de l'avenir en général et en lien avec une activité professionnelle ou avec la réadaptation professionnelle. Selon l'expert, l'entretien ne présentait pas d'incohérence manifeste.

Sous chiffre 4 « Constatations », l'expert a noté que l'assurée s'était présentée à l'heure à la consultation dans une tenue simple, mais correcte et qu'elle se déplaçait sans difficulté de la salle d'attente à la salle de consultation. La collaboration était bonne et l'assurée était bien orientée ; durant tout l'entretien, elle était restée assise sans changer fréquemment de position et n'avait pas demandé à se lever. Elle avait pleuré à plusieurs reprises et elle portait des attelles aux deux poignées, qu'elle avait enlevées pour se déshabiller ; les gestes de déshabillage/d'habillage avaient été effectués en position debout, sans manifestation de douleurs. Les changements de position sur le lit d'examen avaient été effectués avec précaution et quelques soupirs, le moindre attouchement entraînait une réaction de retrait. Lors de l'examen, l'expert avait constaté que l'état général été conservé, étant précisé que lors des percussions, l'assurée sursautait à chaque percussion ; pour l'examen des membres, la force était difficile à évaluer en raison des phénomènes de lâchage aux quatre membres, mais le tonus était bon et symétrique, la trophicité bonne et symétrique, la sensibilité bonne et symétrique conservée aux trois modes. S'agissant du comportement de l'assurée lors des examens, l'expert la décrit comme adéquat, collaborant, démonstratif et majorant sous le chiffre 5 « Informations fournies par des tiers », l'expert a mentionné le compte-rendu opératoire de l'intervention du 5 février 2018 aux HUG. Sous chiffre 8 « Diagnostics », l'expert a relevé une colique néphrétique en 1997, une cure d'hémorroïdes en 2013, une incontinence urinaire mixte, une lithiase rénale droite connue depuis 2013, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé depuis 2017 et stoppé en juin 2018, une gastrectomie tubulaire subie le 5 février 2018, une hypothyroïdie découverte au bilan préopératoire, des malaises d'origine indéterminée, des céphalées tensionnelles, une allergie à la pénicilline, ainsi qu'une obésité au stade 1. Sous le chiffre 7 « Évaluation médicale et médico-assurantielle », l'expert a résumé l'évolution personnelle professionnelle sociale et médicale de l'assurée ; il a ensuite ajouté qu'à l'examen de ce jour - en dehors d'une palpation abdominale diffusément douloureuse et de la persistance d'une obésité de stade un -, l'assurée était dans les limites de la norme et que la gastrectomie était stabilisée avec une évolution favorable. L'hypothyroïdie décrite dans les documents n'avait pas nécessité de traitement particulier, l'incontinence sur les termes mixtes devait être prise en charge prochainement, d'abord par l'ablation du fibrome et ensuite éventuellement par une autre intervention gynécologique, et le syndrome d'apnée du sommeil avait disparu, l'assurée ayant pu stopper l'utilisation du CPAP ; le score d'endormissement d'EPWORTH était situé à 11/24 et n'était donc pas significatif. Aucun traitement n'était préconisé ; la seule mesure de réadaptation envisagée était de faciliter l'accessibilité aux toilettes

en raison de l'incontinence. S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert notait qu'il n'y avait pas d'incohérences, mais que l'assurée était un peu démonstrative et majorante à l'examen clinique. L'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés était considérée comme préservée, les ressources personnelles étant préservées dans les activités de la vie quotidienne et les ressources externes présentes, sans que l'expert ne fournisse plus de détails.

Sous chiffre 8, l'expert a répondu aux questions du mandant ; pour la capacité de travail dans l'activité habituelle, il a considéré que sans tenir compte des conclusions des autres experts, il s'agissait de huit heures par jour ; selon lui, la performance n'était pas réduite durant le temps de présence et la capacité de travail dans son activité habituelle était de 100% ; elle était inchangée depuis l'expertise de 2014, mais devait être revue après l'intervention gynécologique qui pourrait résoudre l'incontinence. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux aptitudes de l'assurée, l'expert a noté qu'il y avait lieu de faciliter l'accès aux toilettes et que la capacité de travail pouvait être de 100% ; le temps de présence maximale sans tenir compte des conclusions des autres experts était de huit heures, il n'y avait pas de diminution de la performance de l'assurée et sa capacité de travail dans une activité adaptée sur le marché ordinaire du travail était estimée à 100%. À nouveau, l'expert considérait que la capacité de travail était inchangée depuis la dernière expertise de 2014, tout en réservant une évolution suite à l'intervention gynécologique qui était prévue par rapport aux problèmes d'incontinence. S'agissant des mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail, l'expert généraliste considérait que la capacité de travail de l'assurée pouvait être encore améliorée par l'ablation du fibrome, ce qui pouvait résoudre l'incontinence, et en cas de non amélioration une nouvelle intervention pouvait être envisagée.

20. Suite à l'expertise, le SMR a rendu un rapport clinique final subséquent, daté du 22 mai 2019 ; la Dresse I_____a résumé le dossier, ainsi que les résultats de l'expertise, mentionnant notamment que le trouble somatoforme douloureux qui dominait le tableau se manifestait par des polyarthralgies diffuses au niveau lombaire et des quatre membres, que l'assurée était sous Dafalgan, Tramal 5 mg et Fluoxétine 20 mg, que ses douleurs existaient depuis 2007 et ne s'accompagnaient d'aucune atteinte rhumatologique inquiétante sur le plan clinique et radiologique, et que sur le plan rhumatologique, il n'existait pas de limitations fonctionnelles ; sur le plan psychiatrique, les réponses de l'assurée étaient peu informatives et imprécises, rendant l'évaluation du quotidien difficile ; l'assurée était très plaintive avec une attitude majorante également observée par les autres spécialistes ; il existait une tristesse et une souffrance psychique dont l'intensité était difficile à apprécier compte tenu de l'attitude extrêmement plaintive de l'assurée ; cette dernière conservait cependant de bonnes relations sociales au sein de sa communauté religieuse, était bien entourée et avait de bonnes aptitudes ; la demande de soins n'était pas continue, avec des interruptions dans la prise en charge psychiatrique et

aucune limitation fonctionnelle n'était retenue sur le plan psychique. En conclusion, le SMR considérait qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan rhumatologique et psychique depuis la décision de 2014 et que la capacité de travail restait entière dans toute activité. Comme atteinte à la santé incapacitante, l'atteinte principale était constituée par des lombalgies et des cervicalgies ; quant aux autres atteintes, il était mentionné un code d'infirmité et d'atteinte fonctionnelle Z71.1 ; s'agissant des atteintes à la santé non incapacitantes, il était mentionné le syndrome douloureux somatoforme chronique persistant F45.4 ; un trouble dépressif récurrent avec épisodes légers ; un status post-gastrectomie tubulaire pour obésité ; une apnée du sommeil traité par CPAP de 2017 jusqu'à 2018 ; une incontinence urinaire mixte en attente d'une ablation de fibrome et d'une possible pose de bandelettes ; une hypothyroïdie de découverte préopératoire non traitée ; une colique néphrétique en 1997 ; une lithiase rénale en 2013 ; et des malaises d'origine indéterminée avec une obésité de stade 1. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était estimée à 100%. Il n'était pas nécessaire d'envisager une réadaptation. Les limitations fonctionnelles étaient l'interdiction du port de charges lourdes, la proximité des toilettes au vu de l'incontinence et pas de mouvement en porte-à-faux du rachis lombaire et cervical.

21. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu en date du 24 mai 2019 un projet de décision de refus de droit à des prestations d'invalidité.

22. Par courrier du 17 juin 2019, l'assurée a demandé un délai complémentaire de 30 jours, au motif qu'elle n'avait pas encore reçu le dossier de l'assurance-invalidité ; ce dernier lui a été transmis en date du 24 juin 2019. Par courrier du 27 juin 2019, l'assurée a demandé une prolongation au 15 août pour pouvoir répondre au projet de décision, ce qui lui a été accordé. En date du 15 août 2019, l'association pour la permanence de défense des patients et des assurés - APAS s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assurée et a demandé une prolongation du délai octroyé, afin que l'assurée puisse exercer son droit d'être entendu, ce qui lui a été refusé par courrier du 19 août 2019, l'OAI rappelant que le droit d'être entendu de l'assurée avait duré presque 90 jours au vu des divers rapports qui avaient été demandés et que, par conséquent, un nouveau report du délai ne serait pas accordé ; l'OAI notait qu'aucun document médical ne lui était parvenu depuis le 24 mai 2019 et qu'une décision identique au projet précité serait rendue sous peu, étant encore rappelé qu'aucune procuration n'avait été signée par l'assurée en faveur de son mandataire.

23. En date du 19 août 2019, l'OAI a rendu une décision confirmant en tous points le projet de décision du 24 mai 2019 et rappelant qu'à l'issue de l'instruction médicale, il n'était pas constaté d'atteinte à la santé invalidante, ce qui faisait obstacle à l'octroi de prestations d'invalidité. Il était rappelé que, dans le cadre du droit d'être entendu de l'assurée, celle-ci avait demandé à deux reprises un délai supplémentaire qui lui avait été accordé et que malgré ces reports, aucun document

faisant état des objections, ni aucune pièce médicale susceptible de modifier les conclusions de l'OAI, n'avait été transmis par l'assurée.

24. En date du 19 septembre 2019, le mandataire de l'assurée a recouru contre la décision du 19 août 2019, concluant à son annulation. Selon la recourante, son droit d'être entendu avait été violé dès lors que les questions afférentes à l'expertise de 2019 ne lui avaient pas été transmises et qu'elle n'avait pas été invitée à soumettre d'autres questions aux experts. De plus, les médecins traitants de la recourante, soit le psychiatre et le généraliste, s'opposaient aux conclusions des experts. Un délai supplémentaire au 23 octobre 2019 était demandé pour compléter le recours.

25. En date du 23 octobre 2019, le mandataire de la recourante a demandé un délai supplémentaire d'un mois, au motif qu'une prise de position des médecins traitants était attendue ; la chambre de céans a ainsi imparti un délai supplémentaire au 22 novembre 2019 pour compléter le recours. À cette date, un complément de recours est parvenu à la chambre de céans, avec un courrier précisant que les documents complémentaires des médecins de la recourante n'avaient pas pu être obtenus dans l'intervalle.

    Il était reproché à la décision querellée de se fonder sur l'expertise qui, selon la recourante, n'avait pas de valeur probante, en raison du fait que les questions traitées par les experts n'avaient pas pu être vérifiées et complétées par la recourante, ce qui violait son droit d'être entendu ; que les trois expertises rendues dans chaque domaine de spécialité comportaient exactement le même contenu et sous la même forme, ce qui, selon la recourante, démontrait que le dossier n'avait pas été résumé par les experts individuellement, mais par une tierce personne et que l'on doutait, dès lors, que les experts soient allés personnellement consulter les divers rapports médicaux du dossier ; que les experts n'avaient pas eu connaissance des pièces médicales déjà produites, ni de l'appréciation de la capacité de travail faite par le médecin traitant ; que des erreurs sur des points décisifs étaient contenues notamment au sujet des conclusions du rapport d'évaluation professionnelle PRO qui avaient été déformées ; que l'expertise souffrait de graves vices de forme qui devaient conduire à ce qu'elle soit écartée.

    Sur le fond, les conclusions des experts étaient insoutenables, car aucun d'entre eux n'avait pris contact avec les médecins traitants de la recourante ; que la motivation de chacun des experts n'était pas suffisante pour évaluer la capacité de travail et que les réponses aux questions posées dans le mandat d'expertise étaient lapidaires.

    S'agissant de l'experte rhumatologue, elle avait tort de prétendre que les ressources personnelles de l'assurée étaient préservées, alors que le contraire résultait de l'anamnèse ; la recourante était dépendante de l'aide de ses proches, car elle avait peu de ressources et de réseau.

    S'agissant de l'expert psychiatre, ce dernier ignorait des pans essentiels de l'anamnèse de la patiente et mentionnait une hospitalisation à la fin de l'année 2017, sans chercher à savoir de quelle hospitalisation il s'agissait - quant à la date et

aux modalités - et ne mentionnait pas non plus les idées suicidaires de la recourante, pourtant relevées dans le rapport du CAPPI ; il ne parvenait pas à savoir si la recourante pouvait s'organiser, ni ce qu'elle faisait de son quotidien et il avait rejeté, sans motivation, un trouble de la concentration, tout en indiquant ne pas avoir été particulièrement touché par l'expression des plaintes de l'assurée et en concluant - sur cette base - qu'au vu du dossier, il y avait de bonnes relations sociales et de bonnes aptitudes de la recourante, ce qui signifiait qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle et que la recourante était capable de travailler à 100%, sans diminution de rendement. Or, le rapport d'évaluation professionnelle de PRO et celui du CAPPI faisaient, au contraire, apparaître une grande fragilité émotionnelle, et un repli sur soi ; de surcroît, on ne pouvait pas apprécier les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante sur la base de l'empathie éveillée - ou non - par l'assurée, auprès de l'expert ; enfin, le psychiatre ne précisait pas pour quelles raisons il évaluait le trouble dépressif comme étant léger, contrairement aux évaluations du psychiatre traitant de l'assurée et du CAPPI, pas plus qu'il n'expliquait quelle était l'influence de ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante.

S'agissant, enfin, de l'expertise en médecine interne, l'évaluation médico-assurantielle était en grande partie lapidaire, sans motivation aucune et on ne comprenait pas pour quelles raisons l'expert réfutait toute incapacité de travail, tout en affirmant que l'ablation du fibrome pouvait l'améliorer, ce qui était, selon la recourante, manifestement contradictoire.

L'évaluation consensuelle des experts n'en était pas une, car elle comportait exactement les mêmes développements, mot pour mot, que les expertises précédentes ; dès lors, il se justifiait d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire, aucune force probante ne pouvant être accordée à celle du 25 avril 2019, compte tenu de ces lacunes importantes.

26. L'OAI a répondu en date du 23 janvier 2020, en contestant le fait que l'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2019 n'avait pas de valeur probante. Reprenant les griefs de la recourante, l'OAI a exposé que la décision attaquée se fondait notamment sur une instruction médicale complète et en particulier sur l'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2019, ainsi que sur une analyse approfondie du dossier de la part du SMR. Selon l'OAI, le rapport d'expertise se fondait sur une étude circonstanciée, des examens complets, prenait en considération les plaintes exprimées par la personne examinée et avait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ; la description du contexte médical et l'appréciation de la situation étaient claires et enfin les conclusions était dûment motivées. Ainsi, l'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du droit d'être entendu, l'OAI précisait que le document de structure de l'expertise, répertoriant les questions destinées aux experts, avait été transmis à la recourante en annexe à la communication du 20 juillet 2018. Ensuite, contrairement à ce qu'indiquait la recourante, le mandat d'expertise lui avait bien été transmis en copie de la

communication au centre d'expertise, le 14 décembre 2018, ainsi qu'en annexe à la communication du 2 janvier 2019. Dès lors, il n'y avait pas de violation du droit d'être entendu.

Contrairement à ce que plaidait la recourante, le fait qu'un résumé soit fait par les experts individuellement ou préparé à l'avance par une tierce personne n'impliquait pas que les experts n'avaient pas pris connaissance du dossier AI dont ils disposaient ; il n'y avait pas de raison de remettre en cause la valeur probante de l'expertise par rapport à ce point, dès lors que cette dernière avait été faite dans les règles de l'art, notamment avec des examens cliniques à l'appui. Les experts avaient eu accès à l'intégralité du dossier AI ; ils avaient procédé à l'examen clinique de la recourante et les réflexions portant sur l'appréciation du cas, ainsi que les conclusions des experts, résultaient d'une discussion interdisciplinaire ; ainsi la valeur probante de l'expertise ne pouvait être remise en cause par cet argument. Il n'était pas relevant que l'éventuel nom de la personne ayant résumé le dossier ne soit pas connu de la recourante, dès lors que cette dernière avait pu se déterminer préalablement sur la désignation des experts. Ledit rapport avait été rédigé après discussion des experts entre eux et conférence de consensus. Rien ne laissait supposer dans le mandat d'expertise que les experts avaient délégué certaines actions à des auxiliaires ; dès lors, les arguments de la recourante devaient être écartés.

S'agissant des conclusions du rapport d'évaluation professionnelle de PRO du 30 mars 2016, elles n'avaient pas été déformées, ce qui ressortait de la comparaison entre ledit rapport et le résumé qui en avait été fait dans l'expertise. Il était rappelé que les données médicales rassemblées par les experts permettaient généralement une appréciation objective du cas, alors que les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation étaient susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs, liés au comportement de l'assurée pendant le stage.

S'agissant du grief selon lequel les experts n'avaient pas pris contact avec les médecins traitants, il était rappelé qu'il appartenait à l'expert de décider si une concertation avec les médecins traitants était indiquée ; ainsi, l'expert ne devait pas obligatoirement se mettre en rapport avec d'autres médecins et la question de l'obtention d'autres avis médicaux relevait de sa propre marge d'appréciation.

Contrairement à ce qu'alléguait la recourante, les experts avaient motivé de manière claire et suffisante l'évaluation de la capacité de travail aux pages 6 et 7 du rapport d'évaluation consensuelle ; au vu du status, des diagnostics posés et des limitations fonctionnelles retenues, la capacité de travail qui en découlait était totalement cohérente.

S'agissant des reproches faits à l'encontre de l'expert rhumatologue, ceux-ci étaient dépourvus de sens, dans la mesure où l'expert retenait que « l'ensemble des investigations sur le plan ostéoarticulaire et neurologique n'avait pas montré de pathologies relevantes (…) et que l'examen clinique était rassurant avec de bonnes

mobilités articulaires à la fois au niveau périphérique et au niveau du rachis ». Il n'y avait en particulier pas d'atteinte dégénérative relevante. On retenait donc un syndrome douloureux chronique ou fibromyalgie n'ayant pas de caractère incapacitant sur le plan ostéoarticulaire strict. Dès lors, compte tenu des observations de l'expert, il était normal que ce dernier retienne qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail.

S'agissant de l'expert psychiatre, il s'agissait de rappeler que l'anamnèse ne constituait pas le récit objectif des événements déterminants de la vie de l'assurée, mais, bien au contraire, une démarche subjective visant à retracer ses antécédents médicaux et l'historique de ses plaintes actuelles, et d'en faire un rapport par l'expert. De surcroît, les experts avaient à disposition l'intégralité du dossier AI. En particulier, les idées suicidaires qui avaient été évoquées, figuraient dans le dossier et avaient été prises en compte par l'expert psychiatrique, comme cela ressortait de la page 5 du rapport d'évaluation consensuelle de même en page 7 du même rapport ; dans l'évaluation consensuelle de la capacité de travail, les experts faisaient clairement mention de l'évaluation chez PRO, ainsi que du rapport d'intervention psychiatrique au CAPPI. En ce qui concernait les plaintes de la recourante, et du fait que selon cette dernière, l'expert psychiatre n'avait pas été touché par l'expression de ses plaintes, la mission de l'expert consistait à examiner, dans la mesure du possible, la crédibilité de la description des douleurs et de présenter de manière substantielle leurs effets lors de l'examen et pendant la vie quotidienne. Il se fondait sur le comportement observé, les constatations sur le manque de consistance et le caractère vague des indications données, ainsi que sur les indices d'aggravation ou de simulation. Dès lors que la qualité du processus d'expertise dépendait dans une large mesure de la motivation et de la coopération du sujet, l'expert devait également s'exprimer sur ce point si nécessaire. Tel avait été le cas en l'espèce dès lors que tous les experts, et pas seulement l'expert psychiatre, avaient relevé une majoration des symptômes, une exagération des symptômes, un comportement théâtral et démonstratif, une tendance à se victimiser ; c'était donc à juste titre que les experts avaient fait état du fait que les plaintes très démonstratives les laissaient « insensibles ». En dépit de cela, les experts avaient retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, qui après examen des indicateurs était retenu comme étant sans influence sur la capacité de travail, au même titre que le trouble dépressif de gravité légère, retenu sur la base de l'examen clinique.

Enfin, en ce qui concernait l'évaluation consensuelle, les arguments soulevés par la recourante n'étaient pas de nature à enlever la valeur probante de l'expertise. Les nouvelles pièces médicales produites par la recourante avaient été soumises au SMR qui, dans son avis du 16 décembre 2019, avait considéré qu'aucun élément médical objectif ne pouvait remettre en cause les précédentes conclusions. S'agissant de la demande de la recourante de mettre en place une expertise pluridisciplinaire judiciaire, l'OAI relevait que pour qu'une telle expertise se

justifie, il faudrait que des éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostic, aient été ignorés dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou pour établir le caractère incomplet de leur ouvrage. Tel n'était pas le cas en l'espèce et il ne suffisait pas de dire que les conclusions sur la capacité de travail devaient être différentes pour qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

27. En annexe de la réponse de l'OAI, était joint un avis médical du SMR, daté du 16 décembre 2019, dans lequel la doctoresse M_____ commentait le rapport médical du 6 août 2019 du Dr B_____, qui déclarait que les experts auraient dû examiner la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux selon la jurisprudence de 2015 et ajoutait que l'assurée présentait une baisse de rendement. Selon le médecin du SMR, les experts avaient analysé les indicateurs standards que l'on pouvait reprendre ainsi : l'expert psychiatre avait retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger et de syndrome douloureux somatoforme persistant sans répercussion sur la capacité de travail, donc sans indice de gravité ; il n'y avait pas de troubles de la personnalité ; l'assurée maintenait de bonnes relations sociales et avait de bonnes aptitudes comme relevé chez PRO. La demande de soins n'était pas continue, la compliance au traitement était mauvaise lors de la dernière expertise, alors qu'actuellement elle pouvait être considérée comme complète, vu le dosage sanguin de Fluoxétine et de Tramadol datant du 26 février 2019. Les mesures de réadaptation avaient été un échec ; au niveau de la cohérence, il avait été observé un manque de plausibilité des plaintes et un grand écart entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, avec une majoration des symptômes et une attitude théâtrale qui n'avaient pas convaincu les experts. Il avait été difficile d'évaluer avec précision ses activités quotidiennes, mais l'assurée conservait toutefois des activités au sein de sa communauté religieuse, comme par exemple un voyage à l'étranger récent, ce qui démontrait qu'il n'y avait pas de limitation uniforme dans tous les domaines de la vie. Les ressources avaient été évaluées et étaient présentes tant internes qu'externes ; il n'avait pas été observé durant les entretiens de fatigabilité, ni de baisse de vigilance ; ainsi la baisse de rendement n'avait pas été retenue et les experts avaient analysé les indicateurs standards afin d'établir leurs conclusions et avaient retenu qu'une capacité de travail était envisageable à 100%. Se prononçant sur le rapport médical du 6 août 2019 du Dr C_____, le médecin-conseil du SMR considérait que le psychiatre traitant n'exposait pas de nouveaux éléments médicaux objectifs, qu'il retenait les mêmes diagnostics que l'expert psychiatrique, mais les interprétait différemment, avec une répercussion sur la capacité de travail. Il s'agissait donc d'une appréciation différente du même état de fait et l'on ne pouvait pas se baser, de manière objective, sur les conclusions de l'évaluation professionnelle chez PRO pour évaluer une capacité de travail, mais sur l'évaluation faite par les experts, en tenant compte des faits objectifs et des indicateurs standards qui étaient convaincants. En conclusion, le SMR considérait que les deux rapports médicaux

des médecins traitants ne présentaient pas de nouveaux éléments médicaux objectifs qui permettaient de remettre en question les conclusions du précédent avis SMR du 22 mai 2019.

28. En date du 16 mars 2020, la recourante a répliqué. Niant toujours la valeur probante du rapport d'expertise, en particulier sur la participation de tiers au résumé du dossier, la recourante a cité un arrêt du Tribunal fédéral sur les conditions dans lesquelles le médecin devait exécuter personnellement le mandat d'expertise et quelles tâches il ne pouvait pas déléguer à des tiers ; il en résultait - selon la recourante - que le nom de l'éventuel médecin tiers qui était intervenu pour résumer le dossier n'étant pas communiqué, cette absence de mention était de nature à faire douter de la transparence des pratiques du centre médical d'expertise en général. S'agissant de la conférence de consensus pratiquée par des moyens électroniques le 18 avril 2019, la recourante critiquait le fait qu'il n'était pas indiqué si les experts avaient tenu une téléconférence ou si cette conférence de consensus avait été tenue par échange d'e-mails uniquement, ce qui apparaissait très hautement problématique. Ces critiques venaient s'ajouter au contenu douteux de l'évaluation consensuelle qui consistait en un « copier-coller » et à compiler les conclusions de chacun des experts, ce qui faisait, selon la recourante, légitimement douter de la bonne conduite de cette évaluation. S'agissant du rapport PRO, la recourante soulevait le fait que le stage n'avait pas pu être mené jusqu'à son terme, en raison des atteintes à la santé, et n'avait duré que 14 jours ; cela reflétait parfaitement sa réalité de vie, sa capacité de travail et ses perspectives de reprise d'une quelconque activité professionnelle. S'agissant des troubles de mémoire et de concentration, la recourante considérait qu'il n'avait fait l'objet d'aucune investigation de la part des experts, par exemple sous forme de tests, et que l'on s'était limité à de simples observations, alors que cela figurait non seulement dans les évaluations des médecins traitants, mais également dans les constatations objectives faites dans le rapport PRO du 30 mars 2016. Finalement, la recourante joignait à la réplique un rapport adressé par la Dresse D_____ au Dr B_____, en date du 22 novembre 2019, qui reprenait de manière circonstanciée la situation médicale de la recourante, qui rapportait une aggravation de son état de santé, notamment en ce qui concernait les douleurs ressenties au pied, objectivées par un certain nombre d'examens médicaux réalisés entre septembre 2017 et octobre 2019. Selon la Dresse D_____, compte tenu de ces affections de la santé de la patiente, il était trop tôt pour se déterminer sur une reprise quelconque du travail. Étaient joints à la réplique : un courrier des HUG du 28 novembre 2019 informant la recourante que son intervention chirurgicale en gynécologie était prévue le 17 janvier 2020 ; un avis de sortie du 17 janvier 2020 indiquant une intervention chirurgicale, soit une myomectomie, par laparoscopie ; un courrier de la Dresse D_____ du 22 novembre 2019, selon lequel la recourante se plaignait depuis environ neuf mois de fortes douleurs au niveau des deux gros orteils des pieds. Selon le médecin traitant, au plan articulaire, l'examen clinique restait relativement superposable à celui effectué en 2017, sauf en ce qui concernait les pieds où la douleur rapportée

par la patiente correspondait radiologiquement à un hallux valgus symptomatique sur arthrose évolutive du côté droit et débutant du côté gauche, avec bursite de la deuxième commissure bilatérale et grand kyste multiloculé à la face dorsale du pied gauche. Était encore mentionnée la persistance d'une AV accélérée inexpliquée, qui avait déjà été signalée en 2013, avec conseils d'un suivi avec investigation. Le médecin traitant résumait encore les différentes affections dont avait souffert la recourante, notamment le syndrome d'obésité, les apnées du sommeil, la fatigabilité, etc.

29. L'OAI a dupliqué en date du 11 mai 2020, considérant que l'écriture du conseil de la recourante n'apportait aucun élément permettant de modifier l'appréciation des faits ; s'agissant des nouvelles pièces médicales produites par la recourante, celles-ci avaient été examinées par le SMR qui s'était déterminé dans un avis du 7 mai 2020 auquel il était renvoyé. L'avis du SMR prenait en compte l'avis de sortie du service de gynécologie du 7 janvier 2020 quant à la myomectomie, ainsi que le rapport médical du 22 novembre 2019 de la Dresse D_____. Selon le médecin-conseil du SMR, la Dresse M_____, les documents médicaux apprenaient que l'assurée souffrait désormais de douleurs aux deux gros orteils en raison d'hallux valgus. Toutefois, ce problème n'entraînait pas de limitations fonctionnelles sur le long terme, car une opération correctrice permettait d'améliorer la symptomatologie qui, en l'absence de complications, se résolvait en moins de trois mois. En ce qui concernait le problème uro-gynécologique, il était déjà connu des experts qui en avaient tenu compte dans leur évaluation. L'interruption de travail après l'intervention chirurgicale était limitée à un mois, étant précisé que la santé de l'assurée devait être améliorée en ce qui concernait l'incontinence urinaire, les règles douloureuses et l'anémie ferriprive. Le syndrome du tunnel carpien bilatéral était aussi susceptible de s'améliorer après une cure chirurgicale qui motivait une interruption de travail d'un mois pour chaque côté, et ainsi il n'y avait pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles sur le long terme. Par conséquent, les documents médicaux soumis par la recourante en annexe à sa réplique n'amenaient aucun élément médical permettant de modifier l'appréciation du cas.

30. Par observation du 11 janvier 2021, la recourante a critiqué l'appréciation du SMR de l'OAI, qui se bornait à affirmer que les diverses atteintes à la santé étaient bénignes et sans incidence sur la capacité de travail, sans toutefois examiner si le cumul de celles-ci entraînait des limitations fonctionnelles ayant un impact sur la capacité de travail. La recourante considérait qu'il pouvait être utile d'entendre les médecins traitants afin que ceux-ci se prononcent précisément sur l'influence réciproque de toutes les atteintes à la santé, sur sa capacité de travail notamment, en tenant compte de l'éventuelle opération pour remédier à l'hallux valgus. Selon la recourante, ses difficultés de concentration et ses atteintes à la mémoire n'avaient pas été suffisamment investiguées par les experts, de sorte que l'audition de la doctoresse N_____- neuropsychologue consultée par la recourante pour ses problèmes de concentration et de mémoire - pouvait être utile pour « pallier aux

lacunes de l'expertise ». Enfin, la recourante insistait encore sur la nécessité d'ordonner une expertise pluridisciplinaire judiciaire, au motif que, compte tenu des critiques apportées sur le déroulement et le contenu de l'expertise, ainsi qu'au vu de la symptomatologie multiple de la recourante, une telle expertise était nécessaire.

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

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 19 août 2019, refusant à la recourante toute prestation d'invalidité.

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'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

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

b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. 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).

d. 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).

7. 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). Etant 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).

8. 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).

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. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

11. 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. 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).

    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). 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.

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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

e. 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).

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 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. 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).

h. 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).

i. 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).

j. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion

d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

12. 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 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).

13. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V

281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

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

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

c. 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).

14. 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).

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la

simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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).

16. 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).

17. En l'espèce, la recourante allègue plusieurs griefs à l'encontre, principalement, de l'expertise tri-disciplinaire ayant fait l'objet du rapport d'expertise du 25 avril 2019 et sur laquelle se fonde la décision querellée.

    La recourante allègue en premier lieu une violation de son droit d'être entendu, alléguant que les questions aux experts ne lui ont pas été soumises préalablement par l'OAI et qu'elle n'a pas pu y acquiescer ou demander qu'elles soient complétées.

    Le courrier du 20 juillet 2018, informant l'assurée du fait qu'elle va être expertisée contient, en annexe, le document intitulé « Questions de l'AI aux experts ». Il est, de plus, mentionné au paragraphe 3 dudit courrier « En annexe, vous trouverez nos questions aux experts. Vous avez la possibilité de nous adresser les questions complémentaires que vous souhaiteriez poser aux experts d'ici le 10 août 2018 ». De surcroît, le courrier du 14 décembre 2018 adressé par l'OAI au centre d'expertise contient, en annexe, un document intitulé « structure de l'expertise » qui décrit en détail le déroulement du mandat d'expertise, les thèmes qui doivent être abordés, ainsi que les questions au mandat (sous chiffre 8). Il est mentionné, au bas du courrier du 14 décembre 2018, qu'une copie est envoyée à l'assurée. Enfin, dans le courrier du 2 janvier 2019 adressé par l'OAI à l'assurée, celle-ci est informée du

nom des experts et de leur spécialisation, ainsi que de sa possibilité de récuser un ou plusieurs experts pour des motifs pertinents, par courrier adressé à l'OAI, jusqu'au 16 janvier 2019 ; en annexe audit courrier, il est mentionné le mandat du 14 décembre 2018 adressé par l'OAI aux experts.

Compte tenu de ces éléments la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante a été informée de la structure de l'expertise, du nom des experts, des questions posées aux experts et de ses possibilités de compléter les questions et/ou de demander la récusation d'un ou plusieurs experts.

Contrairement à ce qu'elle allègue, la recourante a pu comparer les questions qui figuraient dans le mandat d'expertise avec que les questions auxquelles les experts ont répondu, ce qui lui a permis de vérifier que toutes les questions pertinentes avaient été traitées par les experts. Il sied d'ajouter que la recourante se contente d'émettre des hypothèses, sans apporter le moindre indice permettant d'établir - ou de rendre vraisemblable - que les questions aux experts ne lui auraient pas été soumises préalablement. Sous l'angle de la bonne foi, les allégations de la recourante sont également critiquables, dans la mesure où, si elle avait souhaité poser des questions complémentaires, elle aurait dû le faire valoir immédiatement, quitte à le mentionner pendant l'entretien avec l'expert et non pas attendre que le rapport d'expertise soit rendu pour soulever cet argument. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le grief de violation du droit d'être entendu doit être écarté.

Dans un deuxième grief de nature formelle, la recourante allègue que les trois experts n'ont pas personnellement consulté les divers rapports médicaux du dossier, justifiant cette hypothèse par le fait que la présentation de chacun des experts comporte la même forme et le même contenu concernant la situation initiale, les aspects du dossier médical et également la synthèse de celui-ci. Elle ajoute que dans la synthèse, la Dresse D_____ est présentée comme une « physiatre », soit un terme d'origine québécoise, selon la recourante, dont elle conclut que le dossier a été résumé par une tierce personne, dès lors qu'aucun des trois experts ne détient un titre délivré par le Canada. Partant de cet état de fait, la recourante en déduit que les experts n'ont pas lu l'intégralité du dossier en personne et se sont fait résumer les pièces par une tierce personne (supposément canadienne, selon la recourante), alors même qu'une telle délégation devait être connue de l'expertisée préalablement et avoir été autorisée par l'OAI.

La recourante semble échafauder des hypothèses sans pouvoir les rendre vraisemblables, notamment quant à la participation d'une tierce personne à la rédaction de l'expertise. Quand bien même ce serait le cas, on ne saurait admettre que parce qu'une tierce personne a présenté, sous une même forme des éléments communs aux trois expertises - notamment quant aux examens médicaux déjà subis par l'assurée et aux pièces médicales recueillies préalablement à l'expertise - que ladite personne aurait la qualité d'un médecin délégué par les trois experts pour

réaliser une partie de l'expertise. Au contraire, il apparaît à la lecture de l'expertise que chacun des médecins, dans son domaine de spécialisation, a réalisé l'expertise en personne, ce qui ressort non seulement des termes utilisés par chacun des experts, mais également par les observations particulières à son champ de spécialisation. Il convient de rappeler que le Tribunal fédéral, dans l'arrêt 8C_596/2013 cité par la recourante, a validé le recours à un autre médecin que l'expert, au motif que l'expertisée n'avait fait valoir aucun motif de récusation à son endroit et n'avait soumis aucune question complémentaire (consid. 6.1.2.2). Étant précisé que dans ladite l'affaire, il avait été établi que l'expert avait véritablement délégué son travail à son « *Praxispartnerin* », soit son associé dans la pratique du cabinet, également médecin, alors que dans la présente espèce, aucun élément ne rend vraisemblable l'hypothèse selon laquelle l'un des trois experts aurait délégué l'exécution de son mandat à un auxiliaire, ou à un confrère médecin.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'exécution des expertises aurait été, en tout ou en partie, déléguée par un ou plusieurs experts à un ou plusieurs médecins ou auxiliaires. Partant, ce grief doit également être écarté.

La recourante reproche également au rapport d'expertise le fait qu'il n'y ait pas un résumé des pièces médicales au dossier permettant d'établir la capacité de travail retenue par les médecins traitants, élément qu'elle juge pourtant essentiel.

Cet élément, ne signifie pas que les experts qui ont eu à disposition l'intégralité du dossier de l'OAI, ainsi que les pièces rédigées par les médecins traitants, n'ont pas pris connaissance des observations de ces derniers sur la capacité de travail de la recourante, étant ici rappelé que les experts répondent aux questions posées par le mandant en se fondant sur l'ensemble des informations qui sont mises à leur disposition, ainsi que par leurs propres observations lors des consultations avec l'expertisée. Il n'y a pas d'obligation de présenter, par écrit dans le rapport d'expertise, une confrontation des conclusions sur la capacité de travail auxquelles les experts aboutissent avec celles auxquelles aboutissent les médecins traitants.

Ce reproche n'est donc pas pertinent.

La recourante reproche des erreurs sur des points décisifs dans le résumé des pièces au dossier, alléguant que les conclusions du rapport d'évaluation professionnelle de PRO du 30 mars 2016 sont totalement déformées. La recourante n'explique toutefois pas en quoi lesdites conclusions seraient déformées, se contentant de confronter les observations faites par l'expert psychiatre - selon lesquelles il ressort du rapport PRO que la recourante entretient de bonnes relations sociales et a de bonnes aptitudes de communication - avec les éléments figurant en tête du même rapport PRO selon lesquels la recourante présente une grande fragilité émotionnelle et un repli sur soi. Or, le rapport PRO évoque aussi bien l'impression des conseillers en évaluation selon laquelle la recourante présenterait une grande fragilité émotionnelle que les éléments cités par l'expert psychiatre à savoir les

aptitudes sociales très développées et une capacité d'adaptation et d'intégration aisée.

Dès lors, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle allègue que l'expert psychiatre a déformé les conclusions du rapport PRO, dès lors que ce dernier en a retenu certains éléments positifs, à savoir les qualités de la recourante dans la communication et dans l'intégration.

Étant précisé que, conformément à la jurisprudence, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré.

Le reproche fait à l'expert psychiatre d'avoir déformé les conclusions du rapport PRO n'est donc pas pertinent et doit être écarté.

La recourante fait grief aux experts de n'avoir pas pris contact avec ses médecins traitants, en tirant la conséquence que les « conclusions des experts sont insoutenables ». Il convient de rappeler qu'il n'y a aucune obligation pour l'expert de prendre automatiquement contact avec les médecins traitants, ce d'autant moins, comme dans le cas d'espèce, lorsque les conclusions des médecins traitants ressortent clairement des documents et rapports qu'ils ont rédigés, ce qui permet de déduire, de manière anticipée, que leurs opinions et constatations exprimées oralement ne seraient pas différentes de celles qui ressortent de leurs écrits. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs rappelé, dans un arrêt 9C_671/2012, consid. 4.5, qu'il n'existait aucun droit de l'assuré d'exiger que l'expert prenne contact avec le médecin traitant, ce point étant laissé à la libre appréciation de l'expert : « *Sodann liegt der Entscheid, ob eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten angezeigt ist, grundsätzlich im Ermessen der Experten. Dass es sich dabei um eine sinnvolle Massnahme für die Verbesserung der Gutachtensakzeptanz handelt, ändert nichts am Fehlen eines diesbezüglichen Rechtsanspruches der Versicherten (ein solcher lässt sich auch nicht aus BGE 137 V 210 E. 3.1.3.3 S. 244 ableiten; vgl. Urteil 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2)* ».

Ce grief de la recourante doit ainsi être écarté.

La recourante critique le manque de clarté quant aux moyens utilisés pour aboutir à la discussion consensuelle entre les trois experts. Selon ce qui est mentionné dans l'expertise, les experts ont utilisé des « moyens électroniques » le 18 avril 2019 ; la recourante critique le manque de détails sur les modalités de la discussion consensuelle en alléguant que si cette dernière avait eu lieu par échanges d'emails uniquement cela « apparaitrait hautement problématique ».

À nouveau, la recourante échafaude des hypothèses sans rendre vraisemblable le caractère problématique de la discussion consensuelle, étant rappelé que le Tribunal fédéral a considéré dans un arrêt 9C_282/2012, consid. 4.1 que « *En soi, le fait que les experts mandatés par l'administration ont rendu leurs conclusions séparément l'un de l'autre et sans se concerter en une prise de position commune ne diminue en*

*rien la pertinence de leurs évaluations respectives. De manière optimale, lors d'une expertise pluridisciplinaire, la capacité de travail devrait faire l'objet d'une appréciation globale de synthèse fondée sur un consilium entre les experts, dans lequel les résultats obtenus dans chacune des disciplines sont discutés (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, p. 89; voir aussi JACQUES MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles, 2002, p. 23). Une telle discussion interdisciplinaire de synthèse ne constitue toutefois pas une condition nécessaire pour la valeur probante de chacun des rapports médicaux particuliers, dans la mesure où les appréciations respectives - effectuées dans les règles de l'art et ne comportant pas en soi de contradictions - sont compatibles les unes avec les autres (arrêt I 105/04 du 23 août 2004 consid. 2.2)* ». Dès lors, peu importe par quels moyens électroniques (visioconférence, conférence téléphonique, échange d'emails) la discussion consensuelle s'est déroulée entre les trois experts, l'important étant qu'il n'existe pas de contradictions ou d'incompatibilités dans les conclusions des experts.

Ce grief doit donc également être écarté.

Sur les constatations faites par les trois experts, le conseil de la recourante exprime plusieurs griefs.

En ce qui concerne l'experte rhumatologue, la recourante considère ses constatations comme « arbitraires et insoutenables » en raison du fait que l'experte a considéré que les ressources personnelles de la recourante étaient préservées dès lors que l'assurée était autonome pour les activités de la vie quotidienne habituelle, alors que le contraire résultait de l'anamnèse, la recourante étant dépendante de l'aide de ses proches, ayant peu de ressources et de réseau.

Il convient tout d'abord de rappeler, sur ce point précis, que les explications données par la recourante aux trois experts, sur ses activités quotidiennes, ont souvent varié ; ainsi au point 3.2 de l'entretien approfondi sur le déroulement détaillé représentatif d'une journée-type, organisation des loisirs, hobbies, etc., la recourante déclare à l'experte en rhumatologie qu'elle se lève souvent très tard, pas avant 10 heures, alors qu'elle déclare à l'expert psychiatre qu'elle se réveille assez tôt, entre 6 et 7 heures. À l'expert généraliste, elle déclare que si elle n'a que peu dormi, elle ne pourra se lever qu'à 11 heures et ne fait rien pendant la journée, ne regarde pas la télévision et n'a aucun loisirs ou hobbies, pas plus qu'elle ne part en vacances. À l'experte en rhumatologie, elle déclare qu'elle regarde la télévision « trois à quatre heures par jour » ou somnole et se couche en général vers 22 heures et qu'elle a passé, l'année précédente, des vacances en Israël avec ses amis de l'église évangélique, mais qu'elle en garde un mauvais souvenir en raison d'une phobie de l'avion et qu'elle a eu passablement de douleurs sur place. À l'expert psychiatre, elle va déclarer, au contraire, que l'année précédente, elle est allée en Israël avec

des membres de sa communauté religieuse et que cela a été positif ; elle a pu prendre l'avion à cette occasion.

L'expert psychiatre note, particulièrement, que les réponses de la recourante « sont très imprécises et qu'il n'est pas possible d'obtenir un déroulement détaillé d'une journée ».

Auprès des trois experts, la recourante a déclaré qu'elle faisait partie d'une association religieuse avec laquelle elle avait des contacts réguliers, ce qui est conforté par le voyage en Israël avec les membres de cette association. Elle a également déclaré que sa belle-sœur venait l'aider pour le ménage, et que son mari l'aidait pour faire les courses, bien que sur ce dernier point, on ne sache pas exactement s'il l'accompagne pour faire les courses ou s'il les fait à sa place. De même, la recourante a mentionné le plaisir qu'elle a de garder son petit-enfant. Enfin, le rapport PRO souligne les excellentes capacités de communication et d'intégration de la recourante. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère comme établi, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que sur le plan des ressources, la recourante à des contacts sociaux, notamment avec sa famille, sa communauté religieuse et qu'elle conserve des ressources personnelles pour développer de tels contacts si elle le souhaite. Toutefois, il sied d'ajouter que la recourante a besoin de l'aide de sa belle-sœur et de son mari pour effectuer, respectivement, son ménage et les courses quotidiennes. Il faut donc comprendre les conclusions des trois experts, sur le fait que l'assurée est autonome pour les activités de la vie quotidienne habituelle, en ce sens qu'elle n'a pas besoin d'aide pour s'habiller, pour son hygiène, pour ses déplacements et pour ses repas, mais qu'elle a besoin de l'aide de sa belle-sœur pour le ménage de l'appartement et de son mari pour l'aider à faire les courses. Il est vrai que les conclusions des experts sont scindées en trois rubriques, ressources, ressources personnelles et enfin ressources externes, et que les trois experts ont conclu à l'autonomie de la recourante uniquement sous la rubrique des ressources personnelles. Cela ne suffit toutefois pas pour conclure que les constatations de l'experte en rhumatologie sont arbitraires et insoutenables, mais qu'elles doivent être précisées comme étant une autonomie qui ne permet pas à la recourante de faire seule son ménage et ses courses.

En ce qui concerne l'expert psychiatre, la recourante lui reproche d'ignorer des points essentiels de l'anamnèse de la patiente, notamment en mentionnant une hospitalisation fin 2017, sans chercher plus de détails sur le type d'hospitalisation et lui reproche également de ne pas mentionner les idées suicidaires de la recourante, pourtant relevées dans le rapport du CAPPI.

S'il est vrai que l'expert psychiatre ne rentre pas dans les détails sur le type d'hospitalisation, il faut préciser qu'il se fonde sur les indications fournies spontanément par la recourante (ch. 3.1 de l'expertise « Indications fournies spontanément par l'assurée »), ce qui explique le manque de précision qui ressort

des déclarations faites par la recourante à l'expert psychiatre et non pas du travail d'analyse du dossier fait par l'expert lui-même.

S'agissant des idées suicidaires de la recourante, l'allégation est erronée dès lors que figure, en page 12 de l'expertise psychiatrique, la mention suivante : « Elle présente des idées noires, mais pas d'idées de suicide. Elle a fait une tentative de suicide, mais cela n'a pas marché, en 2005 ». À nouveau, le conseil de la recourante reproche à l'expert de ne pas reprendre une mention figurant dans le rapport du CAPPI, alors que l'expert a lui-même, lors de la consultation de l'expertisée, instruit le point particulier des idées suicidaires de la recourante et a conclu que cette dernière ne manifestait plus ce type d'idées.

Le conseil de la recourante reproche encore à l'expert psychiatre de déclarer qu'il n'a pas été particulièrement touché par l'expression des plaintes et souffrances de l'assurée. S'il est vrai que cette mention peut paraître quelque peu maladroite, on peut toutefois l'interpréter en ce sens qu'elle signifie que l'expert psychiatrique considère que la recourante dramatise son état et qu'il n'est pas dupe de cette exagération. C'est ici l'occasion de rappeler que les deux autres experts ont eu les mêmes impressions et se sont également distancés du comportement de la recourante, sans toutefois mentionner qu'ils n'étaient pas touchés par les plaintes de cette dernière. On ne voit pas en quoi la remarque de l'expert psychiatrique relevée par la recourante, affaiblirait ses constatations et la validité de son analyse. Enfin, le conseil de la recourante reproche à l'expert psychiatrique de ne pas motiver la raison pour laquelle le trouble dépressif est estimé comme léger ; or, ce diagnostic est la conclusion de l'ensemble de l'analyse, comme cela ressort, notamment, de la page 20 de l'expertise psychiatrique qui mentionne que le comportement de l'expertisée est considéré comme majorant, que « les limitations rapportées résultent clairement d'une exagération des symptômes », que la demande de soins n'est pas continue avec des interruptions dans la prise en charge psychiatrique et qu'aucune limitation fonctionnelle n'est retenue en lien avec les troubles psychiques de l'expertisée. Ces divers éléments sont suffisants pour motiver un diagnostic de dépression légère.

Enfin, le conseil de la recourante critique l'expertise en médecine interne, reprochant à l'expert des conclusions lapidaires, sans motivation aucune et le fait que l'expert réfute toute incapacité de travail, tout en affirmant que l'ablation du fibrome pourrait l'améliorer ce qui, selon le conseil de la recourante, est « manifestement contradictoire ».

Contrairement à ce qu'affirme le conseil de la recourante, l'expert en médecine interne à clairement décrit les constatations et diagnostics ayant selon lui une incidence sur les capacités fonctionnelles ; dès lors, on ne saurait dire qu'il s'agit de conclusions lapidaires sans motivation aucune, l'expert considérant que l'examen clinique était rassurant et qu'il n'y avait pas d'autre diagnostic que le syndrome douloureux chronique ou fibromyalgie qui pouvait avoir une incidence sur les capacités fonctionnelles de la recourante.

En ce qui concerne l'ablation du fibrome, il n'y a rien de manifestement contradictoire, dès lors que l'expert a constaté l'incontinence urinaire tout en évoquant que cette dernière pourrait s'améliorer en cas d'ablation du fibrome et que si ça n'était pas le cas, une autre intervention chirurgicale pourrait avoir lieu. En tout état, il a tenu compte de l'incontinence avérée de la recourante, mentionnant que dans le cadre d'une activité adaptée, il serait nécessaire de faciliter l'accessibilité aux toilettes en raison de l'incontinence, ce qui apparaît comme une limitation fonctionnelle et non pas comme un élément entraînant la réduction de la capacité de travail.

On peut donc interpréter les conclusions de l'expert, en ce sens que l'ablation du fibrome, si elle avait pour effet de supprimer l'incontinence urinaire, rendrait inutile le fait qu'il faille faciliter l'accessibilité aux toilettes en raison de l'incontinence de la recourante, dans le cadre d'une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, les griefs soulevés par le conseil de la recourante ne permettent pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise ordonnée par l'OAI. Celle-ci est structurée, dépourvue de contradictions et motivée. Dès lors, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire tri-disciplinaire, comme demandé par la recourante.

La recourante demande également l'audition de ses médecins traitants. Comme indiqué *supra* par la chambre de céans, les motivations et les conclusions des médecins traitants de la recourante ressortent suffisamment de leurs écrits pour que la chambre de céans estime qu'il n'est pas nécessaire de procéder à leur audition, considérant, en faisant une appréciation anticipée des preuves, que leurs déclarations ne seraient pas différentes de celles qui figurent déjà dans les nombreux documents déposés au dossier.

Le conseil de la recourante produit encore un rapport médical du 22 novembre 2019, réalisé par le médecin traitant en rhumatologie de cette dernière, soit la Dresse D_____, faisant état d'un hallux valgus entraînant des douleurs aux deux gros orteils de la recourante. Cette dernière critique l'avis médical du SMR, daté du 7 mai 2020, considérant que les douleurs liées à l'hallux valgus, cumulé à diverses atteintes à la santé, considérées comme bégnines et sans incidences par le SMR, pourraient avoir - de par un effet de cumul - une incidence sur la capacité de travail. À cet égard, la recourante demande encore l'audition de son nouveau médecin généraliste, le docteur O_____, et de la Dresse N_____, neurologue qu'elle consulte pour traiter ses difficultés de concentration et d'atteinte à la mémoire, soulignant que cela pourrait pallier aux lacunes de l'expertise.

Selon l'avis du SMR du 7 mai 2020, les douleurs ressenties aux gros orteils par la recourante n'entraînent pas de limitations fonctionnelles sur le long terme, dès lors qu'une opération correctrice permettrait d'améliorer la symptomatologie qui, en l'absence de complications, se résoudrait en moins de trois mois par côté. Les autres affections bénignes dont se plaint la recourante sont également abordées dans

le rapport du SMR qui paraît suffisamment convaincant pour que la chambre de céans considère que les évaluations posées par le SMR au regard de ces éléments médicaux ne contiennent pas de contradictions, sont pertinentes et suffisamment probantes, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une audition des médecins traitants ou une nouvelle expertise judiciaire. La comparaison entre l'expertise et les rapports des médecins traitants montre qu'il n'existe pas de divergence sur les éléments médicaux, mais bien plutôt sur les conséquences des troubles de la santé sur la capacité de travail de la recourante. À cet égard, la chambre de céans rappelle que 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 ; dès lors, les appréciations des experts sur la capacité de travail de la recourante prennent le pas sur celles des médecins traitants, ce d'autant plus que la chambre de céans considère comme établi que la recourante a un comportement majorant et démonstratif, susceptible d'influencer ses médecins traitants.

La chambre de céans considère être suffisamment renseignée sur l'état de santé de la recourante pour qu'il ne soit pas nécessaire d'entendre son nouveau médecin traitant généraliste.

De même, les trois experts n'ont pas constaté la présence de difficultés de concentration et d'atteinte à la mémoire pouvant avoir un effet sur la capacité de travail de la recourante, dans leur expertise de 2019 ; dès lors, la chambre de céans considère que la recourante n'a pas fait état d'éléments qui pourraient remettre en question cette évaluation au niveau de la vraisemblance prépondérante, ce qui conduit à écarter la demande d'audition de la neurologue.

18. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l'instruction médicale du cas a été correctement effectuée par l'OAI et que la décision de l'intimé doit être confirmée.

19. Le recours sera rejeté et la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. $1^{bis}$ LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

| La greffière | Le président |
|---|---|
| Nathalie LOCHER | 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